

MOACIR WUO

PREVENÇÃO DA AIDS NA ESCOLA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

1998

MOACIR WUO

PREVENÇÃO DA AIDS NA ESCOLA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia -
PUCCAMP como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Psicologia Escolar

Orientadora: Dra. Eliana Martins da Silva Rosado

CAMPINAS

1998

MOACIR WUO

PREVENÇÃO DA AIDS NA ESCOLA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFESSORES

Comissão Examinadora

Campinas, 19 de junho de 1.998


Dra. Silvia Marina Anaruma

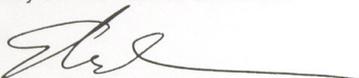

Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo

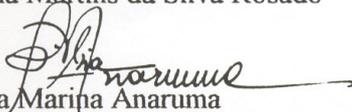

Dra. Eliana Martins da Silva Rosado
Orientadora

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

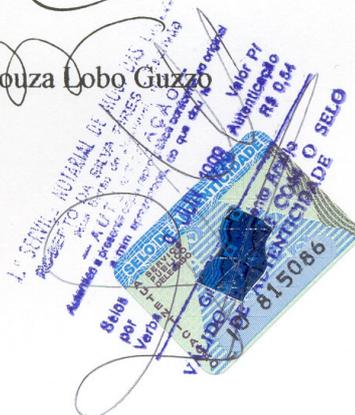
Ata 351º Sessão de Defesa de Dissertação de Mestrado em Psicologia
Escolar realizada em 19 de JUNHO de 1998 às 9:00horas.

No dia 19 de JUNHO de 1998 às 9:00horas, foi realizada a sessão de defesa de Dissertação de Mestrado do candidato MOACIR WUO, que apresentou trabalho com o seguinte título: "PREVENÇÃO DA AIDS NA ESCOLA: representações sociais de professores". De acordo com os requisitos legais, a Comissão Examinadora designada para proceder o exame, foi presidida pela orientadora Dra. Eliana Martins da Silva Rosado da PUC-CAMPINAS e, composta pelas Doutoradas: Silvia Marina Anaruma da UNESP e, Raquel Souza Lobo Guzzo da PUC-CAMPINAS. Após a arguição em sessão secreta, deliberou quanto aos resultados do exame da seguinte forma: 1ª examinadora Dra. Silvia Marina Anaruma atribuiu 10,0, 2ª examinadora Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo atribuiu 10,0 e a orientadora Dra. Eliana Martins da Silva Rosado atribuiu 10,0. A Comissão deliberou considerar a (e) candidata(o) aprovado. Para constar, eu Dareide Gonçalves Peres secretária do Departamento, lavrei a presente ata que segue assinada pelos membros da Comissão Examinadora.
Campinas, 19 de Junho de 1998


Dra. Eliana Martins da Silva Rosado


Dra. Silvia Marina Anaruma


Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo



Dedicatória

Para você.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	iv
Sumário.....	v
Índice de Tabelas.....	vii
Índice de Figuras.....	viii
Índice de Quadros.....	ix
Índice de Anexos.....	x
Resumo.....	xi
Abstract.....	xii
Agradecimentos.....	xiii
Apresentação.....	xvi
Capítulo 1 - Introdução.....	1
a) As vacinas e os medicamentos como prevenção e suas conseqüências.....	3
b) A educação e as mudanças sócio-comportamentais como prevenção e suas implicações.....	7
c) Programas de Prevenção do HIV/AIDS.....	12
d) Os professores na ação preventiva.....	14
e) Representações sociais.....	21
f) Representações sociais de saúde e doença e da AIDS.....	26
Objetivos.....	33

Capítulo 2. Método	34
a) Caracterização da Instituição	34
b) A constituição da Grade Curricular das Escolas Técnicas	35
c) Os Professores	36
d) O Pessoal Administrativo.....	36
e) A escolha das unidades	36
f) Sujeitos	37
g) Material	39
h) Procedimento da coleta dos dados	43
i) Procedimento da análise dos dados	44
j) Sujeito Juiz	44
Capítulo 3. Resultados e Discussão	46
1. Representação sobre a AIDS	47
2. Representação sobre os Programas de Prevenção do HIV/AIDS	97
Capítulo 4. Conclusões e Sugestões	118
Referências	128
Anexos	143

Índice de Tabelas

Tabela 1-	Distribuição dos sujeitos nas ETes	37
Tabela 2 -	Variação da idade e tempo de magistério em anos	38
Tabela 3 -	Conhecimento sobre a AIDS	47
Tabela 4 -	Conhecimento sobre as formas de transmissão da AIDS	53
Tabela 5 -	Conhecimento sobre formas de prevenção da AIDS.....	61
Tabela 6 -	Interesse em obter mais informações sobre a AIDS	67
Tabela 7 -	Quem está mais sujeito à AIDS	73
Tabela 8 -	Razões pelas quais as pessoas estão sujeitas à AIDS	77
Tabela 9 -	Formas mais comuns de transmissão do HIV/AIDS entre os adolescentes	80
Tabela 10 -	Razão da permanência de portadores de HIV/AIDS na escola	92
Tabela 11 -	Frequência das categorias da questão 16	93
Tabela 12 -	Por que a escola deve manter Programas de Prevenção da AIDS	97
Tabela 13 -	Não há dificuldades para o desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS	102
Tabela 14 -	Dificuldades para o desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS	104
Tabela 15 -	Dificuldades para o desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS para adolescentes	106
Tabela 16 -	Razões para a indicação dos Professores	110

Índice de Figuras

Figura 1 -	Frequência das categorias iniciais da categoria global sexo	54
Figura 2 -	Distribuição das frequências das categorias iniciais -formas de transmissão	58
Figura 3 -	Comparações entre transmissão e prevenção	65
Figura 4 -	Interesse sobre as informações da AIDS	68
Figura 5 -	Área de interesse sobre a AIDS	71
Figura 6 -	Motivo da transmissão do HIV/AIDS entre adolescentes	84
Figura 7 -	Motivo para se conhecer os portadores de HIV/AIDS	87
Figura 8 -	Comparação entre o conhecimento de portadores do HIV/AIDS e sua permanência na escola	93
Figura 9 -	Quem deve propor, implantar e desenvolver Programas de Prevenção da AIDS na Escola	100
Figura 10 -	Temas e/ou assuntos considerados difíceis de serem tratados	107
Figura 11 -	Motivos das dificuldades dos temas e/ou assuntos relacionados a AIDS	108
Figura 12 -	Professores indicados para participarem de um Programa de Prevenção da AIDS na escola	109
Figura 13 -	Interesse em participar de um Programa de Prevenção da AIDS na escola	113
Figura 14 -	Motivo para participar de Programas de Prevenção da AIDS	114

Índice de Quadros

Quadro 1 - Variáveis, indicadores e tipo de questão.	42
--	----

Índice de Anexos

Anexo 1 - Questionário de coleta de dados	143
Anexo 2 - O Centro Estadual de Educação Tecnológica “Paula Souza” ...	150
Anexo 3 - Algumas questões com as respectivas respostas dadas pelos sujeitos	151
Anexo 4 - Categorização das respostas dadas pelos sujeitos em algumas questões	170

WUO, M. (1998). **Prevenção da AIDS na Escola: Representações Sociais de Professores**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. SP (xxii + 182 páginas).

Palavras-Chave: HIV/AIDS; AIDS Educação; Programas de Prevenção; Representação Social; Professores; Prevenção.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi explorar as Representações Sociais de professores sobre o HIV/AIDS e Programas de Prevenção da AIDS na Escola. Foram sujeitos 54 professores de Escolas Técnicas de 2º Grau do Estado de São Paulo. Utilizou-se de um questionário com questões abertas e fechadas sobre a AIDS: noções da doença, formas de transmissão, prevenção, AIDS-adolescentes e preconceitos - e sobre Programas de Prevenção da AIDS na Escola: funções, dificuldades, responsabilidades e possibilidades de envolvimento. As respostas foram tratadas e analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados obtidos indicaram que os professores apresentaram conhecimentos satisfatórios sobre a doença, sobre formas de transmissão e prevenção; há idéia sobre “grupos de risco” e como fatores de transmissibilidade da AIDS entre adolescentes, apontaram o comportamento, o sexo e uso de drogas e, com relação a Programas de Prevenção, consideram que estes têm função de informar, são de responsabilidade da Secretaria da Saúde, devem ser conduzidos pelos professores de Biologia; apontaram como dificuldades questões psicossociais e técnicas e manifestaram interesse em participar. Pareceu faltar uma ação reflexiva sobre as implicações AIDS-adolescência-processo educacional e sobre a possibilidade de Programas de Prevenção promoverem mudanças comportamentais desejáveis e consistentes entre os adolescentes.

WUO, M. (1998). **AIDS Prevention in School: Social Representations of Teachers**. Master Degree Dissertation. Instituto de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. SP (xxii + 182 pages).

Key-Words: HIV/AIDS; AIDS Education; Prevention Programs; Social Representation; Teachers; Prevention.

ABSTRACT

The aim of this study was to explore the Social Representations of teachers about HIV/AIDS and Programs for AIDS Prevention in School. 54 teachers from Technical High Schools in São Paulo were taken. An open and close quiz was used about AIDS: notion of the disease, ways of transmission, prevention, AIDS-teens and prejudice - and about Programs of Prevention of AIDS in School: functions, difficulties, responsibilities and possibilities of involvement. The answers were treated and analyzed by the Contents Analysis technique. Results showed that teachers had satisfactory knowledge about the disease, ways of transmission and prevention; there's an idea about "groups of risk" and how transmission factors among teenagers, pointed to behavior, consider that these have the function to inform, and they are responsibility of Health Secretary, and must be conducted by Biology teachers; they showed difficulty on psycho-social questions and so much interest in participating. It seemed to be a lack of reflection on the implication of AIDS-adolescence-Process of Education and about the possibility of Prevention Program and they make behavioral changes which are desirable and consistent among teenagers.

Agradecimentos

Às pessoas:

Dra. Eliana Martins da Silva Rosado - PUCCAMP
mais que orientação - um conduzir para a pesquisa

Dra. Raquel de Souza Lobo Guzzo - PUCCAMP
pelo crédito e pela confiança

Dra. Maria Cecília R. Góes - PUCCAMP
pelas sugestões e pela serenidade

Dra. Solange Múglia Wechsler - PUCCAMP
pelas críticas e sugestões

Profa. Vera Lúcia de Siqueira - ETE Presidente Vargas
pelo incentivo

Aos colegas professores das ETES
sem os quais não haveria pesquisa

Às colegas

Neusa, Eliana, Carmen Lúcia e Myrian

Às Instituições

Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de
Campinas - PUCCAMP

pela oportunidade.

Organização Mogiana de Educação e Cultura - OMEC
Universidade de Mogi das Cruzes - UMC

pelo apoio

Centro Estadual de Educação Tecnológica “Paula Souza”
CEETEPS

pela possibilidade.

Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde

pela oportunidade de aprimoramento científico e
desenvolvimento de pesquisas

CAPES

pelo apoio

A chamada epidemia de AIDS, não por ela mesma,
mas pelo que dela se disse e inventou,
quis fazer do amor uma articulação política
e da morte uma métrica obscena.
Quis traduzir o coração como um órgão corporal
e encenar a cidadania como um espírito mortal sobre o qual
se podem baixar facilmente as cortinas que isolam o tablado da tragédia como simples esp
aço neutro de ação nenhuma.
A eternidade possível
é a transmissão do brilho de cada ator humano ao que lhe sucede em cena:
este ato de transmissão é o que chamamos de solidariedade.
O resto é apenas uma arenga supersticiosa
sobre a ganância da infinitude.
Nosso cintilar de humanos é a alma de cidadão
que manufacturamos com dedos que não se sobrepõem,
mas se encaixam;
as mãos são espelhos das mãos dos outros;
nosso passar no tempo é o coração que ritma as pequenas coisas,
as fundamentais,
já que o planeta
- este nosso, que tem as dimensões exatas da nossa humanidade -,
como um coração,
pulsa.
A vida não vence.
Acontece.
Teça, portanto, coração de homem e alma de cidadão.

Herbert Daniel

APRESENTAÇÃO

O surgimento da AIDS e as características epidemiológicas de sua disseminação trazem à tona para todos os indivíduos, para os segmentos sociais e para as instituições, novos e velhos problemas.

Esse fato tem gerado as mais diversas preocupações, além daquelas relacionadas com a Saúde Pública. Não se vislumbram, no horizonte, medidas curativas eficazes e, tampouco a curto prazo, uma vacina com finalidades preventivas.

Ao se pensar a pandemia HIV/AIDS, do ponto de vista puramente técnico-curativo com as intervenções possíveis no campo das ciências biomédicas, certamente não se está tratando da gênese da doença, mas sim do seu resultado. A intervenção adequada no problema AIDS obriga a ampliar a visão sobre o ser humano e, numa análise não muito profunda, percebe-se que esta intervenção precisa acontecer, também e principalmente, no campo social, enfatizando os comportamentos em relação a hábitos sexuais e à utilização de drogas injetáveis.

Por isso, é preciso não só resolver os novos problemas que surgem tanto no campo das ciências médicas, com relação às propriedades e características do vírus, como também torna-se urgente conhecer as variáveis sociais e os comportamentos que permitem a disseminação desse vírus.

Nestas condições, a Educação se impõe como uma necessidade e, ao mesmo tempo, como um instrumento valioso para o controle da expansão da infecção. Boscarino e DiClemente (1996) apontam para a nossa capacidade e para o sucesso de educar diversos grupos de adolescentes em diferentes comunidades e situações como um meio de controlar a crescente disseminação do HIV/AIDS, na falta de uma vacina. Este controle tem, como um dos objetivos, a mudança de comportamento para a redução de riscos. Dos vários comportamentos humanos, um deles é o sexual.

A escola é um espaço onde esses comportamentos podem ser observados, seja pela atração entre os jovens, seja pela possibilidade de discussão/tema de conversação a respeito do sexo e de suas conseqüências. Certamente esta temática gera conflitos que envolvem e desafiam toda a sua comunidade. De acordo com Guimarães (1995), há de um lado, pré-adolescentes, adolescentes e adultos jovens ansiosos para viver e/ou já vivendo sua sexualidade. De outro, a estrutura, via de regra, rígida e conservadora da escola que pouco oferece, quer no reconhecimento de seus alunos como seres totais, quer na pobreza pedagógica, acrítica e incapaz de abordar as questões de sexo, requisitadas pelos alunos.

A escola deve propiciar ao aluno não só o acesso e posse ao conhecimento, mas também as condições para que ele se reconheça como ser atuante e integrado socialmente. Entretanto este Autor tem observado que a escola tem falhado neste propósito como quando não estabelecendo a “praxis” educacional desenvolvida a “partir de uma intenção/reflexão específica com ação concreta sobre a realidade” (Schall e Struchiner, 1995, p.85) via um planejamento preestabelecido por professores, diretores, assistentes pedagógicos, coordenadores de área e os demais segmentos administrativos da unidade escolar.

A contextualização da AIDS envolve duas dimensões, sendo uma delas a aprendizagem sobre a doença, formas de transmissão, patogenia e medidas profiláticas. A outra, refere-se ao emocional e à construção social do bem-estar, promovendo a saúde física e mental. Esta construção exige o envolvimento das comunidades em seus contextos de vida, uma vez que todos estão sujeitos à AIDS.

A escola é parte da comunidade e ponto de convergência e concentração de jovens; cabe a ela, portanto, uma parcela significativa da responsabilidade de equacionar, organizar e concretizar ações preventivas da AIDS. Entretanto, ao invés de atacar o problema de maneira ampla, essa responsabilidade tem sido

delegada às disciplinas de Ciências e Biologia, que supostamente, teriam a tarefa de desenvolver a “educação sexual”, mas parece que essas ciências limitam-se aos conteúdos de anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor - um exemplo significativo do que se poderia chamar a fragmentação do conhecimento.

Segundo Guimarães (1995), a fragmentação do conhecimento se dá pela abordagem unidisciplinar que elucida somente uma parcela da verdade, distanciando o saber da realidade. Esse enfoque, por isso, tem como resultado uma verdade funcional, improdutiva no campo social, impede o desenvolvimento da emancipação plena do indivíduo como um todo e promove desequilíbrios, podendo significar a estigmatização de certos problemas, por não focalizar suas verdadeiras causas.

É justamente neste ponto que o Autor tem percebido que esta visão unilateral não tem oferecido grandes avanços em termos educacionais. Discorrer sobre o aparelho reprodutor, sua fisiologia, os aspectos biológicos ou mesmo sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são questões relativamente simples para os alunos e seus conhecimentos têm-se apresentado até bastante razoáveis, mesmo com relação à AIDS, como muitos estudos têm revelado¹. Todavia há um distanciamento evidente da realidade, da vida prática e da necessidade atual dos adolescentes.

As necessidades e os questionamentos dos jovens tornam-se cada vez mais evidentes e precoces (Lima, 1995). Todavia questões sobre sexualidade parecem não estar sendo resolvidas pela escola (Paiva, 1996b).

A escola analisa uma face só do problema, tende a privilegiar um conjunto de práticas, métodos e sistemáticas, como palestras isoladas, orientações proferidas geralmente com conteúdos médicos ou medicalizados, por vezes autoritários e prescritores de comportamentos, nem sempre contextualizados ou dentro do desenvolvimento vivenciado pelos alunos.

¹Os conhecimentos dos adolescentes são satisfatórios quanto ao vírus HIV, formas de transmissão, infecção, métodos de prevenção e condutas de risco (Fruet, 1995; Glover e Jameson, 1993; Montenegro, 1994; Nyachurus-Sihlangu e Ndlovu, 1992;)

São encontros que desconsideram a multiplicidade de fatores que compõem as vivências dos alunos e focalizam ora os métodos anticoncepcionais, ora doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) cujo objetivo é tratar o sexo não a sexualidade.

Esta forma de abordagem, embora aparentemente rica e significativa, tem um caráter momentâneo, de impacto limitado, e geralmente está calcada em uma única disciplina - Biologia ou Ciências. Deixa, portanto, de abordar o tema de maneira mais dinâmica e integrada: fragmenta o conhecimento e, pelo grau de abstração como é tratado, afasta-o da realidade.

Fernandes (1994) alerta que prescrições como essas podem, pela força da persuasão, conquistar adeptos, mas também levam a reações “contra-hegemônicas”, dificultando a elaboração de comportamentos preventivos adequados.

Não parece eficiente postergar qualquer conhecimento sobre a sexualidade constantemente requerida e certamente já existente às “escondidas”. O adolescente precisa de informações, necessita de “espaço” para discutir e refletir sobre esse tema. O assunto é real e grave. A AIDS está presente na vida. Nos tempos atuais, “com a emergência da AIDS, não basta denunciar mais uma vez o sistema, mas pensar em alternativas que acelerem o processo de integração da sexualidade humana no trabalho escolar” (Guimarães, 1995, p.110).

Daí a importância de a escola elaborar Programas eficazes de Prevenção da AIDS que articulem conhecimento das formas de transmissão com efetivas mudanças de comportamento sexual, buscando reduzir riscos de contaminação. É somente por meio de orientações como estas que se poderá estabelecer uma ponte entre o saber e a mudança prática do comportamento. Deve-se estruturar programas educativos para adolescentes que conduzam a modificações comportamentais e de ‘incorporação de repertórios sexuais seguros, uma vez que os *habitus* sexuais definem-se durante esse período de vida” (Santos, 1996, p.11).

Aplasca, Siegel, Mandel et al (1995) indicam que muitos Programas de Prevenção da AIDS têm sido eficazes no aumento dos conhecimentos dos estudantes, mas apresentam baixo efeito nas mudanças de atitudes e de comportamentos desses estudantes para a diminuição de riscos de contaminação com HIV. Um dos problemas, dentre muitos que comprometem a eficiência dos Programas de Prevenção do HIV/AIDS na escola e a promoção de mudanças comportamentais desejáveis dos adolescentes frente aos riscos de contaminação, é o procedimento inadequado dos professores no direcionamento ou condução de Programas de Prevenção. O problema é apontado, mas não são exploradas as razões ou fatores que determinam esse “procedimento inadequado” dos professores.

O professor parece ser a pessoa mais próxima do aluno, é com ele que os adolescentes, na escola, vivenciam as dúvidas e as certezas do dia-a-dia. O CDC - “Center for Disease Control”- órgão responsável pelo controle de doenças e a Academia de Pediatria dos Estados Unidos, já em 1988, reconheciam notadamente ser o professor, em sala-de-aula, a pessoa mais apropriada para promover ações educacionais visando à Prevenção do HIV/AIDS, desde o ensino fundamental.

Burak (1994) e Paulussen, Kok e Schaalma (1994) indicam que vários são os fatores que influenciam e determinam a tomada de decisão dos professores no sentido de participar de um Programa de Prevenção do HIV/AIDS, tais como crenças, atitudes, normas subjetivas, colegas, entre outros. Experiências já vivenciadas com Programas de Prevenção demonstram que a educação sobre a AIDS está positivamente associada a esses fatores.

O passo seguinte, após a tomada de decisão, seria, como indica Boscarino e DiClemente (1996), o nível de conhecimento e o conforto sentido pelos professores para tratar das questões relacionadas à Prevenção do HIV/AIDS.

Por este motivo, é importante que se verifique a percepção, a visão e as construções subjetivas dos professores não só quanto à doença, como também quanto aos Programas de Prevenção da AIDS.

O papel desempenhado pelo professor na escola vai muito além do “ensinar a matéria”. Os estudantes adolescentes outorgam um alto grau de confiabilidade e credibilidade aos professores e estes, por sua vez, constituem-se em uma importante fonte de informações e aquela que, em princípio, detém maior relação com o grau de conhecimentos sobre o HIV/AIDS, mantendo-se com regularidade ao longo da vida escolar do adolescente (Hoyos, Sierra e Martín, 1997).

Estas correlações positivas estabelecidas entre professor e o aluno, permeada pelo conhecimento e a regularidade ao longo de um período de tempo, que é significativo e marcante no desenvolvimento e formação psicossocial do adolescente, traz algumas indagações a respeito do efeito das informações sobre os processos e significados sociais, psicológicos, culturais e comportamentais envolvidos na questão HIV/AIDS.

O comportamento do professor perante essa pandemia e os significados pelos quais as informações sobre o HIV/AIDS são disseminadas parece, segundo Boscarino e DiClemente (1996), ser um ponto crítico para o sucesso da aplicação de um eventual Programa de Prevenção, bem como para a modificação efetiva de hábitos e de comportamentos de seus alunos, em relação a situações de risco de contaminação. A existência de diferentes crenças e de diferentes representações sociais sobre o HIV/AIDS sugere diferentes delineamentos e caminhos para o desenvolvimento de Programas de Prevenção (Páez, Echeberria, Valencia, Romo, Juan e Vergara, 1991).

São algumas considerações que expõem o complexo processo para se adotar, implementar e desenvolver, com sucesso, Programas de Prevenção do HIV/AIDS na escola. Não se trata, evidentemente, de se exercer pressão para que os professores participem dos Programas de Prevenção; pelo contrário, para

o sucesso dos Programas, há necessidade de se ajustar de maneira positiva a ação do professor no ambiente escolar, com suas crenças, atitudes e percepções, promovendo um clima cooperativo, aumento da eficiência e da criatividade e propiciando condições para que os professores possam incorporar, de forma subjetiva, modelos simbólicos e teorias comportamentais que dão suporte aos Programas de Prevenção.

Isto posto, pretendeu-se estudar as representações sociais dos professores de segundo grau sobre o HIV/AIDS e sobre os Programas de Prevenção, com o objetivo posterior de se obter subsídios para se elaborar ou implementar possíveis Programas de Prevenção do HIV/AIDS, que tenham caráter atualizado, mantenham-se ao longo dos anos letivos, ajustem-se ao cotidiano da escola e às características e necessidades do corpo discente e docente.

INTRODUÇÃO

A transmissão do HIV/SAIDS se dá, principalmente, pela via sexual. A sexualidade ainda é considerada um assunto delicado tanto para a saúde pública como para os educadores.

Em vários países do mundo, cerca de um terço dos adolescentes de ambos os sexos com idades entre 15 e 19 anos já tiveram experiências sexuais. Calcula-se que nos países industrializados mais de um terço dos adolescentes são acometidos por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), sendo muitas delas incuráveis.

Pelo menos um quinto de todas as pessoas com AIDS no mundo têm idade entre 20 e 30 anos, cuja contaminação com o HIV, em sua maioria, se deu na adolescência (OMS, 1992).

Muitos são os fatores que contribuem para que os adolescentes assumam comportamentos de risco frente ao HIV/AIDS, não só devido ao sexo como também com relação ao uso de drogas injetáveis. O processo de industrialização, provocando mudanças sociais e de valores, a urbanização crescente acompanhada pela maior possibilidade de deslocamentos de pessoas, as facilidades da comunicação, a menor influência da família e da escola constituem forças que atuam sobre o comportamento do adolescente que já experimenta profundas modificações física e psicológicas.

É nesse período de adolescência que as atitudes e comportamentos sexuais são desenvolvidos e definem-se os *habitus sexuais*, as decisões sobre estilo de vida e a identidade (Aplasca et al, 1995; Santos, 1996).

A sexualidade constitui um dos “velhos” problemas da escola, como ilustrado pela manifestação de uma jovem do Colégio de Aplicação Fidelino Figueiredo, da USP, em 1965: “o sexo para nós é um assunto urgente, se demorar muito para termos informações, perderá a razão de dá-las, pois de um

modo ou de outro, ficaremos sabendo muita coisa e sem ter certeza do que é certo e o que é errado” (Cuimarães, 1995, p. 62).

Paiva (1996a) apresenta dados sobre pesquisa realizada pelo DATA-FOLHA em 1993 que entrevistou mais de 5.000 pessoas em dez capitais brasileiras, dos quais destacam-se: 82% dos adultos com filhos aprovam a realização de orientação sexual nas escolas; 55% acham que os temas da orientação sexual devem ser escolhidos pelos professores ou profissionais da educação; 56% acham que se deve falar de tudo e 96% indicam que a educação sexual nas escolas ajudaria a prevenir a AIDS. Dois dados também interessantes são apresentados: 1) 60% dos pais também acham que os médicos e psicólogos são mais preparados que os professores, sendo que a maioria dos professores que participam dos projetos desenvolvidos no NEPAIDS/USP (Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS da Universidade de São Paulo) também manifestam a mesma opinião, e 2) 35% dos pais nunca falaram de AIDS com seus filhos. Essa pesquisadora afirma ainda que poucos sabem que não existe formação especial sobre a sexualidade nos currículos de formação médica e de psicólogos.

Embora o HIV não seja transmitido no ambiente escolar por maçanetas, pelo ar, pelo corrimão ou nos banheiros, é justamente esse ambiente que propicia aos adolescentes construir e compartilhar suas vidas emocionais e pode marcar o início de suas vidas sexuais - uma das vias de transmissão do HIV. É também esse ambiente que reúne condições para que se inicie o processo de Prevenção do HIV/AIDS.

A participação de alunos nos eventos relacionados a questões sexuais têm-se mostrado frágil e insuficiente: esses eventos costumam ser de certa forma, massificantes e limitam a reflexão crítica do ser. A escola, como espaço necessário à formação da criticidade em seus alunos, não tem desempenhado esse papel; não tem reconhecido seus alunos como membros operantes da sociedade, ou como seres afetivos e emocionais, dotados de qualidades e potencialidades individuais, capazes de desencadear um processo ativo na

mudança de comportamentos. Demonstração clara, quando se observa a não explicitação desses aspectos em seus planos de ensino. Falta uma estrutura de trabalho organizado, planejado e relevante que adote estratégias e paradigmas para um construir e um evoluir direcionados à prática da liberdade, da solidariedade e da responsabilidade.

Witter (1996) indica a necessidade de pesquisas interdisciplinares que envolvam os professores. “Os programas educacionais precisam ser conduzidos com rigor metodológico para gerar conhecimento e também devem envolver toda a equipe e, sempre que possível, a comunidade, notadamente os pais” (p. 57).

Dentro deste quadro, o projeto educacional deveria incluir a educação sexual, visando o desenvolvimento da sexualidade, principalmente nos dias atuais em que o HIV assusta e mata. Infelizmente, com relação à AIDS, não se pode correr o risco, apesar de novas promessas de controle da doença que estão em andamento. São, por enquanto, apenas promessas de cura.

a) As vacinas e os medicamentos como prevenção da AIDS e suas conseqüências

A AIDS deve ser encarada sob dois aspectos: a) como uma enfermidade de natureza biológica, ocasionada por um agente virótico, doença transmissível e de ação lesiva no sistema imunológico humano e b) como um problema sócio-comportamental, ocasionado por vários aspectos de conduta, sendo um deles o sexual - principal vetor do HIV.

A análise dos aspectos de natureza biológica, sem que se caia num exagerado reducionismo, conduz a duas opções. A primeira, de imediato, é dada pela forma de transmissão pelos fluidos corporais, relações sexuais, sangue e via placentária. Os conhecimentos destes aspectos de transmissibilidade nortearam as ações para as primeiras barreiras contra a expansão da epidemia pelo controle de hemoderivados, pelas recomendações, pelas advertências e mesmo pela

legislação. Aqui se somam os atuais problemas de controle. A segunda opção acaba levando à esperança, à necessidade e comodidade de: a) obtenção de uma vacina eficaz a curto prazo, com propósitos de proteger e prevenir novos contágios e b) produção de um medicamento capaz de eliminar o vírus.

Quanto à vacina, persistem as dúvidas de que seria uma solução eficiente, rápida, segura e de alcance para todas as pessoas, uma vez que sua produção envolve questões econômicas, políticas, produção em escala industrial, que poderiam demandar investimentos e interesses privados, e que exigem uma tecnologia avançada, muitas vezes, fora do alcance de países subdesenvolvidos. Como exemplo, pode-se lembrar que apenas 5% das crianças dos países subdesenvolvidos são vacinadas contra a poliomielite, e a descoberta da vacina por Salk se deu em 1955, conforme Robbins e Freeman (1989, apud Bayes, 1992). Outro exemplo é a disponibilidade da vacina contra a hepatite B para a população dos países em desenvolvimento que só ocorreu recentemente, mais de uma década após ter sido licenciada (Mann, 1994).

Segundo Piña, Jimenez e Mandragón (1992), cientistas biomédicos afirmam que, mesmo nos estágios atuais de conhecimento, a vacina é uma promessa, não havendo previsão de consegui-la a curto prazo. Nesta situação, portanto, o controle deve ser determinado por meio da educação com vista na mudança de comportamento (Burgueño, Benenson, Amaya e Carreño, 1992).

Outro lado do problema é apontado por Bandura (1994) com relação à gonorréia e à sífilis, doenças sexualmente transmissíveis, que persistem entre nós há muitos anos e que têm sido frustradas as tentativas de se desenvolver uma vacina. O uso de medicamentos e tratamentos adequados mantiveram baixas as taxas de prevalência dessas doenças, mas sem erradicá-las. A simplicidade do tratamento fez com que se reduzissem os programas psicossociais de controle, resultando numa elevação das taxas de infecção. Isto indica que programas psicossociais constituem uma parte integrante da estratégia de saúde pública, aplicáveis antes e após a descoberta dos tratamentos eficazes.

Com relação à AIDS, especialistas apontam algumas dificuldades técnicas na obtenção da vacina. Entre essas dificuldades, destacam-se: a) o longo tempo de latência clínica do vírus, entre 5 e 10 anos, que impede uma avaliação eficiente dos testes de segurança e imunogenicidade; b) necessidade de mais de uma vacina, em virtude dos subtipos geográficos do vírus; c) as características mutantes do vírus; d) considerações sobre os diferentes períodos de manifestação da infecção, ou seja, uma vacina preventiva, uma vacina para infectados e uma vacina para infectados assintomáticos; e) terapia para as fases avançadas e f) vacina para bloquear a transmissão vertical (a transmissão placentária).

Embora com algumas dificuldades, os especialistas também dispõem de tecnologias sofisticadas na área da biologia molecular, engenharia genética, proteínas sintéticas, entre outras, e o direcionamento das pesquisas tem também sido encorajador e elas prometem - mas não a curto prazo. Sem dúvida o grande passo no isolamento e cultivo do vírus HIV foi o desenvolvimento de testes sorológicos importantíssimos na identificação dos portadores sãos e no controle dos hemoderivados, bloqueando essa forma de transmissão.

Ao lado das questões técnicas, existem as questões éticas. Segundo Bloom (1998), antes dos testes clínicos serem aceitos, as normas éticas exigem segurança para que se evitem riscos inesperados, como aqueles relacionados ao uso de vírus HIV atenuado em testes com voluntários que poderiam reverter em virulência e causar a doença ou o uso de placebo para controle de testes.

Questões éticas também envolvem aspectos políticos, legais, econômicos e de direitos humanos como, por exemplo, a associação entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento para pesquisas e testes com vacinas. Muitos desses países, principalmente aqueles em desenvolvimento, sequer dispõem de um código de ética. Embora a comunidade médica internacional, representada pela “World Medical Association”, tenha promulgado um código internacional de ética sobre pesquisas em seres humanos, publicado pela CIOMS - “Council for International Organizations of Medical Sciences” - em conjunto

com a WHO - “World Health Organization” -, de ampla aceitação mundial, em muitos países, infelizmente, esse código não possui a força de uma lei.

Outro problema são as tentativas de se produzir um medicamento com o objetivo de limitar ou diminuir a progressão da doença no indivíduo. Os medicamentos utilizados atualmente, como o **ddl** (dideoxiinosina), o **ddc** (dideoxicitidina) e o AZT (azidotimidina) retardam a reprodução do vírus sem erradicá-los, devendo ser usados continuamente. Porém, possuem alto poder tóxico e causam efeitos secundários levando à limitação do uso e, por isso, apresentam baixa eficácia no controle da doença. Somem-se às questões farmacológicas, os custos que segundo Bastos, Galvão, Pedrosa e Parker (1994), chegam em torno de US\$ 3.600,00 mensais só com a medicação.

Bandura (1994) levanta a questão de que algumas atitudes diminuem a prioridade de se pesquisar os determinantes e os mecanismos comportamentais relacionados à AIDS, e que levam a um segundo plano o desenvolvimento de programas preventivos mesmo frente à fatalidade desta epidemia. Entre essas atitudes, está a visão de que as abordagens psicológicas relacionadas à AIDS são medidas provisórias até que se consigam produzir as vacinas. São atitudes decepcionantes que refletem o pouco que a sociedade aprendeu das experiências passadas com doenças transmitidas devido ao comportamento.

Pelas razões enunciadas acima e pelas próprias características de transmissibilidade do vírus é que há necessidade de uma análise mais detida, e com maiores esperanças de controle na natureza sócio-comportamental da doença, ou seja, a análise das variáveis psicológicas e sociais relacionadas à AIDS. Há de se considerar ainda os aspectos biológicos de latência do vírus que permanece viável nos soropositivos por muitos anos, e estes, comportando-se como portadores sãos, transmissores em potencial ao longo de suas vidas devido às suas atividades e condutas, entre outras, as sexuais.

Bastos et al (1994) observam que a dinâmica da transmissão do HIV, assim como sua distribuição, não seguem o modelo clássico das demais doenças.

Novas variáveis surgem no processo e, mesmo que novas medidas fossem tomadas para impedir a transmissão, existem “fatores que não cedem a medidas de saúde, mas exigem profundas medidas sociais” (p. 18).

b) A educação e as mudanças sócio-comportamentais como prevenção da AIDS e suas implicações

As análises da natureza sócio-comportamental das questões relacionadas à AIDS e à sexualidade devem ir além dos aspectos anatômicos e fisiológicos da sexualidade, pois esta sexualidade certamente é um dos fatores que permite ao indivíduo, via sua conduta, a manutenção de uma rede e vínculos de interação e construção psicossociais. Portanto, caracterizando a conduta como produto das interrelações psíquicas, sociais e biológicas, há de se considerar aqui a evolução social e comportamental que não mais associa, necessariamente, sexualidade com reprodução, permitindo a busca das relações sexuais como fonte de prazer pessoal, identificação com seus pares, busca de felicidade pessoal e a realização como pessoa.

As construções psicossociais estão circunscritas e relacionadas às propriedades dos mais diversos ambientes dos contextos humanos, entre eles, a escola. Anaruma (1995), em estudos sobre a construção da sexualidade em meninas de instituições, indica que essa construção está calcada em credices, condutas estereotipadas e controladas. Há, portanto, necessidade de se rever a Educação Sexual. Compete, pois, à escola, quer como instituição promotora de modificações quer como ambiente e substrato de interação, propiciar a construção de comportamentos e condutas sociabilizadoras saudáveis, comprometidas, responsáveis e que possam, senão eliminar, ao menos diminuir riscos de disseminação da AIDS. A exposição aos riscos que também apresentam aspectos volitivos e idiossincráticos deve ser analisada na contextualização do cotidiano, assim como pelas influências determinadas pela cultura, conforme o

grupo e o gênero. É preciso, ainda mais, compreender de que forma se dá a relação psico-cultural que conduz à sexualidade, assim como as propriedades do meio que interferem nessas relações.

Este Autor compartilha da crença de que, segundo Merchán-Hamann (1995), há necessidade de se construir o “eu” sujeito, político, capaz de ação social e também objeto dessa ação - o “eu-cidadão” - e o “eu-sexual”, reconhecendo e admitindo o adolescente como sujeito histórico.

A Educação é necessária como processo social gerador de mudanças de comportamento por meio da aprendizagem; e a Psicologia imprescindível, porque possibilitaria a formulação de princípios e conhecimentos técnicos, com objetivos de promover as mudanças desejadas. Bayes (1992) postula que, dentre os aspectos importantes do ponto de vista psicológico na prevenção ao lado do medo injustificado de contágio casual, há a necessidade de exames em caso de suspeita de contágio e, na conduta dos contagiados, está a necessidade urgente de investigações dos aspectos psicológicos da conduta frente à AIDS.

O processo educacional, incluindo teorias, métodos, instituições, políticas, entre outros, deve ampliar os horizontes do educando, permitindo-lhe liberdades de escolha e julgamentos, quanto ao seu comportamento, compromissos e condutas como partes integrantes de sua vida e, nestas, as questões sexuais. A pandemia da AIDS exige medidas preventivas além dos cuidados individuais, uma vez que os danos vão desde aqueles que poderiam situar-se no indivíduo e/ou no coletivo no terreno psicológico, até os de ordem moral, econômica, legal e política (Piña et al, 1992).

Mesmo que as ciências biológicas alcancem sucesso na obtenção de vacinas eficientes e tratamento aos portadores do HIV ou aqueles que já desenvolveram a doença, não se justificaria privar-se das reflexões e implicações sobre os aspectos psicossociais da enfermidade. Mesmo assim, haveria a necessidade de investimentos educacionais, pois a AIDS, ao lado das demais

DSTs e uso indevido de drogas, é mais um dos muitos males dos quais padece a população brasileira, em particular os adolescentes.

Informar não é garantia de mudanças de comportamentos desejados e de educação assim como gerar novos conhecimentos e mudanças de atitudes favoráveis não significa que se generalizem ou ocorram mudanças de comportamento em direção aos padrões desejados. Bandura (1994) indica que o maior problema não é ensinar às pessoas as diretrizes do sexo seguro, mas sim, equipá-las com habilidades e crenças para que elas possam aplicar essas diretrizes e habilidades de maneira eficaz e consistentemente na vida prática, neutralizando, dessa forma, as influências que possam trazer riscos de infecção com o HIV.

Deve-se ter certeza do que é certo e do que é errado nessa questão. Deve-se ainda ter a convicção de que a ação educacional não pode ser fortuita nem demagógica, sob pena de se cair no sensacionalismo, no fatalismo, geradores de pânicos, preconceitos e estigmatizações. Torna-se urgente uma ação pedagógica planejada e de alcance capaz de induzir transformações plausíveis e sólidas para se evitar a transmissão da AIDS. Esse processo é de concretização complexa que envolve tomada de decisões, mudanças de comportamento conscientes, passando por questões emotivas e afetivas que dificilmente constam dos planos de ensino.

Esta ação pedagógica institucionalizada na escola pode ter o professor como articulador do processo ensino-aprendizagem, com capacidade para prover informações e contribuir para formação do adolescente no reconhecimento de situações de risco frente à AIDS. Para a efetivação do processo, “deve-se munir os professores com informações relevantes e métodos de ensino, levando-se em conta dificuldades envolvidas quando se fala de sexualidade” (Merchán-Hamann, 1995, p. 475).

Glover e Jameson (1993) confirmam ser a escola o local adequado para intervenções e o aluno, o alvo dos programas de educação sobre a AIDS. Para tanto, os professores devem ser preparados para que possam educar

continuamente os alunos mais que os educadores de saúde eventuais (palestrantes) nas escolas uma vez que: a) os alunos são mais sensíveis a alguém que eles já conhecem e acreditam; b) os professores são treinados para ensinar habilidades das quais os educadores de saúde eventuais carecem; c) os custos de se contratar educadores eventuais. Por fim, os professores são capazes de reconhecer que os programas de educação sobre AIDS são multifacetados, devem prover informações reais e encorajar comportamentos gerais e específicos adequados e, portanto, constituem parte da educação geral, sendo o local ideal para que isto ocorra a sala-de-aula. Estas são questões de sensibilidade e uma ordem ou determinação oficial provavelmente não resolveria o problema.

A pesquisa elaborada por Ashworth, Durant, Newman e Gaillard (1992) sobre a aplicação, em escolas americanas, de um programa básico de educação sobre HIV/AIDS, com uma hora de duração que apresentava vídeo sobre as formas de transmissão e prevenção seguindo de discussão conduzida por educadores habilitados pela Cruz Vermelha, demonstrou apenas um modesto aumento no conhecimento dos estudantes sobre a AIDS. Segundo os pesquisadores acima citados, os programas de curta duração têm um impacto limitado na atitude e conhecimento dos alunos e sugerem que os programas devem integrar a informação nas situações cotidianas e repetir práticas de habilidades sociais para a manutenção e melhores efeitos sobre as atitudes e os conhecimentos.

Segundo Bandura (1994), os esforços destinados ao controle da disseminação da AIDS têm sido centrados, principalmente, nas informações ao público sobre como o vírus HIV é transmitido e como proteger-se da infecção. Admite-se amplamente que, se as pessoas fossem adequadamente informadas sobre a ameaça da AIDS, elas adotariam medidas apropriadas de auto-proteção. Aumentar a consciência e o conhecimento dos riscos da saúde são importantes pré-condições para as mudanças comportamentais auto-direcionadas, mas só a informação não exerce, necessariamente, muita influência sobre a diminuição de

hábitos cristalizados. Para que ocorram as mudanças auto-direcionadas, as pessoas precisam combinar não somente as razões para alterar os hábitos e comportamentos de risco como também os meios, os recursos e o apoio social para efetivar as mudanças.

É importante realçar que a ação educativa visando à adoção de comportamentos preventivos não é exclusivamente uma questão de informação, sendo que “a informação é uma condição necessária mas não suficiente para a adoção de comportamentos preventivos” (Bayes,1992, p. 47). Andrade (1991) indica que adolescentes heterossexuais inteirados dos riscos de contaminação mudaram suas condutas, porém adotaram medidas ineficazes à transmissão devido a hábitos sociais fortemente sedimentados.

Deve existir uma ética responsável por tais projetos educacionais, se não por uma ordem de valorização do ser humano adolescente que pretende e precisa aprender, que o seja pela exigência da AIDS, cuja cobrança transcende a própria educação sexual do indivíduo e passa para o campo da saúde pública e, portanto, de interesse da sociedade. “Mais que uma nova doença, a AIDS tornou-se um holofote iluminando tensões subterrâneas negadas em nossa sociedade, algumas internas à própria medicina, expondo fantasias mais ou menos ocultas a respeito de vários tabus de nossa cultura” (Camargo Jr. ,1995, p. 30) e, ainda, “a AIDS veio precipitar um levantar do passo para esse mundo social oculto, desconhecido e diverso . . . , no Brasil a diversidade da sexualidade que coexiste e a sua irreduzibilidade a uma caracterização única têm várias conseqüências no campo da definição e luta contra a AIDS” (Bastos et al, 1994, p. 33).

Estes projetos devem, necessariamente, levar em conta e passar pela abordagem de questões ainda mais complicadas como o uso de drogas injetáveis, homossexualismo, heterossexualismo, bissexualismo, vida afetiva e sexual, dessa forma a AIDS “ameaça trazer a público hábitos ou práticas sexuais eventuais que, mesmo como assumidas, podem não ter sido suficientemente integradas” (Pádua, 1986, p.26)

c. Programas de Prevenção do HIV/AIDS

Os programas de Prevenção da AIDS, segundo Coleman e Ford (1996), devem: 1) ter cuidadoso planejamento para que se possa avaliar a extensão dos comportamentos dos grupos envolvidos antes e após a intervenção do programa; 2) focalizar não somente a aquisição de conhecimentos, mas também as habilidades sociais, técnicas de comunicação e melhoria da auto-estima, entre outros; 3) trabalhar com os grupos de forma não estigmatizante, em especial com aqueles mais resistentes, procurando alcançar benefícios ou mudanças favoráveis em diferentes níveis; por exemplo, redução de riscos com os usuários de drogas injetáveis. Assim, alguns elementos são essenciais para a implementação e desenvolvimento dos programas de prevenção nas escolas, tais como: 1) embasamento teórico explícito; 2) combinação dos processos metodológicos e de avaliação de resultados; 3) cobertura dos impactos cognitivos e comportamentais e 4) avaliação longitudinal para se determinar a sustentabilidade das mudanças comportamentais.

A OMS - Organização Mundial de Saúde - (1992) alerta que o sucesso dos programas de prevenção da AIDS e dos trabalhos em sala-de-aula depende de metas e de políticas claramente definidas. Dentre as metas, destacam-se: estímulos comportamentais para se evitar a transmissão do HIV/AIDS; promoção de comportamentos e atitudes que se oponham às discriminações e fomento à solidariedade, aos valores comunitários, à cooperação e ao respeito aos direitos humanos. A política educacional para a implementação e desenvolvimento de programas de prevenção da AIDS requer aceitação e apoio de diversos níveis e de variados grupos como os representantes do governo, administradores do sistema escolar, professores, comunidade em geral, alunos e grupos culturais, religiosos, entre outros.

A WHO - World Health Organization - (1989) insere a prevenção da AIDS em um programa mais amplo de promoção da saúde. A promoção da saúde é

definida como um processo sistemático para se influenciar positivamente as práticas de saúde específicas das pessoas pelo uso de princípios e métodos. A comunicação, o planejamento instrucional, a educação em saúde, o “marketing” social, as análises de comportamentos e as relações entre a saúde pública e as ciências sociais são alguns dos princípios e métodos que devem ser adotados e que devem ser observados nos programas de promoção da saúde.

O “WHO Health Promotion Guide” publicado pelo “World Health Organization’s Global Program on AIDS” apresenta algumas abordagens sobre estratégias, técnicas, pessoal e habilidades para se alcançar e encorajar mudanças de práticas de riscos em grupos específicos, das quais se destacam quatro elementos principais que devem compor um programa de promoção da saúde visando à prevenção da AIDS: 1) informações sobre a comunidade para a qual se destina o programa e pesquisas técnicas para o manejo dessa comunidade; 2) estratégias e definições para a promoção e mudanças de comportamentos; 3) considerações sobre os múltiplos canais e recursos que devem ser usados para se alcançarem as mudanças desejadas e 4) métodos adequados para o monitoramento do programa e da comunidade envolvida.

Paulussen et al (1994) indicam que, para a sobrevivência dos programas de prevenção ao longo do tempo, há necessidade de se levar em conta a realidade dos professores que nem sempre contam com algum tipo de apoio como: treinamento, recursos, ambiente escolar favorável, colegas, políticas e ideologias educacionais. Outra questão, também referida por esses autores, é que a decisão dos professores em adotar os programas se relacionam com disposições sociais e psicológicas desses professores. A Organização Mundial de Saúde - OMS - (1992) também faz referência aos conhecimentos, atitudes e aptidões dos docentes que podem influenciar no desenvolvimento de prevenção da AIDS.

Os procedimentos indispensáveis para o desenvolvimento de Programas de Prevenção do HIV/AIDS, segundo Schaalman, Kok, Bosker, Parcel, Peters, Poelman e Reinders (1996), devem incluir; a) identificação de importantes

determinantes do comportamento dos adolescentes; b) definição de materiais e métodos com base na teoria formal e nas pesquisas que determinam as necessidades específicas do grupo e das estratégias de intervenção e c) cooperação multidisciplinar entre os professores, corpo administrativo, direção e demais segmentos do sistema escolar.

Os Programas de Prevenção do HIV/AIDS devem persistir, de forma regular, ao longo do tempo com garantias seguras de continuidade e sustentabilidade e, sempre que possível, acrescido de novas estratégias de intervenção (Aplasca et al, 1995).

d) O professor na ação preventiva

A visão do professor é altamente relevante, uma vez “que seu discurso se traduz em práticas institucionalizadas” (Merchán-Hamann, 1995, p.474). Tal discurso deve conter elementos que propiciem ao adolescente a construção e apreensão da realidade, assim como deve permitir a elaboração de “formas possíveis de enfrentar as situações de risco” e, assim, possa “assumir condutas preventivas em sua vida psíquica e física” (Rosado e Guzzo, 1994 p. 18).

Há necessidade de se conhecer a opinião e a percepção dos professores sobre questões como educação sexual, AIDS, consumo de drogas, homossexualismo, machismo, segregação, comportamentos de risco, assim como seu grau de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV, medidas preventivas e também interesse e predisposição de engajamento em programas educacionais preventivos. Mais além, como indica Pádua (1986), é preciso perceber os sinais da contaminação social da AIDS capazes de desencadear estigmatização e segregação.

Como demonstra pesquisa realizada por Munodowafa (1991), em escolas de segundo grau, a educação dos jovens sobre a contaminação do HIV/AIDS pelo contato sexual pode ser controversa, principalmente na escola. Os

resultados dessa pesquisa demonstraram discordância significativa entre os professores e professoras sobre “o quê” e “quando” ensinar sobre a AIDS, indicando um dilema na tentativa de conciliar a moralidade pública e os temores pessoais. Esse pesquisador também faz referência às professoras que necessitariam de re-orientação para educação preventiva sobre problemas da saúde reprodutiva de adolescentes pelo fato de que as meninas tornam-se sexualmente maduras mais cedo que os meninos.

Dâmaso (1995) também faz referência à contaminação social presente nas pré-concepções de cientistas e médicos, quer com relação à sexualidade, a questões culturais, a constrangimentos causados pela contaminação iatrogênica e uso de drogas ilícitas quer pelos tabus que transformam preconceitos em possibilidades epidemiológicas. Um dos entrevistados, em pesquisas realizadas por Camargo Jr. (1994), fala que alguns médicos não admitem a possibilidade de contaminação do HIV da mulher para o homem e sugerem o desenvolvimento de testes para detecção de anticorpos antiespermatozóides, e declara: “aí eu queria ver qual ia ser o homem soro-positivo que ia negar ser *bicha*” (p. 142).

Do “consultório médico” para as famílias e das famílias para a sala-de-aula, as representações sociais sobre a AIDS se cristalizam na sociedade, como se pode evidenciar do interessante registro de diálogo entre alunos de primeiro grau registrado por Lima (1995): “Será que um bebê pode ter AIDS? (M.F.L., 13 anos)” e “Que AIDS que nada seu bobo! Isso não é doença de criancinha! Meu pai falou que AIDS só dá em *bicha* ... Não é mesmo professora?! (R.M., 11 anos)” (p.6).

As contaminações estão também representadas pela histeria oportunista da mídia, pelos líderes religiosos com intuito de comprovar concepções morais e pelos “gays” quer na ênfase às suas opções sexuais ou na “marca de nascença” da AIDS. São esses contaminantes que dificultam as discussões e não oferecem segurança de neutralidade quando se refere ao HIV/AIDS.

A importância e relevância de se conhecer e analisar as opiniões, percepções e níveis de conhecimentos, atitudes e graus de engajamentos dos professores deve-se ao fato de que “afetam seriamente a capacidade de transmitir uma mensagem educativa positiva sobre a sexualidade” (Cáceres, Rosasco, Muñoz, Gotuzzo, 1992, p. 121) e “refletem o terreno afetivo e cultural em que a informação é lançada (e portanto, o campo das percepções e atitudes)” (Fernandes, 1994, p. 177).

Como indica Guimarães (1995) e pesquisa realizada por Cáceres et al (1992), os professores demonstram interesse em melhor se preparar para tratar de assuntos ligados à sexualidade. Indicam, ainda, que os programas desenvolvidos nas escolas deixam a desejar, sendo necessário o desenvolvimento de programas explícitos que abordem problemas da atividade sexual.

A cristalização de percepções dos adolescentes associando-os à drogas, à irresponsabilidade com o futuro, à falta de limites e à liberação sexual, conforme os estudos realizados por Salles (1995), sugerem a necessidade de um olhar mais acurado sobre tais questões, uma vez que estão claramente relacionadas a comportamentos de risco. Professores, diretores e inspetores de alunos afirmam ser importante a escola receber orientações para “lidar com problemas específicos da adolescência, pelo menos em relação a uso de drogas e educação sexual” (Salles, 1995, p. 28).

Monteiro (1995) levanta questões quanto ao despreparo de professores e à consistência técnica do discurso médico que levam as instituições a optarem por tratar das questões polêmicas, como AIDS e drogas, por exemplo, por meio de palestras proferidas por especialistas. Dessa forma, desobrigam-se da elaboração de um plano de trabalho com ação efetiva e continuada em sala de aula, devidamente acompanhada de capacitação de docentes para esse mister.

O discurso médico, com relação às doenças, tende a explicações de causalidade linear nas quais predominam a prática médica, embora o modelo explicativo da multicausalidade seja freqüentemente posto e levam à “cosmologia

mecanicista que alicerça, ainda que de modo simulado, o saber médico” (Camargo Jr. ,1994, p.34). As representações formuladas e construídas na prática médica tendem a formar um corpo teórico “paracientífico” com grande valorização da experiência individual. Esta situação cria uma tensão entre a intencionalidade de se generalizar uma teoria médica e a prática individualizada, gerando contradições no campo da medicina. Outro ponto relevante citado por Camargo Jr. (1994) é o modo tipicamente médico de abordar as questões preventivas, ou seja, de forma ligeira, como sendo procedimentos secundários e deixando a ação ao bom-senso das pessoas.

Merchán-Hamann (1995) afirma que existe consenso mundial quanto à organização e implementação de Programas de Prevenção para jovens antes que iniciem práticas comportamentais que os coloquem em situação de risco, quanto à transmissão do HIV, uma vez que já se evidenciam soro-positivos entre eles.

Ainda, segundo Merchán-Hamann (1995), são escassos, no Brasil, os trabalhos práticos e informações para os adolescentes que tenham por objetivos a prevenção. Esse autor lembra ainda que tais ações preventivas devem estar próximas a eles e devem levar em conta os contextos sócio-culturais, uma vez que os riscos ocorrem em seus cotidianos. Merchán-Hamann cita e compartilha da opinião de vários pesquisadores por ele citados como: Watney, 1989; Pollak, 1990; Patton, 1990; Treichler, 1991; Herzlich e Pierret, 1992, a respeito das informações veiculadas por alguns meios de comunicação, com objetivo de criar uma “opinião pública”, utilizando-se de uma estrutura de pensamento de senso comum precária, com conteúdos influenciados por relações de poder e ideologias, baseados em concepções particulares do conceito de risco e que limitam a apreensão da realidade.

A avaliação das campanhas veiculadas pelo Ministério da Saúde no Brasil feita por médicos, conforme estudos de Camargo (1994), indica que estas campanhas são de baixa qualidade, não levam a nenhum efeito e não garantem as

mudanças de comportamento; deveriam ser elaboradas visando a micropúblicos, considerando o nível educacional da população..

Camargo (1991), em estudos sobre os aspectos da AIDS e a sociedade contemporânea, analisa as informações veiculadas pela imprensa escrita de São Paulo, via grandes jornais como O Estado de São Paulo, Jornal da Tarde, Folha da Tarde, Diário Popular e Notícias Populares, e sua influência na formação da opinião pública. Mostra que as notícias desses jornais são selecionadas procurando-se não apresetar discussões sobre os tabus e as questões críticas evitadas pelo homem contemporâneo. Além disso, dão ênfase à transmissão entre os homossexuais, ao exótico, as minorias, deixando de lado o cotidiano, as maiorias e os adolescentes e conclui que os jornais tratam a sociedade de forma fragmentada, privilegiando na notícia a mulher, o drogado, o homossexual, o travesti, sem que os leitores se identifiquem com os fatos noticiados.

Quanto à veiculação de informações direcionadas a grupos selecionados, há de se considerar as “falhas de percepção”, uma vez que estas informações não implicam “necessariamente na existência de repercussões para os demais, que podem implicitamente se considerar com menos importância ou menor risco de infecção e sedimentar hábitos inadequados à prevenção da doença” (Fernandes, 1994, p. 174). Reforça, portanto, a premissa de que o processo educativo deva ser voltado para a comunidade como um todo e, deste contexto, direcionar ações a grupos específicos.

Montenegro (1994), em estudos sobre questões sexuais e AIDS entre alunos das 1^{as} e 2^{as} séries dos diversos cursos da UNICAMP, indica que, para esses alunos, as principais fontes de informações sobre a AIDS são a televisão e os jornais, sendo as palestras e as aulas as fontes menos freqüentes. A televisão e os jornais também são as fontes de informações e conhecimentos dos professores, conforme Lima (1995).

Do mesmo modo, Scott, Chambers, Undewood, Walter e Pickard (1990) em seus estudos indicam que a maioria dos estudantes de escolas secundárias do

Canadá e dos Estados Unidos obtém informações sobre a AIDS pela televisão, rádio, revistas e jornais. Entretanto esses estudantes manifestam desejo de conhecer mais sobre a AIDS e que as informações deveriam fazer parte do currículo escolar.

Fruet (1995) também indica a televisão e os jornais como fonte de informações, acrescentando que a televisão, com nítido interesse em explorar o potencial consumidor jovem, apresenta programas e seriados em que os adolescentes, com raras exceções, vivem conflitos banais, com personagens pobres e sem criatividade e não refletem as questões vividas pela maioria dos jovens. O mesmo acontece com os jornais que apresentam seções especiais para os jovens e adolescentes, mas reproduzem opiniões isoladas e sem embasamento teórico-científico, contribuindo para a veiculação de informações incoerentes e superficiais. Esses informes passam a constituir verdades absolutas e inquestionáveis, gerando um ciclo vicioso em que a mídia reflete uma realidade fabricada e o adolescente faz desses informes seu discurso.

Em pesquisa realizada por Andrade (1991), focalizando opinião sobre a AIDS e mudanças de comportamento, os próprios sujeitos, na maioria adolescentes não pertencentes aos grupos de risco, declaram que as campanhas educativas são parcialmente esclarecedoras, são elitistas, provocam mais medo que informação, são alarmistas e moralizantes; afirmam não acreditar na eficiência de tais campanhas e acham que há necessidade de constância das informações, além do que as mesmas devem ser adequadas e direcionadas aos diversos grupos sociais e etários.

A análise do “Projeto Viva a vida: prevenindo a AIDS na Escola”, desenvolvido por Monteiro (1995), indica circunstâncias motivadoras importantes no envolvimento de professores que revelam insegurança para abordar assuntos relacionados a AIDS tais como: busca de informações, atualização e aprofundamento, interesse em multiplicar o trabalho. Incluem-se ainda as dificuldades como: tabus, vivências relacionadas à sexualidade, perdas e

mortes, discriminação e convivência com portadores do HIV, falta de informação, medo e preconceito.

Ferreira (1996) em relatório recente sobre a avaliação do Projeto Viva a Vida desenvolvido pela ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) em parceria com a “Public Welfare Fountation” e a “Save Children Fund”, focaliza ainda como desafio a visualização de resultados do projeto, entre outros, a mudança de comportamento entre os adolescentes.

É preciso, portanto, que os Programas de Prevenção da AIDS para os adolescentes sejam implementados interdisciplinarmente de maneira racional, em nível individual e devidamente contextualizados, levando-se em conta as características peculiares dos microambientes escolares. Essa contextualização pode ser alcançada por meio da identificação da realidade construída pelos adolescentes, cabendo à sensibilidade e a capacidade dos docentes e especialistas da educação o levantamento e a análise da percepção da relação AIDS-adolescentes, como instrumento necessário à construção de seus programas ou à implementação de programas existentes.

Antes da elaboração, adoção ou desenvolvimento de programas preventivos, é importante considerar alguns aspectos das características daqueles que deverão executá-los nas escolas - os professores. Embora não seja propósito deste projeto a análise da formação profissional dos professores, não se desconsidera que o processo de formação também seja responsável pela origem, manutenção e construção de suas representações. Aquino (1996) aponta, em seus estudos, a análise dos discursos na formação de professores e alunos universitários as representações que vão além da aquisição de conhecimentos técnico-teóricos, efeitos da formação universitária que criam uma subjetividade na prática acadêmica em detrimento da instrumentalização técnico-teórica, transcendendo os registros de conteúdos.

e) As Representações Sociais

“As representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetivos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas, delas estão impregnados. Sabemos que as representações sociais correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro, à prática que produz a dita substância, tal como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica e mítica”
(Moscovici, 1978, p. 41).

O termo *representações sociais* surge com a publicação do trabalho de Moscovici sobre “o fenômeno da socialização da psicanálise, de sua apropriação pela população parisiense, do processo de sua transformação para servir a outros usos e funções sociais” (Sá, 1995, p. 19). Moscovici manifesta o desejo de redefinir conceitos da Psicologia Social a partir desse trabalho. Seus esforços levam à busca de explicações tanto na psicologia social como na perspectiva individual. Seus primeiros passos na construção do conceito de representação social são conduzidos em direção ao conceito de representação coletiva proposto por Durkheim. Neste conceito, Durkheim tem por objetivo explicar fenômenos sociais como religião, mitos e ciência, por serem conhecimentos inerentes à sociedade (Sá, 1995).

A representação coletiva, segundo Durkheim, constitui um produto cooperativo no espaço e no tempo, em que as idéias, sentimentos, experiências e saber foram combinados e misturados durante gerações. Segundo Sá (1995), esse conceito nasce dos estudos elaborados por Durkheim no início do século sobre a

religião de povos simples, e parecia ser suficiente devido à integridade das religiões nessa época. Nesse conceito, o indivíduo comporta-se como portador e usuário da representação coletiva que não pode ser reduzida ao conjunto de representações individuais.

O conceito de representação coletiva não foi suficiente para explicar os novos fenômenos detectados por Moscovici devido a, pelo menos, três razões: 1) a extensão, a quantidade e as grandes diferenças de conhecimentos contidas no conceito de representação coletiva, ao passo que Moscovici reduzia a representação social a uma forma de conhecimento específico com a finalidade de elaborar comportamentos e manter a comunicação entre os indivíduos; 2) o conceito de representação coletiva baseava-se em fenômenos que apresentavam uma certa estabilidade como as religiões e mitos, entre outros; daí seu caráter estático e suficiente para explicá-los, carecendo de flexibilidade, mobilidade e permeabilidade como admitem as representações sociais e 3) as representações coletivas portavam-se, na visão sociológica, como entidades explicativas absolutas e irredutíveis a análises, enquanto que Moscovici propunha, à Psicologia Social, a descoberta da estrutura e dos mecanismos internos das representações sociais (Sá, 1995).

Segundo Spink (1993), as representações sociais são definidas como uma das formas de conhecimento de natureza e caráter prático, voltado para a compreensão do contexto social. Esse conhecimento prático apresenta elementos cognitivos como as imagens, conceitos e teorias, mas não está restrito a eles. As representações sociais são elaboradas e compartilhadas socialmente, contribuem para a construção da realidade comum e possibilitam a comunicação. Constituem, portanto, fenômenos sociais e devem ser entendidas a partir do ambiente em que são construídos e “a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam” (Spink, 1993, p. 300).

O construir e o elaborar indicam uma ação ou atividade do sujeito - entendido como indivíduo ou grupo. Sujeito este que não é meramente produto de determinantes sociais tão pouco é produtor independente. A ação de construir as representações sociais só é possível de forma contextualizada, embora mantenha a expressão intra-individual onde se articulam “elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais” (Jodelet, 1989 apud Spink, 1993, p. 304).

Por outro lado, a “representação social constitui uma das vias de apreensão do mundo concreto, circunscrito em seus alicerces e em suas conseqüências”, quando “os grupos ou indivíduos a ela recorrem - na condição de que não se trate de uma escolha arbitrária - é certamente para tirar proveito de uma das múltiplas possibilidades que se oferecem a cada um” (Moscovici, 1978, p. 44).

Sendo uma das formas de conhecimento e encontrando-se na interface dos fenômenos individual e coletivo, as representações sociais possuem uma caráter transversal e de interesse de todas as ciências humanas. A análise da estrutura transdisciplinar das representações pode ser feita a partir de duas dimensões: 1) como forma de conhecimento prático necessário para a compreensão do mundo e para a comunicação e 2) como algo que surge das elaborações e construções de sujeitos sociais a partir de objetivos socialmente valorizados. Essas duas dimensões, segundo Spink (1995), dependem das explicações das teorias do conhecimento e dos determinantes de sua elaboração.

O conhecimento prático está inserido nas correntes que estudam o conhecimento do senso comum e este é administrado e situado como uma teia de significados, que é tecida pelo homem, e tem a capacidade de criar a realidade social.

As representações sociais não constituem reproduções de um objeto, são interpretações que o sujeito faz da realidade. Esta relação com o real é mediada por categorias históricas e por subjetividades, “representar uma coisa, um estado,

não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo; é reconstituí-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto” são exercícios intelectuais sobre o concreto e a abstração que “uma vez fixados, fazem-nos esquecer que são obra nossa, que têm um começo e que terão um fim, que a sua existência no exterior ostenta a marca de uma passagem pelo interior do psiquismo individual e social” (Moscovici, 1978, p. 58).

Como já mencionado, as representações sociais, além de apresentar uma estrutura dinâmica, flexível e permeável, também apresentam conteúdos mais estáveis que expressam permanências culturais. Desta forma, encontramos, nas representações sociais, contextos sociais de curto alcance, os atuais, e de longo alcance, os históricos.

Spink (1993) indica como contexto social de longo alcance o “imaginário social”, representado pelas produções culturais que circulam em uma sociedade sob a forma de iconografia, literatura, canções, provérbios, mitos, entre outros. Essas produções são filtradas pela visão hegemônica de mundo (a *episteme*) de uma determinada época histórica e são reinterpretadas por diferentes grupos sociais segundo suas características (ou *habitus*). Nesse percurso, as representações sociais são “alimentadas pelos produtos da ciência, que circulam publicamente através da mídia e das inúmeras versões populares destes produtos” (Spink, 1993, p.305).

Essas propriedades indicam que, quanto mais distante no tempo, mais há aproximação das permanências culturais, dos conteúdos estáveis, das representações, enquanto que, quanto mais no “aqui-e-agora”, mais se depara com a diversidade e a criação (Spink, 1995).

A coexistência dos conteúdos estáveis e das novidades ou atualidades, absorvidas no momento atual, na elaboração das representações sociais permite um entendimento mais adequado das contradições nelas contidas. As representações sociais são elaboradas, a partir de um campo social estruturado e

são frutos de um *imprinting* social que, por sua vez, apresenta zonas fracas permitindo movimentos, mudanças e abertura à novidade (Spink, 1995).

As representações têm funções sociais como as de proteger identidades sociais, explicar eventos sociais relevantes, orientar e justificar ações direcionadas aos objetos de representação.

A diversidade e a contradição indicam que as representações sociais devem ser entendidas como um processo, como uma práxis, na criação e na manutenção de uma ordem social. Como forma de conhecimento prático, as representações sociais (como processo) podem exercer as seguintes funções; 1) social - orientando condutas e as comunicações; 2) afetiva - protegendo e legitimando identidades sociais e 3) cognitiva - para entender e familiarizar-se com o novo.

A função cognitiva depende de dois processos para a elaboração das representações sociais: 1) a ancoragem - caracterizada pela inserção do novo, do estranho, no pensamento já existente por meio da pressão do grupo, isto é, a inserção ocorre no contexto social vivido e 2) a objetivação - caracterizada pela cristalização da representação pela forma de imagens concretas (“quase tangíveis”), a partir de noções abstratas.

A objetivação, por sua vez, ocorre em três etapas: 1) descontextualização da informação utilizando-se de normas e critérios culturais; 2) formação de um núcleo figurativo, de uma estrutura capaz de reproduzir figurativamente um conceito e 3) a naturalização que transforma imagens em elementos da realidade.

O conhecimento sobre um objeto social, a estrutura ou a organização das informações em torno de um núcleo figurativo e a atitude, definida como uma valorização, positiva ou negativa, desse objeto constituem a estrutura ou dimensões das representações sociais.

As representações correspondem às situações reais de vida construídas e explicadas pelos sujeitos em seus contextos sociais. Devem ser analisadas

criticamente nas suas estruturas e comportamentos sociais. Como explica Minayo (1995, p. 108):

“ As Representações Sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada, porém, é a linguagem, tomada como forma de conhecimento e de interação social. Mesmo sabendo que ela traduz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial, freqüentemente contraditória, possui graus diversos de clareza e de nitidez em relação à realidade. Fruto da vivência das contradições que permeiam o dia-a-dia dos grupos sociais e sua expressão marca o entendimento deles com seus pares, seus contrários e com as instituições.”

f) As representações sociais de saúde e doença e da AIDS

Sevalho (1993) aborda em seu trabalho, as representações sociais em saúde e doença, analisando os conteúdos mais estáveis dessas representações, aqueles conteúdos que indicam as contextualizações sociais de longo alcance histórico. Esta abordagem reveste-se de importância, entre tantas outras, porque a saúde e doença constituem um processo que modifica a vida individual, a inserção social e o equilíbrio coletivo, ao mesmo tempo em que gera uma necessidade de discurso, de interpretação “complexa e contínua da sociedade inteira” (Herzlich, 1991, apud Sevalho, p. 350, 1993).

A necessidade de resgatar as representações sociais das doenças, mesmo sendo os médicos possuidores do saber dominante e da doença, sob o ponto de

vista histórico, deve-se ao fato de que se trata de um fenômeno que ultrapassa a própria medicina.

Desta forma, os estudos históricos mostram as relações entre os conhecimentos médicos e os conhecimentos do senso comum. Mostram ainda de que forma e quando se estabelecem as relações nos dois sentidos, sem dependências, mas com intercâmbios entre o pensamento erudito e o do senso comum. A memória coletiva não é modelada pela “cultura médica, mesmo quando diante da doença se utilizam as tecnologias modernas” (Sevalho1993, p. 351,).

Segundo o autor acima citado, as representações de saúde sempre estiveram impregnadas pelas inter-relações entre os corpos humanos, as coisas e os demais seres que os cercam. Participam destas relações o natural e o sobrenatural, impregnando a cultura, os valores, as religiões, as crenças, os sentimentos de culpa, os medos, as superstições, ligados às epidemias, à dor, ao sofrimento, ao desgaste físico e mental, à deterioração dos corpos e à morte, gerando preconceitos e segregações.

Dos elementos presentes nessas relações, destacam-se a permanência, de tempos imemoriais até os dias de hoje, dos aspectos religiosos, das maldições, dos castigos, do medo, da culpa. Exemplificam essas permanências doenças como a sífilis em meados século XX e, presentemente, a AIDS que, inicialmente entre os homossexuais masculinos e usuários de drogas endovenosas, retomam uma série de preconceitos morais.

Czeresnia (1995) concorda que com o surgimento da AIDS tenha reativado o imaginário social e as “velhas imagens simbólicas”, além de evidenciar dilemas morais insolúveis, levando à reelaboração dos discursos nas grandes esferas da sociedade. As ressignificações surgem de formas variadas e com múltiplas expressões. Diante dessa imensa mobilização de questões, “a ciência não esgota as múltiplas dimensões da realidade suscitadas pela doença” (p. 52).

Um aspecto importante com a emergência da AIDS, apontado por Giddens citado por Czeresnia (1995), é o estabelecimento de um novo patamar de relações entre a sociedade, as ciências médicas e a produção do saber. O discurso científico torna-se mais transparente, é divulgado e ampliado pela mídia e acentua seu poder de interferência em outros discursos e práticas sociais. Cresce o interesse pela literatura sobre a AIDS não só pelos especialistas como também pelos leigos além de favorecer invasões discursivas mútuas.

O surgimento da AIDS revitalizou os conteúdos mais antigos do imaginário social sobre as pestes, e marcou um significado simbólico sobre uma nova forma terrível de contágio, que foge da capacidade de controle científico. A associação das representações sociais da AIDS com a peste e a idéia de contágio que lembram o processo de adoecimento, segundo Czeresnia (1995), indica a presença de preconceitos, atitudes irracionais e obscurantistas a que a ciência propõe substituição por posturas racionais e civilizadas. O conhecimento científico sobre a AIDS faz referência às formas de transmissão e constroem-se as modalidades de prevenção, elaboram-se as legislações e indicam-se os deveres que especificam proteção contra a doença.

Dificuldades para se refletir criticamente sobre a epidemia da AIDS e seus atores, segundo Camargo (1995), deve-se, em parte, à relação entre sexualidade e morte que se tornou um chavão dos discursos reiterados pela mídia. Essa relação indica ainda as posições conservadoras sobre a sexualidade presentes no imaginário social (inclusive o médico), ligando a AIDS a formas discriminadas e desviantes da sexualidade.

A origem da AIDS relacionada aos homossexuais, conforme o primeiro conceito sobre a doença em 1981 - Deficiência Imunológica Relacionada aos *Gays* (GRID), proporcionou e motivou atitudes de revolta e preconceitos por parte da população contra os homossexuais. A evolução do conhecimento ao longo do tempo, sempre divulgado e alimentando o senso comum, identifica que usuários de drogas injetáveis, transfundidos (em especial os hemofílicos) também

estavam entre os chamados “grupos de risco”. Não se veicula com a mesma ênfase a visão de que “não se pode mais falar em grupos de risco, o que existe são comportamentos de risco, a síndrome afeta hoje todas as pessoas independentemente da idade, religião, classe social ou preferência sexual” (Souza, 1994, p. 334), pois “o HIV tem demonstrado repetidamente sua capacidade de cruzar todas as fronteiras - sociais, culturais, econômicas e políticas - e as condições que fomentam sua disseminação são complexas e mutantes” (Mann, Tarantola e Netter, 1993, p. 3).

A construção das representações são fortemente influenciadas não só pelo conhecimento produzido e divulgado, de forma consistente ou não, por médicos e cientistas que buscam refúgio na pretensa neutralidade do seu saber, contaminando suas próprias pré-concepções a respeito de questões como a sexualidade e referências culturais de populações exóticas, mas também pelas religiões e crenças em que “líderes religiosos de vários matizes tentam recrutar a epidemia como recurso pedagógico corroborador de suas concepções morais” (Camargo Jr., 1995, p. 30).

A AIDS é desconfortável para a área médica porque: 1) coloca-a em frente a tabus como a sexualidade tida desviante e ao uso de drogas ilícitas, questões estas que não se fazem (ou não se faziam) objeto de reflexões para a medicina, e 2) define como referencial sobre o modo de contágio a palavra do paciente, geralmente não aceita ou não confiável pelo médico, por achar que ele mente, omite ou se equivoca. Somam-se as “formulações teóricas clínico-epidemiológicas, ancoradas em pressupostos que não são usualmente objeto de reflexão crítica pelo seu caráter implícito, legitimam preconceitos etnocêntricos pela cientifização, naturalizando-os” (Camargo Jr., 1995, p. 33).

O resultado dessas construções é a capacidade de gerar uma ilusão de segurança nos grupos sociais que não pertençam aos chamados “grupos de risco” e uma apatia na sociedade brasileira frente à inércia das autoridades sanitárias diante da epidemia da AIDS. Levando-se em conta essas construções, é preciso

rever as formulações pretensamente neutras da ciência médica que contribuem, em grande parte, para a formação do senso comum sobre o HIV e a AIDS.

Há necessidade de se investigar as representações atuais e *limpar o terreno* uma vez que não há ponto neutro. Branco, Santos e Monteiro (1996) recomendam que, na execução de Programa de Prevenção, há necessidade de dissociar os argumentos científicos das considerações morais, isto é, da necessidade de se mudar as idéias sobre a AIDS, uma vez que estas idéias dificultam ou interferem na adoção de comportamentos preventivos. Esse processo só é possível por meio de reflexões críticas dos aspectos simbólicos da epidemia.

Carrara (1994), comparando a epidemia da sífilis no início do século e a AIDS, demonstra a permanência de conteúdos estáveis do senso comum em que se vincula a sífilis à figura da prostituta e a AIDS aos homossexuais masculinos e adverte que, para se atuar preventivamente, de forma eficaz, é preciso transformar em objeto de um discurso público os comportamentos sexuais estigmatizados. Esses conflitos invadem a política pública e as campanhas educativas, mas produzem discursos indecisos que evitam falar de preservativos e práticas sexuais. Como exemplo é a noção de “promiscuidade” que, de forma fluida, é absorvida e interpretada pelas pessoas fazendo com que elas deixem de praticar o sexo seguro por julgarem-se “não promíscuas”.

As representações são reconstruídas nesse ambiente altamente influenciado, dúbio, indeciso, muitas vezes místico, sendo que a AIDS é também idealizada como uma doença do “outro” e, por isso, lega-se ao “outro” a responsabilidade e a culpabilidade de se produzi-la e disseminá-la. Souza (1994, p. 334) cita o depoimento de uma americana numa convenção do partido republicano nos EUA, ilustrando a questão do “outro” - “felizmente a AIDS atinge apenas os homossexuais, os drogados, os negros ..., não atinge seres humanos”

Bastos et al (1994) analisam as representações do medo de contágio mantidos na memória do senso comum, alimentada pelas experiências das epidemias das gripes, pelo “imaginário bíblico da lepra”, que desencadeiam reações de pânico e medo de contágio desproporcionais com relação a AIDS. Esse medo contaminou e permeou desde os profissionais de saúde, como cirurgiões, dentistas e necropsiadores, que se recusaram a prestar assistência aos portadores de AIDS ou necropsiá-los, até atingir os salões de manicuras, os cabeleireiros e as quadras desportivas.

O exagero do medo chega às escolas com a polêmica da discriminação ocorrida no Rio de Janeiro, em 1991, e em São Paulo, em 1992, quando alunos soropositivos garantiram na justiça o direito de freqüentar a escola.

Os medos confundem-se com os saberes, com o medo de “pegar AIDS” no ar, nos corredores, nas maçanetas, à mesa, beijando, abraçando, pela picada de mosquitos, ou ainda o medo de o infectado expor-se publicamente e ser discriminado. Esses medos são manifestados mesmo nas campanhas do Ministério da Saúde nos *slogans* “se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar” ou ainda “não mantenha relações sexuais com contaminados” .

Se, por um lado, o professor sofre as influências da sociedade, carregando os mesmos fardos das dúvidas, dos preconceitos, das pressões sociais e participa dos ambientes comuns aos membros da sociedade onde constrói suas representações sociais; por outro lado, nesse mesmo professor, a sociedade deposita a confiança e a exigência para o desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS e de educação sexual. Esta situação encontra respaldo nos resultados obtidos por pesquisas realizadas pela DATA-FOLHA e pelo NEPAIDS, já citadas.

O conhecimento das representações dos professores torna-se relevante por que “tanto os Programas de Prevenção do HIV quanto os indivíduos são fortemente influenciados pelas normas comunitárias de comportamentos e discursos vigentes” (Mann et al, 1993, p. 174). Considerando também que o

sucesso dos Programas de Prevenção depende de elementos como a informação/educação e do ambiente social adequado e, se possível, isento de discriminações e preconceitos, as alternativas educacionais visando à prevenção da AIDS devem precaver-se para que não se utilizem de orientações que reforcem falsos moralismos e preconceitos (Schall e Struchiner, 1995).

Mesmo que as ações educacionais sejam eficientes, não se pode esquecer que só atingirão uma pequena parcela da população adolescente, porque tantos são aqueles a quem se lhes é negado o direito de freqüentar a escola. Infelizmente somente cerca 33% dos adolescentes no Brasil chegam a concluir a 8ª série.

Desta forma, nestas circunstâncias, pretendeu o Autor explorar as representações sociais dos professores nas Escolas Técnicas de segundo grau, quanto a seus conhecimentos e posicionamentos relacionados à AIDS e a Programas de Prevenção, para que os resultados possam ter acolhida no meio científico e possam servir de base para ações preventivas ligadas à AIDS, veiculadas pela escola.

Segundo Witter (1996), a escola produz diariamente um grande número de dados que podem ser analisados, podendo reverter em novos conhecimentos para seus membros e consistindo uma base para atuação interdisciplinar. Esses conhecimentos, gerados da própria realidade onde se atua, “permite uma organização do conhecimento mais próxima das necessidades de trabalho; viabiliza uma articulação entre conhecimento e experiência, permite detectar e incorporar o impacto de novos eventos, das rupturas socioculturais, dos avanços científico-tecnológicos” (p. 40).

OBJETIVOS

A presente pesquisa tem como objetivo explorar as representações sociais dos professores das escolas técnicas de 2º grau sobre a AIDS.

A partir desse objetivo, definem-se como objetivos específicos:

1. caracterizar as representações sociais dos professores sobre a AIDS, evidenciando-se noções sobre a doença, preconceitos, formas de transmissão e formas de prevenção;
2. explorar as representações dos professores diante das perspectivas, do seu envolvimento e do papel de um programa de prevenção da AIDS na escola.

MÉTODO

a) Caracterização da Instituição

Esta pesquisa foi realizada em duas unidades de ensino de segundo grau do Centro Estadual de Educação Tecnológica “Paula Souza” - CEETEPS (Anexo 2).

O CEETEPS é uma instituição autárquica estadual de regime especial associada e vinculada a UNESP - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, constituída atualmente por 10 Faculdades de Tecnologia - as FATECs - e 100 Escolas Técnicas de segundo grau - as ETES - cujas unidades de ensino encontram-se distribuídas na capital e nos demais municípios do Estado de São Paulo.

Das 100 unidades de ensino de segundo grau, 65 oferecem 35 modalidades de habilitações profissionalizantes e são designadas como ETES - Escolas Técnicas Estaduais - e, nas 35 unidades restantes, é oferecida a habilitação em Agropecuária e são designadas como ETAEs - Escolas Técnicas Agrícolas.

A criação do CEETEPS, inicialmente denominado de Centro de Educação Tecnológica de São Paulo, deu-se em 1969 pelo Decreto-Lei de 6 de outubro daquele ano. A vinculação a UNESP ocorreu em 1976, quando da criação desta.

A constituição da rede Ensino Técnico de segundo grau no CEETEPS ocorreu em 1980 e 1982, pelos Decretos 16.309 e 18.421 respectivamente, com a integração de 12 unidades de ensino, anteriormente mantidas pela Rede Estadual de Ensino ou mediante convênios celebrados entre o MEC, Secretaria Estadual de Educação, Prefeituras Municipais e entidades civis e educacionais. No final da década de 80, o CEETEPS cria duas unidades de ensino e, finalmente, em 1993, o Decreto 37.735 transfere para o CEETEPS as escolas técnicas - Industriais e Agrícolas - vinculadas a Secretaria da Educação e à Secretaria da Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico.

b) A constituição da grade Curricular das Escolas Técnicas

As grades curriculares das habilitações técnicas de segundo grau são constituídas de: **1)** um núcleo comum ou formação geral e, **2)** uma parte diversificada ou de formação especial - correspondendo à formação profissionalizante - neste trabalho, designadas como “núcleo comum” e “parte diversificada”, respectivamente. Tanto o núcleo comum como a parte diversificada são definidas pelo Parecer 45/72 - CESu, sendo que os mínimos a serem exigidos em cada habilitação profissional são estabelecidos pela Resolução 2/72 do CFE, segundo as orientações da Lei 5.692/71, alterada pela lei 7.044/82. É importante lembrar que a Lei 9.394/96, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional e revoga todas as demais disposições das Leis e Decretos-Lei referentes à Educação e impõe alterações no ensino técnico, deverá ser aplicada a partir de janeiro de 1998.

O núcleo comum é composto pelas disciplinas: Língua Portuguesa e Literatura Brasileira, Língua Estrangeira: Inglês, Educação Artísticas, Geografia, História, Matemática, Física, Química, Biologia, Programas de Saúde e Educação Física. As disciplinas que compõem o mínimo profissionalizante da parte diversificada de cada habilitação são definidas pelo Parecer 45/72 CESu e legislações específicas e pareceres que instituíram essas habilitações.

O curso técnico tem a duração de quatro anos, sendo que a conclusão da terceira série dá direito ao aluno a receber um certificado de Auxiliar Técnico e permite a continuação de estudos no terceiro grau.

c) Os Professores

A formação básica exigida para lecionar qualquer disciplina das habilitações, tanto do núcleo comum como da parte diversificada, é a Licenciatura Plena. Um conjunto de legislação - Resoluções e Pareceres do CFE, Portarias do MEC, Deliberações do CEE e Portarias do CEETEPS - definem os requisitos exigidos dos profissionais para ministrar disciplinas que compõem a habilitação - núcleo comum e a parte diversificada.

Os dados de novembro de 1996 fornecidos pela CEETEPS indicam que 1.862 professores (40,2%) são do núcleo comum e 2.773 (59,8%) são da parte diversificada.

d) O Pessoal Administrativo

A composição do quadro administrativo possui cerca de 230 Auxiliares de Instrução e 1.676 servidores administrativos, incluindo os diretores, assistentes pedagógicos e orientadores educacionais.

e) A escolha das unidades

A escolha das duas unidades de ensino para esta pesquisa foi feita entre as 12 unidades que, a partir de 1980 e 1982, passaram a integrar a rede do CEETEPS. Sendo, portanto, o primeiro conjunto de Escolas Técnicas de segundo grau a receber um tratamento administrativo e pedagógico diferenciado das demais escolas da rede Estadual.

Dentre essas doze unidades, optou-se por uma localizada na capital e outra no interior, aqui referidas apenas como “capital” e “interior” respectivamente, que mantivessem habilitações em funcionamento nos períodos diurno e noturno e tivessem facilidade de acesso ao Autor.

f) Sujeitos

Foram sujeitos desta pesquisa 54 professores, pertencentes ao núcleo comum e parte diversificada, aos períodos diurno e noturno das duas e que estavam presentes nas respectivas ETEs, escolhidas para a coleta de dados.

Dos 54 sujeitos, 32 (59%) eram da ETE da Capital e 22 (41%) da ETE Interior, correspondendo a 38% e 29%, respectivamente, do total de professores de cada uma das ETEs. Ainda deste total, 29 (54%) eram do sexo masculino e 25 (46%), do sexo feminino.

A distribuição dos sujeitos, segundo as variáveis ETEs, núcleo comum, parte diversificada, período e unidade de ensino a que pertenciam é mostrada na Tabela 1.

Tabela 1

Distribuição dos sujeitos nas ETEs em porcentagem.

ETE	Núcleo Comum			Parte Diversificada			Totais
	Período			Período			
	Diurno	Noturno	Subtotal	Diurno	Noturno	Subtotal	
Capital	11,11	16,67	27,78	14,81	16,67	31,48	59,26
Interior	11,11	9,26	20,37	9,26	11,11	20,37	40,74
Totais	22,22	25,93	48,15	24,07	27,78	51,85	100

A distribuição dos sujeitos entre os núcleos comum e parte diversificada das duas unidades de ensino e quanto aos períodos não apresentou diferenças estatisticamente significantes ($\chi^2_o = 0,66$, $\chi^2_c = 7,81$, gl = 3 e $\alpha = 0,05$).

As características idade e tempo de magistério também foram levantadas conforme mostra a Tabela 2, a seguir.

Tabela 2Variação da idade e tempo de magistério em anos

ETE	<u>Variação da Idade (em anos)</u>				<u>Tempo de Magistério (em anos)</u>			
	Período				Período			
	Diurno	Média	Noturno	Média	Diurno	Média	Noturno	Média
Capital	26 a 59	45,4	27 a 59	42,6	3,5 a 30	18,4	1 a 30	13,9
Interior	31 a 55	42,8	30 a 55	43,7	7 a 29	16	5 a 27	18

Podemos observar que a idade média não apresenta variações consideráveis ($\chi^2_o = 0,1$, $\chi^2_c = 7,81$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$) assim como tempo médio de magistério ($\chi^2_o = 0,75$, $\chi^2_c = 7,81$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$), o que mostra que não houve significância estatística.

Além das características dos sujeitos quanto ao sexo, idade, tempo de magistério, núcleo comum ou parte diversificada, localização da unidade de ensino e período, outra informação que importava, neste trabalho, era conhecer o histórico do envolvimento anterior dos sujeitos com programas e/ou ações de prevenção. Experiências positivas ou negativas em circunstâncias semelhantes poderiam explicar certa atração, ou ao contrário, certa recusa por parte do professor em participar de intervenções dessa natureza. Esta participação poderia fornecer elementos sobre possíveis fontes de informação que teriam tido sobre a problemática estudada. Assim, dos 54 sujeitos, 12 (22%) indicaram ter participado de algum tipo de Programa de Prevenção da AIDS. Desses 12 sujeitos, seis (50%) eram do núcleo comum e seis (50%), da parte diversificada, distribuídos da seguinte forma: oito (67%) participaram como ouvintes de palestras realizadas nas Escolas, sendo que um deles também indicou ter participado de palestras em Igreja, três (25%) participaram de programas desenvolvidos pela Coordenadoria de Ensino e Normas Pedagógicas da

Secretaria de Educação (CENP) e Delegacias de Ensino e um (8%) organizou palestras sobre o tema na escola, quando exercia a função de Coordenador de Área.

g) Material

Para esta pesquisa, utilizou-se como instrumento de coleta, um questionário (Anexo1). Segundo Fife-Chaw (1995), um modesto questionário é, provavelmente, a ferramenta de pesquisa mais comum nas ciências sociais. Algumas de suas vantagens se devem à aparente simplicidade, à versatilidade e ao baixo custo e “se mostra mais eficiente quando se trata de pesquisa entre profissionais liberais, intelectuais, entre pessoas dotadas de um certo grau de instrução” (Nogueira, 1968, p. 125). Goode e Hatt (1979, p.172 e 173) definem o questionário “como um meio de obter respostas a questões por uma fórmula que o próprio informante preenche . . . e deve ser limitado em sua extensão e finalidade”.

O questionário é composto por uma série de perguntas que devem ser organizadas visando ao levantamento de dados para uma dada pesquisa, cujas respostas são fornecidas pelo informante, respondente ou pesquisado.

As questões que compõem o questionário podem ser fechadas ou abertas. Nas questões fechadas, são oferecidas alternativas para que os sujeitos escolham, e podem ser facilmente respondidas e tabuladas para a análise, cujas respostas devem constituir uma referência significativa para o objetivo da pesquisa. Quanto às desvantagens, Nogueira (1968) indica que as alternativas das questões fechadas podem restringir as respostas dos sujeitos, quando não atendem ou não estão de acordo com as referências ou reflexões dos sujeitos pesquisados e Fife-Chaw(1995) faz referência à possibilidade de se forçar escolhas artificiais, quando, na lista de alternativas, não se inclui uma que seja importante para algumas pessoas.

Para Nogueira (1968), as questões abertas exigem respostas pessoais, espontâneas, com todos os pormenores e restrições que os sujeitos pesquisados considerem necessários. As respostas às perguntas abertas revelam racionalizações e impressões subjetivas necessárias e importantes para atender aos objetivos da pesquisa, embora sejam difíceis para o tratamento estatístico.

Goode e Hatt (1979) orientam que as respostas dos sujeitos podem ser codificadas, ordenadas e classificadas, utilizando-se de indicadores de classe baseados em unidades de comunicação, para que se faça um tratamento ulterior pela análise de conteúdo.

Quando se trata questões abertas, a técnica mais estruturada é a análise de conteúdo. Bardin (1978, p.38) a define “como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” cujo objetivo ou intenção “é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” .

Seja em questões fechadas ou abertas, Nogueira (1968, p.121), citando os argumentos de Ruth Shonle Cavan, indica que “o grau de validade das respostas é maior para as perguntas referentes a dados objetivos e concretos (factual), sendo menor para perguntas relativas a atitudes e estimativas”.

Tais reflexões desses autores sugerem que a construção de um questionário está longe de ser uma tarefa simples, se o desejo do pesquisador é explorar com profundidade variáveis junto a seus sujeitos. Fife-Chaw (1995) lembra que é praticamente impossível construir um questionário perfeito e não se deve entender como uma falha, quando o informante não responde uma questão, mas sim como parte do processo de pesquisa. Goode e Hatt (1979) explicam que uma certa proporção de respostas “não sei” pode ser esperada e que essa proporção tende a variar em função do nível do informante e do tipo de questão. Portanto, o planejamento e os cuidados na construção de questionários constituem esforços

para se minimizar o número de erros e deve-se procurar eliminar aqueles que são óbvios.

Nogueira (1968) indica a importância da manutenção do anonimato dos informantes para que se permita a espontaneidade das respostas e a garantia da confiabilidade e sugere que as informações, esclarecimentos e finalidades sobre os interesses e percepções sobre um dado tema a ser pesquisado em um grupo relativamente homogêneo devem ser explicitados no início dos questionários ou por meio de carta informal aos pesquisados.

Levando-se em conta tais reflexões, foi construído e utilizado como instrumento para esta pesquisa, um questionário auto-aplicável composto de 25 questões sendo dez abertas, oito fechadas, sete com alternativas “Sim” e “Não” para serem escolhidas e justificadas pelos sujeitos.

Além das quatro questões fechadas para identificação do sujeito, o questionário cobriu os seguintes aspectos: participação ou não em programas de prevenção; conhecimento sobre a AIDS; interesse em obter mais informações sobre a AIDS; preconceito; formas de transmissão da AIDS entre adolescentes; programas de prevenção e espaço aberto para que o sujeito pudesse expressar suas críticas, comentários, sugestões e opiniões sobre assuntos não tratados no questionário.

Dessa forma, as questões, além da **Identificação** que permitiu a contextualização das respostas dos sujeitos, abrangeram três variáveis com seus respectivos indicadores:

- 1. Representações Sociais Sobre a AIDS:** buscou elementos para caracterizar as representações sociais dos sujeitos com base nas informações, nos sentimentos e no senso comum que permeiam o conhecimento dos sujeitos;
- 2. Programas de Prevenção da AIDS:** investigou as relações, envolvimento e a visão dos sujeitos com programas de prevenção.
- 3. Manifestação Pessoal:** de caráter optativo, permitiu a manifestação do sujeito, sem preocupação com um direcionamento de sua resposta.

O Quadro 1 a seguir apresenta as variáveis, os indicadores e o tipo de questão.

Quadro 1

Variáveis, indicadores e tipo de questão

Variáveis	Indicadores	Questões		
		Fechadas	Com Alternativas	Abertas
Identificação	Disciplina que leciona - núcleo comum ou profissionalizante; tempo de magistério em anos; idade; sexo; participação em programa de prevenção; identificação do programa; instituição em que foi realizado; forma de participação no programa.	1, 2, 3, 4, 5, 8		6 e 7
1.Representações sobre a AIDS	Conhecimento sobre a AIDS; forma de transmissão; formas de prevenção; interesse em informações; preconceitos; formas de transmissão da AIDS entre os adolescentes; identificação e convívio com portadores do HIV/AIDS nas escola.	13	12, 16, 17,	9, 10, 11, 14, 15
2.Representações sobre Programas de Prevenção da AIDS	Programa de prevenção na escola; responsabilidade sobre o programa; dificuldades; temas; participação.	19	18, 20, 23, 24	21 e 22
3.Manifestação pessoal	Espaço para críticas, comentários, sugestões e opiniões			25

Evidentemente as variáveis escolhidas para compor este trabalho não esgotam o tema. Outras variáveis seriam importantes para a caracterização da Representação Social do professor tais como as fontes de informações a que tem acesso e das quais se serve com frequência, conhecimento ou convivência com pessoas portadoras do HIV ou com AIDS, análise de situações de risco na escola como oficinas ou laboratórios, compreensão da conduta e dos aspectos psicossociais dos adolescentes, conhecimento de questões legais, entre outras. Todavia, tais aspectos não foram tratados neste trabalho devido às limitações que encerram uma dissertação, sendo que o Autor deixa de antemão registrada aqui a necessidade de continuidade de trabalhos científicos na área.

h) Procedimento da coleta dos dados

Os questionários foram pré-testados com professores de Escola não escolhida para a realização da pesquisa. Cronometrou-se o tempo necessário para se responder o instrumento, além de proceder-se algumas pequenas modificações e correções no mesmo. Uma folha de rosto especialmente elaborada para explicar aos sujeitos os objetivos do trabalho fechava a constituição do instrumento de coleta de dados.

Foi solicitado espaço para a execução do trabalho de pesquisa junto à Coordenadoria do Ensino Técnico do CEETEPS, que autorizou a aplicação dos questionários mediante a aquiescência dos Diretores das Unidades escolhidas.

As datas e os horários para aplicação foram marcados com antecedência com os Diretores, tendo sido reservada uma aula para essa finalidade, sem que houvesse comunicação antecipada aos professores. A aplicação foi feita pelo próprio Autor e ocorreu em quatro seções: **a)** período da manhã na unidade da capital; **b)** período da noite na unidade da capital, ambas no mesmo dia; **c)** período da manhã na unidade do interior e **d)** período da noite, na unidade do interior; no dia seguinte as seções de aplicação na capital.

Solicitou-se aos professores, após os esclarecimentos dos objetivos da pesquisa, que não houvesse comunicação entre eles e com os demais professores dos outros períodos e unidades do CEETEPS, evitando-se assim que os sujeitos pudessem entrar na situação de coleta em condições diferentes do primeiro grupo.

O tempo máximo utilizado para preenchimento do questionário foi de 40 minutos. Foi garantido o anonimato e sigilo aos sujeitos.

Os professores mostraram-se solícitos e atenciosos no preenchimento do questionário, não tendo ocorrido qualquer incidente devido a esse trabalho nas unidades.

i) Procedimento da análise dos dados

Todas as respostas dos sujeitos às questões abertas foram divididas em argumentos e tratadas pela técnica de Análise de Conteúdo, baseada em Bardin (1978). Os argumentos foram agrupados em categorias iniciais, conforme suas características, cujas definições encontram-se anexadas a este trabalho. Essas categorias foram agrupadas em categorias globais de acordo com a proximidade de definição das mesmas.

As categorias foram analisadas de acordo com a frequência (**F**) de aparecimento dos argumentos e descritas em porcentagem, submetidas à prova estatística de “Chi Quadrado” (χ^2) de Homogeneidade (Siegel, 1975) para detectar a existência ou ausência de diferença significativa entre o número observado de argumentos e o número esperado para uma amostra homogênea, baseada na hipótese de nulidade (H_0).

j) Sujeito Juiz

Serviu como juiz das questões tratadas por análise de conteúdo uma professora universitária de Língua Portuguesa com mais de 20 anos no

magistério, mestre em Psicologia Escolar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os dados coletados foram descritos neste Capítulo em porcentagem. Utilizou-se de análise estatística (χ^2 de homogeneidade) em todas as questões, a fim de verificar a predominância e significância de determinadas respostas ou categorias em relação a outras de uma mesma questão ou de outras questões. Quando essas provas foram aplicadas a questões abertas, submetidas à análise de conteúdo, o objetivo foi de oferecer ao leitor uma segurança maior para afirmar que as representações estudadas achavam-se centradas (ou não) em determinados temas (categorias globais), usando como base teórica o modelo de Moscovici (1978).

Os dados coletados, bem como as análises e discussões deles decorrentes, estão aqui apresentados em dois momentos, correspondendo aos objetivos que nortearam este trabalho. Os elementos coletados foram organizados de maneira a responder às questões principais:

1. Quais as representações dos professores sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV/ AIDS? Quais os preconceitos com relação a AIDS? Como os professores percebem a transmissão do HIV/AIDS entre os adolescentes? Como encaram a identificação e o convívio com portadores do HIV?

2. Qual a representação dos professores sobre Programas de Prevenção na escola? Em sua visão, a quem cabe a responsabilidade sobre os Programas de Prevenção? Quais as dificuldades para o desenvolvimento de Programas de Prevenção? Que temas devem ser tratados nos Programas de Prevenção? Quais as intenções dos professores em participar de tais Programas?

1. Representações sobre a AIDs

A questão número nove permitiu que fossem identificados 239 argumentos que foram agrupados em 11 categorias iniciais e quatro categorias globais (Tabela 3).

Tabela 3

Conhecimento sobre a AIDS

Categorias Globais	F	%	Categorias Iniciais	F	%
Histórico da Doença	154	64,43	Informação	56	23,43
			Alterações orgânicas	46	19,24
			Causador	25	10,46
			Características do portador potencial	14	5,86
			Doença infecto-contagiosa	13	5,44
Formas de Transmissão	78	32,64	Doença sexualmente transmissível	31	12,97
			Transmissão pelo sangue	21	8,79
			Transmissão por drogas	14	5,86
Prevenção	6	2,51	Outras formas de transmissão	12	5,02
			Prevenção	6	2,51
Discurso não pertinente	1	0,42	Discurso não pertinente	1	0,42
Totais	239	100,0	Totais	239	100,0

Número total de sujeitos: 54

Número de sujeitos que responderam a questão: 50

A Tabela 3 apresenta as categorias encontradas nas respostas de todos os sujeitos. Observa-se que a distribuição das frequências das categorias globais apresenta-se com diferenças significantes no discurso dos sujeitos ($\chi^2_o = 54,38$, $\chi^2_c = 18,30$, $gl = 10$ para $\alpha = 0,05$). Isso significa que a representação do grupo de professores acha-se inicialmente centralizada na noção de História da

Doença (com 64,43% do total de argumentos), seguida pela categoria "Formas de Transmissão" (com 32,64% do total de argumentos). Destacando-se a baixa frequência para os conceitos de "Prevenção" (com 2,51% do total de argumentos).

A noção "**Histórico da Doença**" parece indicar uma visão **abstrata e teórica** sobre o HIV/AIDS: é composta pelas noções de contágio (Doença Infecto-Contagiosa: 5,44%), Características do Portador Potencial (5,86%), indicação do agente etiológico da doença (Causador - 10,46%), Alterações Orgânicas (19,24%) e, finalmente, os conhecimentos gerais sobre o HIV/AIDS (Informação: 23,4%). As categorias Informação e Alterações Orgânicas sobressaem de forma significativa ($\chi^2_o = 31,59$, $\chi^2_c = 9,48$, $gl = 5$ para $\alpha = 0,05$).

A predominância da categoria inicial Informação (23,43%) concorda com os resultados obtidos em pesquisa realizada por Loyola (1994) junto a grupos de profissionais, cujas ocupações foram hierarquizadas em três níveis a saber: alto, profissionais de nível superior - advogados, engenheiros, etc.; médio:- bancários - e baixo - metalúrgicos, as respostas indicaram que a AIDS é uma doença amplamente conhecida "não no sentido que as pessoas saibam exatamente o que é a AIDS, mas no sentido de que todo mundo já ouviu falar dela" (Loyola, 1994, p. 24). Esta categoria congrega informações gerais sobre o HIV/AIDS tais como o significado da sigla HIV e AIDS, a possível origem do vírus, as pesquisas, as relações com a morte e as possibilidades de cura assim como algum tipo de sentimento relacionado à doença.

A categoria inicial Alterações Orgânicas (19,24%), presente na categoria global "Histórico da Doença", aparece como conhecimento organizado pelos sujeitos, isto é, o conhecimento de que a AIDS está ligada ao sistema imunológico humano. Este dado difere em parte daqueles encontrados por Loyola (1994), em que a maioria dos sujeitos não apresentavam uma noção muito clara dos sinais e sintomas, excetuando os profissionais da área de saúde. Os argumentos apresentados nesse estudo não indicaram, de forma clara, as relações

com as infecções oportunistas, decorrentes da falência do sistema imunológico ou que a agressão do agente se dava nesse sistema.

As respostas dos sujeitos permitiram perceber que há identificação das principais características da doença de forma genérica e que a concretizam por meio da preocupação com as alterações orgânicas causadas por ela. No entanto, essa concretização soa como “exemplos” que os sujeitos ofereceriam a si mesmos para melhor interpretar esse objeto em seu referencial que podem ser as suas representações. Essa organização parece ir ao encontro da qualidade desses sujeitos, professores, ligada à sua prática cotidiana, indicador absolutamente em harmonia com o modelo de representações de Moscovici(1978), que sugere serem as representações elaboradas, quando da interação do indivíduo com seu meio. No caso de professores, sua forma de interação mais habitual é via tratamento do conhecimento científico, elaborado de modo a ser trazido “adequadamente” para a relação ensino-aprendizagem.

A categoria global “Formas de Transmissão” apresentou-se composta pelas categorias iniciais: “Doença Sexualmente Transmissível” (12,97%), “Transmissão pelo Sangue” (8,79%), “Transmissão por Drogas” (5,86%) e “Outras Formas de Transmissão” (5,02%). Há uma clara indicação relacionada ao conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV/AIDS em relação à ordem em que aparecem as categorias: sexo, sangue e drogas.

De acordo com Loyola (1994), estes resultados parecem indicar a influência da mídia em geral e das campanhas que veiculam as informações sobre a transmissão do HIV/AIDS, uma vez que as formas de transmissão também são apresentadas nessa mesma ordem. Segundo Brown (1991), a mídia pode mudar significativamente as crenças e os conceitos pessoais sobre a AIDS que, por sua vez, afetam a forma pela qual as pessoas se comunicam sobre a AIDS. No entanto, embora se pudesse pensar em acréscimo de informações, que poderiam levar um indivíduo a repensar suas idéias sobre AIDS, nada permite assegurar que Programas Prevenção sobre o tema ou mesmo campanhas teriam o poder de

mudar condutas em situações específicas. Mesmo estes sujeitos, pela sua condição de professores, poderiam ter-se apropriado desses dados via outras fontes de informação. Quanto a esta perspectiva, o presente trabalho não teria condições de se pronunciar, pois não foi investigado junto aos sujeitos quais as fontes por eles mais usadas para informar-se sobre a doença. O que se pode dizer é que não se trata de sujeitos desinformados e mais que isso, **a qualidade das informações de que dispõem poderia capacitá-los a ter um primeiro contato com alunos interessados em discutir a problemática, desde que lacunas ou distorções em suas representações não intervissem negativamente.** Olhando-se cada uma das temáticas oferecidas, observou-se o que segue.

A transmissão via sexual é a forma principal e a mais comum de disseminação do HIV, segundo dados epidemiológicos. Quanto à categoria “Transmissão pelo Sangue” (8,79%), o argumento que aparece com maior frequência nesta categoria é a simples indicação sobre a “transfusão sangüínea”, discordando, em parte, daquele apresentado por Loyola (1994, p. 27), no qual esta argumentação é apresentada pelos sujeitos “por se apoiar numa cultura sanitária que tem no sangue um elemento central na explicação do funcionamento orgânico e do processo saúde/doença; aparece de forma muito mais elaborada no discurso dos informantes do que a transmissão por via sexual”. Porém as respostas dos sujeitos, nesta pesquisa, concordam com as conclusões da autora citada acima referindo-se à “divulgação pela imprensa sobre a descuidada administração dos bancos de sangue, que constitui o principal receio dos informantes como possibilidade de contaminação do vírus HIV” e “o temor de necessitar de uma transfusão de sangue devido à falta de confiança no sangue fornecido pelos hospitais públicos é exaustivamente reiterado por todas as categorias socioprofissionais investigadas” (Loyola, 1994, p. 69).

A categoria inicial “Transmissão por Drogas” (5,86%) parece indicar uma certa fragmentação e superficialidade do conhecimento. A ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - lembra, em sua publicação “A AIDS na

escola: nem indiferença e nem discriminação” , que as drogas não transmitem o vírus da AIDS e esclarece que a transmissão se dá pelo sangue contaminado “retido nas seringas e agulhas utilizadas por mais de uma pessoa” (ABIA, 1993, p. 56). Embora o uso de drogas esteja relacionado com a questão do HIV/AIDS, não se deve confundir com a questão AIDS. Essa generalização pode refletir um conhecimento menos aprofundado sobre o assunto, uma vez que informações, como, por exemplo, as televisionadas que são breves e categóricas, passam pela filtragem da “cultura sanitária dos informantes e pelo disse-me-disse das trocas informais de informações ou de conhecimentos” (Loyola, 1994, p. 26).

Sobre essa questão, Bastos (1996) faz referência à ausência de dados para se esboçar um quadro da disseminação do HIV/AIDS entre os usuários de drogas no Brasil e às pesquisas que, efetuadas até o presente, são regionais, descontínuas e foram extraídas, basicamente, de usuários em tratamento. Indica, ainda, que as comparações entre as condutas de risco entre os usuários de drogas do Rio e Santos com os de outras cidades da América, Europa e Ásia, “testemunham a persistência, em níveis elevados, de condutas de risco, tanto com relação a práticas de injeção, quanto a práticas sexuais, entre os usuários brasileiros” (p. 89).

Por outro lado Bucher (1996) indica que os maiores riscos de transmissão do HIV/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis estão relacionados com questões e comportamentos sexuais e não com o fato de compartilharem seringas. Explica ainda que, nas cidades do Rio de Janeiro e Santos, os usuários de drogas injetáveis constituem um grupo sexualmente ativo com parceiros fixos ou variados, menos de 30% usam camisinha e cerca de 20% são homossexuais, concluindo que a disseminação do HIV/AIDS se dá pela atividade não protegida, e não pelo vício.

Assim, interpretar e categorizar as formas de transmissão do HIV/AIDS é necessário e importante para avaliação e orientação dos programas de prevenção, mas nem sempre isso é possível, uma vez que identificar a situação responsável

pela transmissão é complexa pois os casos podem ter sido originados devido “a diferentes exposições de risco ao longo de sua vida como por exemplo homossexualismo com uso de drogas e/ou exposição a transfusões, profissionais do sexo que sabidamente usam, proporcionalmente mais drogas endovenosas que a população em geral, etc. . . . o preenchimento deste item na ficha é influenciado pelos preconceitos do entrevistado e do entrevistador” (Secretaria de Estado da Saúde, 1997, p.3).

Portanto, é provável que as situações de risco AIDS-sexo e AIDS-drogas, por serem complexas e ainda por exigirem uma explicação mais clara e definida, confundem-se nas representações dos discursos dos professores por falta de entendimento ou insegurança.

A baixa frequência dos argumentos que compõem a categoria “Transmissão por Drogas” (5,86%) nesta pesquisa, concordam com as observações de Soares (1997) em que o tema AIDS-drogas é pouco aprofundado entre professores e suas argumentações têm como base dados que seriam considerados superficiais e controversos como por exemplo: “As drogas injetáveis acontecem mais na periferia, não é problema nesta escola, a escola está muito bem localizada” ou “... ele já tá drogado mesmo, para ele tanto faz, então vai passando de um pro outro (a seringa), eles já não estão nem aí com a vida, então daí é que vem o problema AIDS.”. (p.155).

O discurso dos sujeitos apresenta apenas 2,51% de todos os argumentos voltados para a prevenção. Esses argumentos foram apresentados de forma vagas tais como “DST ... que pode ser prevenida”, “devendo as pessoas serem alertadas” ou de maneira específica, porém com reduzida convicção “pode ser prevenida pelo uso de camisinha”. As questões relacionadas com a prevenção parecem não constituir uma idéia fortemente ligada ao conhecimento do HIV/AIDS, ou ainda não parecem estar consolidadas no discurso dos professores.

A questão número 10 referia-se às **formas de transmissão** do HIV/AIDS, permitindo, a exemplo da questão nove, que os sujeitos se expressassem livremente.

Foram identificados 201 argumentos que foram agrupados em 10 categorias iniciais e seis categorias globais (Tabela 4).

Tabela 4

Conhecimento sobre as forma de transmissão da AIDS

Categorias Globais	F	%	Categorias Iniciais	F	%
			Sexo	40	19,9
Sexo	75	37,31	Sexo não seguro	19	9,45
			Sexo com contaminados	16	7,96
Sangue	54	26,87	Sangue	29	14,43
			Sangue Contaminado	25	12,44
Objetos	32	15,92	Agulhas e seringas	25	12,44
			Instrumentos	7	3,48
Drogas	24	11,94	Drogas injetáveis	24	11,94
Outras Formas	15	7,46	Outras Formas	15	7,46
Discurso não pertinente	1	0,50	Discurso não pertinente	1	0,5
Totais	201	100	Totais	201	100

Número Total de Sujeitos: 54

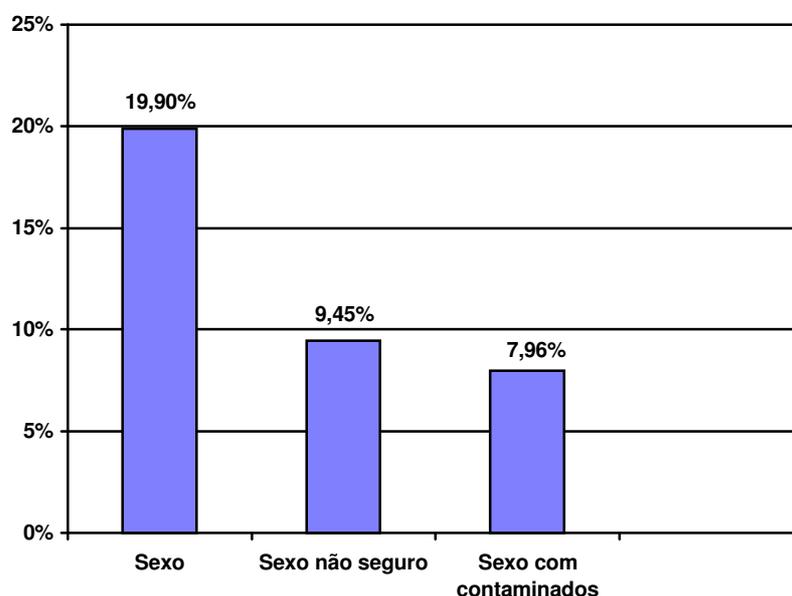
Número de Sujeitos que responderam a questão: 54

Dos 54 sujeitos, seis indicaram já ter respondido a pergunta na questão anterior (Questão nove), porém um deles acrescentou algumas informações. Para efeito da análise, todas as respostas anteriores, relacionadas com a transmissão, foram aqui consideradas, uma vez que os sujeitos fizeram indicação clara de que já haviam apresentado suas respostas, sendo entendido pelo Autor como uma declaração para que as retomasse.

A Tabela 4 apresenta as categorias encontradas nas respostas de todos os sujeitos, as categorias globais “Sexo” com frequência de 37,31% dos argumentos e a categoria “Sangue” com 26,87%, seguida das categorias “Objetos” com 15,92%, “Drogas” com 11,94% e “Outras Formas” com 7,46%, cujas diferenças são significantes ($\chi^2_o = 53,95$, $\chi^2_c = 11,07$, $gl = 5$ para $\alpha = 0,05$).

A categoria global “Sexo” é composta, entre outras, pelas categorias iniciais “Sexo não seguro” com frequência de 9,45%, “Sexo” com 19,9% e “Sexo com contaminados” com 7,96%. A Figura 1, abaixo, foi construída para que se possa visualizar a distribuição das frequências dos argumentos que compõem somente estas categorias iniciais.

Figura 1: Frequência das categorias iniciais da categoria global Sexo.



A categoria inicial “Sexo” com frequência de 19,90%, aparece significativamente entre as categorias “Sexo não seguro” com frequência de 9,45% e “Sexo com contaminados” com frequência de 7,96% do total de

argumentos ($\chi^2_o = 7,19$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$). Estes resultados parecem indicar uma percepção pouco apurada de risco no processo de transmissão do HIV/AIDS, uma vez que a categoria inicial “Sexo” é definida de forma genérica, ao passo que a categoria inicial “Sexo não seguro” indica uma condição da prática sexual que possibilitaria a transmissão do HIV/AIDS.

Paiva (1996b) entende, e discute em seu trabalho, por sexo seguro condutas sexuais de consenso, de negociação da camisinha com o parceiro, “sexualidade sem hierarquias, sem diferenças de poder, com condições materiais e educacionais”, condições estas que, para serem conquistadas, necessitam de “uma verdadeira revolução cultural e de condições de vida para a maioria absoluta do povo brasileiro” (p.26).

Embora Castiel (1996) questione a definição de sexo seguro na qual qualquer penetração deve ser protegida, lembrando que, em casais monogâmicos estáveis e não portadores do HIV, o uso ou não de camisinha não causaria demais implicações na segurança da prática sexual, parece não ser esta a situação de estabilidade vivida pelos adolescentes e, portanto, o uso da camisinha seria um dos itens que compõem a prática do “sexo seguro”.

O termo empregado nesta pesquisa para identificar a categoria “Sexo não seguro” não se configura ainda nos pressupostos de Paiva (1996b) citados acima, engloba argumentos predominantes nos discursos dos sujeitos em que sexo não seguro seriam as práticas sexuais sem uso de camisinha ou, em menor frequência, as relações sexuais com pessoas promíscuas, homossexuais ou prostitutas. Assim, os dados aqui encontrados, parecem estar mais de acordo com os resultados das pesquisas realizadas por Berquó e Souza (1994) sobre o uso da camisinha em que “a incidência de uso no último mês foi significativamente maior entre universitários (45%), quando comparada com as outras três categorias (bancários, operários da construção civil e operários da indústria) (variou entre 22% a 27%)” , e é “mais percebido (o condom) como meio de se evitar a gravidez do que como preventivo contra doenças sexualmente

transmissíveis” (p.179). Estas pesquisadoras também observaram que o uso da camisinha foi o método mais mencionado como forma de se prevenir contra a AIDS, mas isto não se verificou na prática, como mostram os dados acima. Castiel (1996) também enfatiza que “o uso consistente de preservativos, mais efetivo na prevenção, não parece ter tido a mesma adesão . . . há indicações, em termos individuais, de que muitos homens permanecem adotando comportamentos sexuais de risco” (p.92).

Os argumentos que constituíram a categoria “Sexo com contaminados” (7,96%) parecem refletir uma situação abstrata, inconsistente e até ingênua como “se fosse possível proceder a identificação das pessoas com HIV/AIDS, com o intuito de evitar a disseminação do vírus no seio da sociedade”(Hildebrand, 1995, p. 262).

A categoria global “Sangue” parece novamente indicar a situação anterior com relação ao “Sexo”, isto é, os sujeitos parecem não apresentar um discernimento em relação às duas categorias iniciais “Sangue”(14,43%) e “Sangue contaminado” (12,44%), cujas freqüências de argumentos não apresentam diferenças significativas ($\chi^2_o = 0,54, \chi^2_c = 3,84, gl = 1$ para $\alpha = 0,05$).

Os argumentos que compõem as categorias iniciais “Sangue” e “Sangue contaminado” mantêm-se e, da mesma maneira que foram apresentados na questão nove, isto é, *há predominância de argumentos dirigidos à “transfusão de sangue”*. Esta persistência dos argumentos pode indicar uma forte ancoragem das representações sobre a transmissão via sangue, muito embora indiquem uma situação fora da capacidade de controle dos sujeitos, uma vez que as transfusões ou operações que envolvam sangue (hemodiálise, banco de sangue, transfusões, etc.) geralmente ocorrem em ambientes hospitalares e sob responsabilidade de profissionais credenciados.

Os medos relacionados com as transfusões sangüíneas parecem ser exagerados, uma vez que os dados epidemiológicos sobre a incidência dos casos notificados de AIDS no Estado de São Paulo, para a população total no período

de 1980-1996, publicados no Boletim Epidemiológico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo de março de 1.997, apresentam 0,65% para Hemofílicos e 1,74% para as Transfusões de Sangue. Esse mesmo Boletim apresenta a incidência de 14,36% dos casos de natureza ignorada ou sob investigação. Os dados epidemiológicos sobre a AIDS no Brasil apresentados por Castilho, Chequer e Struchiner (1994) indicam que, no período de 1980-92 com dados atualizados em julho de 1993, do total de casos notificados 2,0%, correspondia aos Hemofílicos e 4,4% para Transfusão de Sangue. Percebe-se, portanto, que os números indicam uma diminuição de casos, provavelmente devido às medidas de controle e vigilância sanitária. O Boletim Epidemiológico é um relatório técnico que, muitas vezes, não está ao alcance ou à disposição de todas as pessoas, mesmo dos professores.

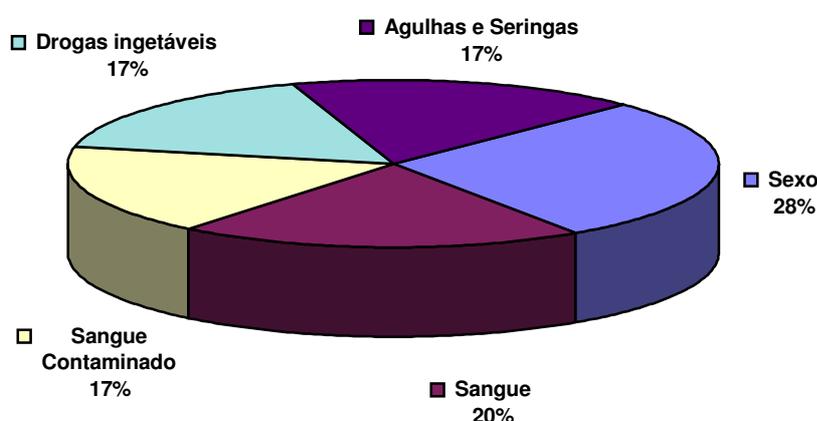
Por outro lado, das muitas notícias sobre sangue contaminado veiculadas pela mídia e das quais provavelmente os professores têm acesso, destacamos o jornal “A Folha de São Paulo”, de ampla circulação, que publica um artigo no dia 24 de maio de 1996 com o seguinte título “Rio faz 34 mil transfusões de risco ao ano”. Esse artigo explica que o Diretor da Federação Nacional dos Médicos encaminhou a CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) do Sangue da Assembléia Legislativa do Estado um relatório elaborado por técnicos em hematologia, apontando que 34.650 transfusões de sangue de risco são feitas anualmente no Estado do Rio. O relatório foi elaborado com dados fornecidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e notificações à Divisão das Doenças Transmissíveis pelo Sangue da Vigilância Sanitária. Os medos generalizados, portanto, parecem não ser de todo infundados.

Com relação a esses possíveis riscos, Luiza de Paiva Silva (comunicação pessoal, 11 de fevereiro de 1.998) da Unidade de Treinamento da Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, explica que podem ter ocorrido interpretações inadequadas na classificação da avaliação de risco da transmissão do HIV/AIDS no preenchimento da “Ficha Individual de

Investigação”, utilizada pelo “Sistema de Informação de Agravos de Notificação do SUS - MS - DST - AIDS”. Este fato levou a Coordenação Nacional de DST e AIDS a revisar a definição de casos de AIDS em indivíduos com 13 anos de idade ou mais e a conseqüente adaptação da Ficha de Investigação com a finalidade de **refinar** a coleta de dados (Ministério da Saúde, 1998a, 1998b). É possível, portanto, que aquelas notícias veiculadas pela Folha de São Paulo, com base nos relatórios técnicos que, por sua vez utilizaram-se dos dados fornecidos pelo SUS, requeiram uma revisão nas notificações, dada às interpretações inadequadas e aos respectivos registros nas fichas de investigação.

É interessante notar que a distribuição das freqüências de todos os argumentos dos sujeitos nas categorias iniciais “Sexo” (19,9%), “Sangue contaminado” (12,44%) , “Sangue” (14,43%), “Drogas injetáveis” (11,94%) e “Agulhas e seringas” (12,44%) parecem constituir um conjunto de idéias interligadas sobre a transmissibilidade. A distribuição das freqüências dos argumentos entre essas categorias “Sexo” , “Sangue contaminado”, “Sangue”, “Drogas injetáveis” e “Agulhas e seringas” , mostradas na Figura 2, não apresentam diferenças significativas ($\chi^2_o=4,55$, $\chi^2_c= 9,48$, gl = 4 para $\alpha= 0,05$).

Figura 2: Distribuição das freqüências das categorias iniciais²- formas transmissão



²As porcentagens apresentadas na Figura 2 foram ajustadas para 100%, mantendo-se as proporções correspondentes para cada uma das categorias citadas acima e foram extraídas do total de argumentos.

Esses resultados parecem indicar alguma relação com os achados na pesquisa de Hildebrand (1995) sobre os filmes oficiais de Prevenção da AIDS, veiculados pela televisão, em que a associação AIDS-sexo é mais evidente ao telespectador por ter sido apresentada de forma sumária em 47% das peças publicitárias, enquanto que as outras situações de risco são apresentadas com desdobramentos e subdivisões tais como: doação de sangue, uso de agulhas e/ou seringas contaminadas, recepção/transusão de sangue e/ou produtos derivados, aplicação de injeção e uso compartilhado de agulhas e/ou seringa por usuário de drogas.

Na categoria inicial “Instrumentos”, que aparece significativamente com frequência de 3,48% do total dos argumentos dos sujeitos ($\chi^2_o = 27,70$, $\chi^2_c = 16,91$, $gl = 9$ para $\alpha = 0,05$), há referência à transmissão via instrumentos contaminados tais como: odontológicos, lâminas e mesmo a “alicates” e materiais de manicura. A baixa frequência dos argumentos dessa categoria parece ser coincidente com os conhecimentos veiculados sobre a transmissibilidade do HIV/AIDS.

Nesse sentido, Lima (1995) estima que o risco de contaminação com o HIV em profissionais da área de saúde, que estiveram em contato com pacientes contaminados pelo HIV/AIDS é de 0,3%, devendo-se levar em consideração os seguintes fatores que favorecem esta situação de risco: profundidade e extensão do ferimento; presença de sangue contaminado visível no instrumento que produziu o ferimento; que o instrumento tenha estado em contato direto com a artéria ou veia do portador do HIV e que o paciente, fonte da infecção, encontre-se em estado terminal. Nestas situações, após a exposição, segundo Lima (1995), recomenda-se a droga “zidovudina” que pode reduzir a possibilidade de transmissão do HIV.

Com relação a essa questão, o Manual de Instruções de 1995 da Vigilância Epidemiológica do Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac” da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, página 12, refere-se

aos Mecanismos de Transmissão:

“ao uso de objetos cortantes eventualmente contaminados com sangue em cabeleireiros, barbeiros e profissionais afins, o risco de transmissão é teórico, não havendo até o momento nenhum caso relatado de contaminação por esta forma. De qualquer maneira, recomenda-se a desinfecção destes objetos, após cada utilização”.

Tanto as observações de Lima (1995) como as Normas da Secretaria da Saúde (1995) não afirmam categoricamente a impossibilidade da contaminação via instrumentos. Com relação a este tema, Hildebrand (1995), em seu trabalho de análise dos filmes oficiais de prevenção da AIDS veiculados pela televisão, indica que as informações são incompletas, podendo gerar dúvidas ou deixar de tirá-las.

A categoria global “Outras Formas de Transmissão” (7,46%), que aparece significativamente ($\chi^2_o = 27,70$, $\chi^2_c = 16,91$, $gl = 9$ para $\alpha = 0,05$), apresenta, como principal argumento nas resposta dos sujeitos, a “transmissão da mãe para o filho”, também chamada de transmissão perinatal ou vertical, incluindo as transmissões durante a gestação, parto ou aleitamento.

A transmissão vertical, segundo Lima (1995), apresenta uma taxa em torno de 15% a 29% das formas de transmissão nos países industrializados com tendências de aumento, dada à sua relação com a transmissão heterossexual e à frequência do aleitamento materno. Segundo Castilho et al (1994), os registros epidemiológicos indicam que 52,2% dos casos de AIDS entre crianças menores de 15 anos de idade no Brasil, no período de 1980-92, se deve à transmissão vertical. O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde apresenta 80,3% dos casos de AIDS, devido à transmissão vertical em menores de 13 anos de idade no período de 1990-96, dados referentes ao Brasil. No Estado de São Paulo, o Boletim Epidemiológico do Programa DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de março de 1.997, apresenta 3,38% dos casos notificados de AIDS no Estado de São Paulo, no período de 1980-1996 para a população

total, devido à transmissão vertical. Na população, com idades menores de um ano, a incidência é de 93,9%.

Esta categoria parece ainda incipiente no discurso dos sujeitos, provavelmente devido à falta de divulgação ou por exigir um raciocínio ou análise epidemiológica mais complexa ou ainda por não “pensar” na possível gravidez da adolescente ou, ainda, por não “pensar” na possível gravidez na adolescência.

A questão 11 procurou buscar, nos argumentos das respostas dos sujeitos, as representações sobre a **prevenção da transmissão** do HIV/AIDS.

Foram identificados 177 argumentos classificados em oito categorias iniciais e seis categorias globais, cujas frequências são mostradas na Tabela 5 abaixo.

Tabela 5

Conhecimento sobre as formas de prevenção da AIDS

Categorias Globais	F	%	Categorias Iniciais	F	%
Sexo Seguro	72	40,67	Uso de preservativo	51	28,81
			Parceiro	21	11,86
Objetos	56	31,63	Seringas e Agulhas	35	19,77
			Instrumentos	21	11,86
Sangue	29	16,38	Sangue	29	16,38
Drogas	10	5,65	Drogas	10	5,65
Outras Formas	9	5,08	Outras Formas	9	5,08
Discurso não Pertinente	1	0,56	Discurso não Pertinente	1	0,56
Totais	177	100,0	Totais	177	100,0

Número Total de Sujeitos: 54 Número de Sujeitos que responderam a questão: 54

As frequências da categoria globais apresentam-se com diferenças significativas ($\chi^2_o = 50,48$, $\chi^2_c = 9,48$, gl = 4 para $\alpha = 0,05$)¹ e distribuídas na seguinte seqüência: “Sexo Seguro” com 40,67%, seguida das categorias “Objetos” com 31,63%, “Sangue” com 16,38%, “Drogas” com 5,65% e “Outras Formas” com 5,08%.

A categoria global “Sexo Seguro” é constituída pelas categorias iniciais: “Uso de preservativo” e “Parceiro”, cujas frequências são respectivamente 28,81% e 11,86%. Quanto se focalizam somente essas duas categorias iniciais, nota-se que a categoria “Uso de Preservativo” , com 70,83% dos argumentos, aparece significativamente em relação à categoria “Parceiro” com 29,17% dos argumentos ($\chi^2_o = 17,30$, $\chi^2_c = 3,84$, gl = 1 para $\alpha = 0,05$).

A indicação sobre o uso de Preservativo é apresentada direta e explicitamente nos argumentos de 91% dos sujeitos, sendo que os demais 9% não fizeram referência a esta forma de prevenção. Estes argumentos assim apresentados parecem indicar, com bastante clareza, a relação entre o conhecimento da forma de transmissão e o método preventivo com o uso do preservativo.

O conhecimento sobre utilização e divulgação do preservativo (camisinha) como uma das formas de prevenção da transmissão do HIV/AIDS é amplamente difundido na sociedade brasileira, muito embora o seu uso efetivo, por várias razões, não seja uma prática comum (Berquó e Souza, 1994; Fruet, 1995; Hildebrand, 1995; Lima, 1995; Loyola, 1994; Paiva, 1996a; Paiva, 1996b; Parker, 1994; Santos, 1996; Villela, 1996).

Os argumentos que compõem a categoria inicial “Parceiro” (11,86%) parecem não apresentar a mesma organização de conhecimento nem indicar ser um conjunto coerente de idéias. As respostas dos sujeitos fazem referência à “redução do número de parceiros”, “relações com parceiros fixos”, que são

¹ Para o cálculo do χ^2_o excluiu-se a categoria “Discurso não Pertinente” (0,56%). Quando se inclui essa categoria : $\chi^2_o = 113,50$, $\chi^2_c = 11,07$, gl = 5 para $\alpha = 0,05$.

indicadores de ações concretas e factíveis, mas, por outro lado, os sujeitos também fazem referências a relações sexuais com pessoas “do convívio”, “conhecidas”, “não pertencentes ao grupos de risco” ou “não contaminadas” que pouco oferecem de prático. Estes dados confirmam aqueles encontrados e descritos na questão dez - categoria global “Sexo”.

A categoria global “Objeto” é constituída pelas categorias iniciais “Seringas e Agulhas” com 19,77% dos argumentos de todos os sujeitos e “Instrumentos”, com 11,86%.

Os argumentos apresentados nas respostas dos sujeitos e que compõem a categoria “Instrumentos” fazem referência a instrumentos de manicura, odontológicos, equipamentos de proteção, lâminas, “alicates” etc., que confirmam os dados encontrados nas repostas dadas pelos sujeitos à questão de número dez e parecem indicar uma certa hierarquia, quanto aos riscos de transmissão e às medidas preventivas, ou seja, esta categoria como processo de prevenção aparece em segundo plano ou apresenta uma importância secundária.

Quanto à categoria “Outras Formas” (5,08%), os sujeitos apresentam em seus argumentos: “cuidados com ferimentos” (1,13%), “campanhas educativas” (1,13%), “transmissão vertical” (1,69%) e “higiene e saneamento” (1,13%). Desses argumentos, os “cuidados com ferimentos” e “campanhas educativas” indicam uma certa proximidade dos sujeitos e uma possibilidade concreta de ação preventiva, enquanto que o controle sobre a “transmissão vertical”, que exige conhecimentos e tecnologia médica ainda não disponíveis, e “higiene e saneamento” indicam um distanciamento, uma imprecisão no processo interventivo, fora do alcance dos sujeitos.

Esses dados parecem indicar que a ação educativa ainda não se configura como uma idéia definida e estabelecida nos discursos dos sujeitos.

Na categoria global “Sangue” (16,38%), dos 29 argumentos que aparecem nas respostas dos sujeitos, 25 deles, que correspondem a 86,2% desses argumentos, fazem referência explícita a “transfusões de sangue”. Esses

argumentos, que também aparecem com intensidade nas respostas dos sujeitos nas questões nove e dez, parecem indicar uma representação consistente na falta de credibilidade no controle do sangue do sistema de saúde.

Dos argumentos que compõem a categoria global “Drogas” (5,65%), 60% recomendam não compartilhar seringas entre os usuários de drogas injetáveis, enquanto que os 40% restantes indicam “não usar drogas”. Esses dados podem estar indicando por um lado, a compreensão de que o uso de drogas é um problema de natureza complexa, agravado pela possibilidade de transmissão do HIV/AIDS, e a proposição de medidas para a redução de danos explicitados nos argumentos “não compartilhar seringas” e, por outro, a indicação um tanto vaga e simplista, quando recomenda “não usar drogas”. É possível que se encontre em curso, entre os sujeitos, a formação de uma idéia mais ampla sobre as drogas.

Quanto ao conceito de “redução de danos”, amplamente discutido por Bastos (1996), trata-se de um termo que atualmente se aplica à política de estratégias de prevenção da transmissão do HIV/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis. Neste conceito reconhece que os usuários de drogas “sempre existiram e sempre existirão no horizonte humano” (Bastos, 1996, p. 183), a despeito dos esforços terapêuticos para o controle ou erradicação do uso de drogas ou, ainda, devido às infrutíferas tentativas de se coibir a comercialização das drogas.

Segundo Mesquita (1995), das pessoas que se utilizam de drogas e se submetem voluntariamente aos melhores tratamentos, apenas 30% alcançam a abstinência, e o sucesso que se tem obtido é pela prevenção. Portanto, na impossibilidade de se eliminar o uso de drogas injetáveis, haveria necessidade de se investir na “redução dos danos” e, desta maneira, orientar os usuários para o “não compartilhar seringas” ou providenciar a desinfecção das mesmas.

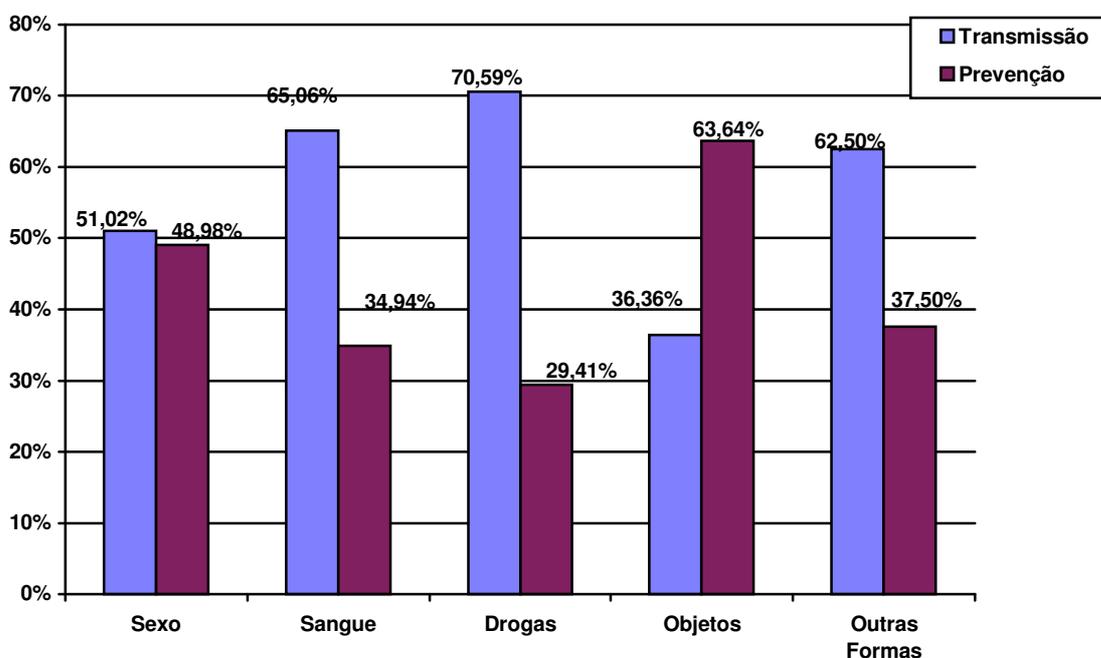
A complexidade da questão “drogas” aparece no Boletim Epidemiológico da AIDS do Ministério da Saúde, quando associa a condição de Usuário de Drogas Injetáveis (UDI) com os outros tipos de exposição, por exemplo,

Homossexual/UDI/Hemofílico,Homossexual/UDI/Transfusão,Homossexual/UDI, etc., provavelmente devido às dificuldades de se definir exatamente o tipo de exposição ou falta precisão nos registros.

Fernandez (1994) discute a complexa questão do “compartilhar seringas” e o “uso comunitário de seringas” e aponta vários fatores para esta conduta entre os usuários de drogas injetáveis tais como: falta de equipamento para todos os participantes do grupo, impossibilidade de se adquirir nova seringa no momento do uso ou de realização de desinfecção, os rituais de injeções com a presença do sangue na seringa, as repetidas aplicações, etc..

A Figura 3 que se segue, mostra de forma comparativa, a freqüência dos argumentos entre as categorias globais referentes à questão dez, sobre formas de transmissão do HIV/AIDS, e à questão onze, sobre as formas de prevenção da transmissão do HIV/AIDS, elaboradas a partir das repostas de todos os sujeitos.

Figura 3: Comparações entre transmissão e prevenção.



Na categoria global “Sexo”, não foi encontrada diferença significativa entre as frequências dos argumentos dos sujeitos, quando indicam formas de transmissão (51,02%) e formas de prevenção (48,98%) ($\chi^2_o = 0,04$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$). Esses dados podem estar indicando uma coerência entre o conhecimento sobre a forma de transmissão via sexo e a possibilidade de se prevenir essa transmissão.

A categoria global “Sangue” apresenta diferença significativa entre as frequências dos argumentos que indicam formas de transmissão (65,06%) e formas de prevenção (34,94%) ($\chi^2_o = 9,07$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$); a categoria global “Drogas” apresenta diferença significativa entre as frequências dos argumentos que indicam formas de transmissão (70,59%) e formas de prevenção (29,41%) ($\chi^2_o = 16,94$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$) e a categoria global “Outras Formas”, também apresenta diferença significativa entre as frequências dos argumentos que indicam formas de transmissão (62,50%) e formas de prevenção (37,50%) ($\chi^2_o = 6,25$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$). É provável que esses resultados estejam indicando alguma dificuldade, falta de conhecimentos suficientes ou mesmo uma situação fora do alcance dos sujeitos para que possam apresentar argumentos mais elaborados e consistentes, de maneira a indicar formas mais adequadas e claras de prevenção nas três situações - “Sangue”, “Drogas” e “Outras formas” .

Quando se comparam as categorias globais “Objetos” encontramos, nas respostas de todos os sujeitos, 36,36% dos argumentos referindo-se às formas de transmissão e 63,64%, indicando formas de prevenção. Esses dados, ao contrário daqueles sobre “Sexo”, “Drogas” e “Outras Formas”, parecem indicar uma possibilidade mais concreta de intervenção por parte dos sujeitos por estar mais próxima e ao alcance de todos, como por exemplo, o uso de materiais descartáveis e a possibilidade de desinfecção de instrumentos e utensílios.

A questão 12 procurou investigar o **interesse pelo tema AIDS** e, se possível, as razões desse interesse.

A Tabela 6, a seguir, apresenta os resultados obtidos a partir das respostas dos sujeitos dadas à questão número 12.

Tabela 6

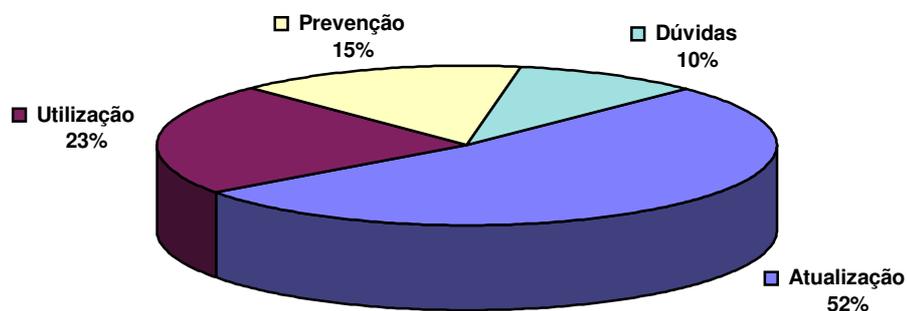
Interesse em obter mais informações sobre a AIDS.

Opção	Apresentaram				Não Apresentaram		Totais
	Explicações		Explicações		Explicações		
	F	%	F	%	F	%	
Sim	49	90,74	44	81,48	5	9,26	90,74
Não	5	9,26	3	5,56	2	3,70	9,26
Totais	54	100	47	87,04	7	12,96	100

Observa-se, na Tabela 5, que 90,74% de todos os sujeitos que responderam “SIM” e 9,26% que responderam “NÃO” à questão, 87,04% explicaram suas respostas e 12,96% não explicaram.

Dos três sujeitos que responderam “Não” e explicaram suas respostas (5,56%), um acha suficiente as informações recebidas em palestras, embora tenha indicado, na questão cinco (página 38), não ter participado de programa de prevenção, os outros dois sujeitos acham que as informações recebidas pelos “meios usuais” são suficientes.

Os argumentos dos sujeitos que responderam “Sim” e explicaram suas respostas (81,48%) foram agrupados em quatro categorias mostradas na Figura 4, a seguir.

Figura 4: Interesse sobre as informações da AIDS

A categoria “Atualização” aparece significativamente com frequência de 52,45% dos argumentos dos sujeitos ($\chi^2_o = 42,16$, $\chi^2_c = 7,81$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$), seguida das categorias “Utilização” com 22,95%, “Prevenção” com 14,75% e “Dúvidas” com 9,84% .

Na categoria “Atualização”, os sujeitos manifestam-se interessados nas informações sobre o avanço das pesquisas, sobre os possíveis medicamentos, os tratamentos, as medidas de controle e a disseminação da doença na população. Indicam ainda que gostariam de participar de cursos ou palestras sobre o tema HIV/AIDS, uma vez que somente têm acesso às informações veiculadas pela televisão, jornais ou revistas. Este interesse, puramente acadêmico, não parece indicar uma inserção prática dos conhecimentos.

O grande interesse em obter informações, manifestado pelos sujeitos, sugere pelo menos duas considerações: 1) a qualidade da informação e 2) a ansiedade e preocupação com o tema HIV/AIDS. Parece que os sujeitos, em seus argumentos, consideram as informações veiculadas pela televisão, jornais e revistas, suas principais fontes, não plenamente satisfatórias ou convincentes. Como professores, os sujeitos provavelmente gostariam de confirmar ou legitimar as informações, atualizarem-se ou mesmo poder discutir o assunto em palestras ou cursos, que constituem seus referenciais de formação e nos quais depositam créditos.

Czeresnia (1995) faz referência ao interesse, a ansiedade e às preocupações sobre o tema HIV/AIDS que extrapolam a área restrita aos cientistas e aos muitos textos que são produzidos para atender os “leigos interessados”, como um importante e inédito fator que permitiu a construção de uma consciência crítica sobre a produção científica e o desenvolvimento da capacidade de avaliar as políticas governamentais relacionadas a AIDS.

Esses dados parecem indicar uma abrangência das representações dos sujeitos indo das questões patológicas às questões sociopolíticas relacionadas ao HIV/AIDS.

É provável que, pelo menos em parte, o interesse dos sujeitos na “Atualização” de conhecimentos e informações sobre o HIV/AIDS, se deva à necessidade de subsídios para esclarecer ou orientar alunos, familiares ou pessoas do convívio.

A categoria “Utilização” (22,95%) reúne argumentos indicadores dessa situação. É possível que, na qualidade de professores, os sujeitos sintam-se obrigados a prestar esclarecimentos ou, quando questionados pelos alunos sobre a AIDS, tenham interesse de fazê-lo de forma correta e segura. Não há indícios, nos argumentos dos sujeitos, de que os esclarecimentos a serem prestados sejam feitos de forma sistematizada e organizada, com o comprometimento que exige um programa de prevenção. Esses argumentos parecem configurar a prática de “passar a matéria” para o aluno.

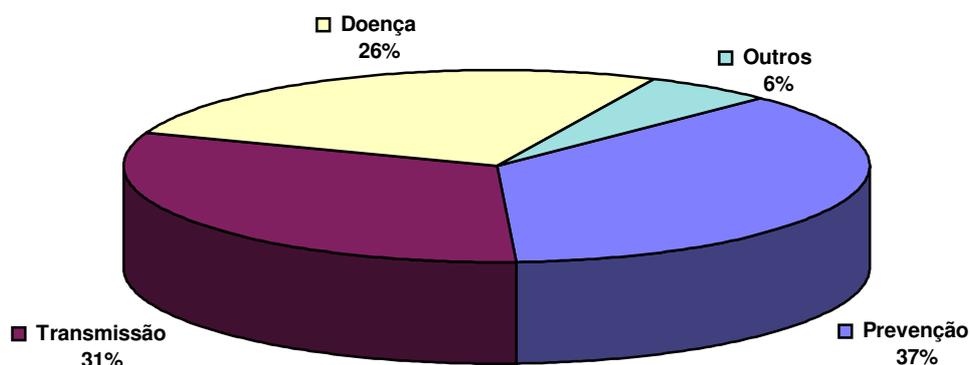
A categoria “Prevenção” (14,75%) é composta por argumentos que fazem referência à prevenção de forma vaga e imprecisa tais como: “a informação é a principal arma de combate”, “a informação é a arma contra qualquer mal”, “o indivíduo bem informado dificilmente terá problemas”, “... disseminar às outras pessoas sobre cuidados necessários para prevenção”, “quanto mais conhecer melhor para evitar”. A idéia sobre prevenção não parece estar consolidada como uma possibilidade ou uma ação concreta e direcionada, porque não há indicação, nos argumentos dos sujeitos, sobre o uso que fariam dessa

informação. Estes indicadores sobre prevenção parecem estar de acordo com aqueles encontrados e discutidos nas questões nove e onze.

Os argumentos que compõem a categoria “Dúvidas” (9,84%) são bastante localizados e específicos e estão relacionados a **aspectos da transmissão**, como por exemplo, se pode ocorrer transmissão do HIV/AIDS pela picada de insetos ou pela saliva; ao controle da doença com o uso do “coquetel” ou se as informações que possuem atualmente são corretas. Essas dúvidas parecem ser previsíveis, dadas às fontes de informações indicadas, mas podem ser facilmente esclarecidas, quando consultados livros ou manuais sobre o assunto. Por ou lado, parece também indicar uma visão bastante precária da seriedade e das conseqüências da disseminação do HIV/AIDS ou da dimensão social e política que representa o atual estágio da pandemia.

O objetivo da questão 13 foi direcionar as respostas dos sujeitos, no sentido de buscar informações precisas e localizadas sobre **suas possíveis necessidades de conhecimentos ou suas dúvidas relacionadas à AIDS**. Assim, foram oferecidas as alternativas “transmissão”, “prevenção” e “doença”, sendo que a alternativa “Outros” oferecia uma certa abertura para que os sujeitos pudessem se sentir livres da obrigatoriedade da escolha entre as três alternativas citadas. Foi facultado aos sujeitos assinalar mais de uma alternativa inclusive a “Outros”. A alternativa “Não sente necessidade de obter mais informações sobre a AIDS” permitiria ao sujeito manter sua posição na questão anterior (questão 12) sobre o seu não interesse em obter mais informações sobre a AIDS.

De todos os sujeitos, 7,41% indicaram a alternativa “não sente necessidade de obter mais informações sobre a AIDS”, sendo que, na questão anterior (questão 12), 9,26% de todos os sujeitos indicaram que “não gostariam de obter mais informações sobre a AIDS”. Os demais 92,59% dos sujeitos indicaram as áreas de interesse de informações sobre a AIDS, conforme mostra a Figura 5 a seguir.

Figura 5: Áreas de interesse sobre a AIDS

A distribuição das freqüências das alternativas de interesse indicadas pelos sujeitos aparece com diferenças significativas ($\chi^2_o = 21,68$, $\chi^2_c = 7,81$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$) na seguinte ordem: “Prevenção” 37%, “Transmissão” 31%, “Doença” 26% e “Outros” com 6%. As diferenças **não são significativas** quando se analisa as categorias “Prevenção” (37%), “Transmissão”(31%) e “Doença” (26%) ($\chi^2_o = 1,92$, $\chi^2_c = 5,99$, gl = 2 para $\alpha = 0,05$).

O interesse pela prevenção apareceu com a maior freqüência (37%), tendo sido referida de forma espontânea na questão nove (“Escreva o mais claramente possível o que você sabe sobre a AIDS”) em 2,51% dos argumentos de todos os sujeitos; e na questão 12, (“Você gostaria de obter mais informações sobre a AIDS? Explique sua resposta”), a prevenção aparece com freqüência de 14% dos argumentos de 81,48% dos sujeitos. Parece coerente, portanto, o maior interesse sobre a “Prevenção”, uma vez que, para responder as questões anteriores, poderiam estar faltando argumentos ou conhecimentos suficientes para que os sujeitos fizessem referência às questões de prevenção. Da mesma maneira, o interesse aqui apresentado talvez possa ser justificado pelas diferenças significativas entre os conhecimentos sobre formas de transmissão e formas de

prevenção discutidas na questão 11 (“Baseando-se no que você sabe/ouviu falar, relate as formas de prevenção da AIDS”).

Também parece coerente a valorização dos aspectos de “Transmissão” e “Doença” dada à visão medicalizada, teórica e abstrata dos sujeitos sobre o HIV/AIDS.

Na alternativa “Outros” (6%), os sujeitos especificaram interesse por medicamentos, pesquisas, exames, as defesas orgânicas e, dentre esses, apenas uma referência a “campanhas educativas” que corresponde a 0,94% de todas opções apresentadas pelos sujeitos. O processo educacional como elemento importante de prevenção parece não ter grande representação nos discursos dos sujeitos.

A questão 14 procurou buscar informações a respeito das representações dos professores sobre os **grupos ou pessoas que estariam mais sujeitas ao risco de contrair o HIV/AIDS e as razões para tal situação de risco**, com objetivos de se evidenciarem possíveis preconceitos e medos com a identificação de ancoragens e objetivações das representações sobre a AIDS.

As objetivações que podem ser evidenciadas com a especificação e identificação de comportamentos e práticas tidas como desviantes ou antinaturais, consideradas inaceitáveis, estabelecem o que é natural para o grupo que as identificam. Essa “projeção da responsabilidade sobre grupos estranhos é um mecanismo de defesa que afasta tanto o próprio grupo como o Eu da AIDS, deixando intacta a sensação de controle” (Joffe, 1995, p.318-19).

Na análise da primeira parte da questão “Quem estaria mais sujeito à AIDS?”, os 114 argumentos encontrados nas respostas de todos os sujeitos foram classificados em nove categorias iniciais e cinco categorias globais (Tabela7).

Tabela 7

Quem está mais sujeito à AIDS

Categorias Globais	F	%	Categorias Iniciais	F	%
			Desviantes sexuais	22	19,3
Grupos de Risco	50	43,86	Usuários de Drogas	18	15,79
			Transfundidos	10	8,77
			Desinformados	15	13,16
Carentes	32	28,07	Desprevenidos	10	8,77
			Carentes	7	6,14
Todos	16	14,04	Todos	16	14,04
Jovens	16	14,03	Jovens	10	8,77
Outros	6	5,26	Outros	6	5,26
Totais	114	100,0	Totais	114	100,0

Número total de sujeitos: 54 Número de Sujeitos que responderam a questão: 54

As categorias globais, que apresentam diferenças significativas na distribuição de suas frequências ($\chi^2_o = 50,64$, $\chi^2_c = 9,48$, $gl = 4$ para $\alpha = 0,05$), aparecem na seguinte seqüência: 43,86% para “Grupos de Risco”, 28,07% para “Carentes”, 14,04% para “Todos”, 8,77% para “Jovens” e 5,26% para “Outros”.

O discurso dos sujeitos cujos argumentos encontram-se reunidos na categoria global “Grupos de Risco”, aparece fortemente marcado pela idéia de que a AIDS é uma doença restrita a um determinado grupo de pessoas. Embora o termo “grupo de risco” não apareça de forma explícita nos argumentos apresentados nas respostas dos sujeitos, há referência aos “promíscuos sexualmente”, aos “homossexuais”, às “prostitutas”, aos “gays”, aos “usuários ou viciados em drogas”, aos “hemofílicos ou sujeitos à transfusão sanguínea” e, algumas vezes, as referências são acompanhadas de certa censura como “sexo

com parceiros diferentes só pensando no prazer momentâneo”. Essas referências provavelmente definem as objetivações das representações dos sujeitos.

A distribuição das frequências de todos os argumentos dos sujeitos nas categorias iniciais que compõem a categoria global “Grupo de Risco” aparecem com diferença significativa ($\chi^2_o = 8,49$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$), e na seguinte ordem: “Desviantes Sexuais” com 19,3%, “Usuários de Drogas” com 15,79% e “Transfundidos” com 8,77%. O aparecimento dessas categorias iniciais é coerente com as respostas dos sujeitos observadas nas questões 10 e 11, relacionadas com as formas de transmissão e prevenção, ou seja, sexo, drogas e sangue.

As categorias iniciais “Desviantes Sexuais” e “Usuários de Drogas”, que apresentam as maiores frequências dos argumentos entre todas as demais categorias, parecem indicar uma ancoragem da representação social da AIDS pela objetivação de grupos e de práticas.

A categoria inicial “Transfundidos” (8,77%) parece refletir, como já discutido anteriormente, os medos e a sensação de impotência diante do caos e da irresponsabilidade da Saúde Pública brasileira, retratada e alardeada pela mídia.

A categoria global “Carentes” é constituída pelas categorias iniciais “Desinformados” com 13,16% de todos os argumentos, seguida das categorias iniciais “Desprevenidos” com 8,77% e “Carentes” com 6,14%, cujas diferenças das frequências de todos os argumentos não são significativas ($\chi^2_o = 3,08$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$). Quando se analisa as distribuições das frequências dos argumentos somente na categoria global “Carentes” - 32 argumentos -, as categorias iniciais passam a apresentar as seguintes frequências: “Desinformados”, 46,87%, “Desprevenidos”, 31,25% e “Carente”, 21,88%, cujas diferenças passam a ser significativas ($\chi^2_o = 9,5$, $\chi^2_c = 5,99$ $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$). Dessa forma, a categoria inicial “Desinformados” parece refletir a

importância que os sujeitos atribuem à informação, ou seja, aqueles que têm acesso à informação, não se colocariam em situações de risco.

Quanto à categoria inicial “Desprevenidos”, os sujeitos, em seus argumentos, atribuem uma parcela da situação de risco ao comportamento. Neste sentido, existe uma lógica simples na qual se supõe que o informado pode modificar seu comportamento e o desinformado não. É uma construção precária, uma vez que o “fato de a informação não ser capaz de provocar mudanças comportamentais de forma confiável, regular e previsível foi documentado inúmeras vezes em várias culturas e contextos” (Mann et al, 1993, p.165).

Na categoria inicial “Carente”, os argumentos dos sujeitos indicam “os mais pobres”, “a periferia”, “sem condições de comprar materiais descartáveis”, fazem referência, portanto, à situação sócio-econômica. Segundo Grangeiro (1994), no município de São Paulo, a epidemia da AIDS está vinculada à heterogeneidade sócio-ocupacional, existindo uma tendência de se tornar predominante em segmentos sociais mais pobres.

Embora de forma incipiente, parece que os sujeitos vislumbram a epidemia do HIV/AIDS como uma combinação de situações educacionais, comportamentais e sócio-econômicas.

Na categoria “Todos” (14,04%), os sujeitos parecem admitir, ainda que maneira tímida e a despeito dos medos e preconceitos, que a epidemia do HIV/AIDS é uma realidade com a qual se tem de conviver, “passou a ser comum, está perto de nós, extravasou as áreas reservadas e exóticas com as quais fora identificada” (Bastos et al, 1994, p.13).

A categoria “Jovens” (8,77%), constituída pelos argumentos presentes nas respostas de 16,66% dos sujeitos, não parece ser uma idéia consolidada entre os professores. É provável que a forte ancoragem da representação sobre os grupos de risco, pelas razões já expostas anteriormente, tenha obnubilado a visão ou percepção dos sujeitos das situações de riscos ou da vulnerabilidade dos jovens e adolescentes, embora, como professores, convivam diariamente com eles.

No entanto, convém ressaltar alguns aspectos importantes, especialmente para aqueles que trabalham com jovens. O período de latência do vírus, segundo vários autores¹, pode durar até dez anos e, segundo dados do Boletim Epidemiológico “Tendências da Epidemia” da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, de março de 1997, a segunda maior incidência de morbidade de AIDS está na faixa etária entre 13 a 19 anos, dos casos notificados.

Bastos e Barcellos (1995), no trabalho sobre a “Geografia da AIDS no Brasil”, alertam para os problemas dos atrasos das notificações e subnotificações dos casos novos de AIDS no país. Esses autores analisam a tendência de aumento da exposição ao HIV/AIDS de adultos adolescentes maiores de 15 anos, tendo entre os usuários de drogas injetáveis, com aumento de 2,9% de 1984 para 25,1% em 1992, como também entre os heterossexuais de 0,2% de 1984 para 11% em 1992. Paiva (1997) admite que, entre os heterossexuais, esse aumento até 1995 é da ordem de 28%.

Além do aumento de número de casos, Bastos e Barcellos (1995) também analisam o aprofundamento da epidemia, principalmente na cidade de São Paulo, sua evolução rumo às cidades de médio porte, sempre acompanhada das mudanças dos padrões de transmissão. Levine (1991) também faz referência ao rápido e crescente aumento das infecções pelo HIV entre adolescentes de Nova York e New Jersey.

Segundo Brown (1991), deve-se dispensar maiores atenções aos estudantes, uma vez que eles exibem comportamentos de alto risco tais como as experimentações com sexo, álcool, drogas ou combinações desses comportamentos, embora apresentem bom nível de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV/AIDS. Esse aumento da transmissão do HIV/AIDS pelas relações heterossexuais se agrava no Brasil pela falta de programas que abordem as questões de sexo e sexualidade para os adolescentes nas escolas públicas.

¹ Bastos et al (1994); Branco et al (1996); Hoyos et al (1997); Mann et al (1993); OMS (1992);

Na análise da segunda parte da questão 14, que questiona **as razões ou por que as pessoas estão mais sujeitas a AIDS**, foram encontrados 90 argumentos nas respostas de todos os sujeitos que foram reunidos em quatro categorias globais e em seis categorias iniciais (Tabela 8).

Tabela 8

Razões pelas quais as pessoas estão sujeitas à AIDS

Categorias Globais	F	%	Categorias Iniciais	F	%
Comportamento	42	46,67	Comportamento	26	28,89
			Promiscuidade	16	17,78
Sócio-econômico	26	28,89	Sócio-econômico	26	28,89
Grupos		15,56	Não existe grupo de risco	8	8,89
			Grupos de Risco	6	6,67
Contato	22	8,89	Contato	8	8,89
Totais	90	100,0	Totais	90	100,0
Número Total de sujeitos: 54			Número de sujeitos que responderam a questão: 47		

A distribuição das frequências dos argumentos das respostas dos sujeitos apresenta diferença significativa ($\chi^2_o = 35,58$, $\chi^2_c = 7,871$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$) e aparece na seguinte ordem: “Comportamento” com 46,67%, “Sócio-Econômico” com 28,89%, “Grupos” com 15,56% e “Contato” com 8,89%.

Os sujeitos atribuem, como principal fator de risco da contaminação do HIV/AIDS, o comportamento. Não parecem, portanto, encarar a AIDS como uma fatalidade casual ou sobrenatural, mas devido a algum mecanismo psicológico que conduz as pessoas para uma situação de risco.

Em concordância com essa idéia, Mann et al (1993), consideram que a pandemia do HIV/AIDS se dá pela equação composta por dois elementos: o vírus e as pessoas. O vírus é uma entidade biológica cuja estrutura bioquímica e os mecanismos de ação são conhecidos. Quanto às pessoas, consideram-se dois aspectos de vulnerabilidade ao HIV: o biológico e o comportamental. Ainda não

há comprovação de que exista resistência inata ou biológica ao HIV. O comportamento - individual e coletivo - constitui o elemento chave dessa equação, pois determina a forma ou caminhos da transmissão do HIV/AIDS de uma pessoa para outra. A compreensão de que a disseminação do HIV/AIDS envolve aspectos comportamentais parece estar presente na representação dos sujeitos.

As categorias iniciais “Comportamento” e “Promiscuidade”, cujas frequências dos argumentos de todos os sujeitos são respectivamente 28,89% e 17,78%, apresentam diferença significativa ($\chi^2_o = 9,04$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$).

Os argumentos dos sujeitos que compõem a categoria inicial “Comportamento” envolvem referências aos hábitos, à cultura, à natureza impetuosa ou impulsiva das pessoas, a não aceitação ou ao crédito da possibilidade de se contaminar devido ao comportamento liberal. Parece que os sujeitos entendem por comportamento algo imutável, não passível de reeducação. Não há referências nas respostas dos sujeitos de elementos de ordem emocional ou contextos sociais como fatores influenciadores e modificadores do comportamento.

A categoria inicial “Promiscuidade”, (17,78%), cuja definição engloba os comportamentos promíscuos relacionados ao uso de drogas - compartilhar seringas - e sexo - número de parceiros, aparece como importantes argumentos indicadores de atitudes comportamentais de risco. Essa discriminação ainda não parece ser muita clara nas representações dos sujeitos, ou seja, atribui-se primeiro o risco de contrair o HIV/AIDS ao comportamento de forma geral e identificam-se algumas atitudes ou ações visíveis desses comportamentos.

Na categoria global “Sócio-Econômico” (28,89%), os sujeitos apresentam, em seus argumentos, questões relacionadas à falta de informação, ao preço da camisinha, à falta de política educacional e de saúde pública, à ausência de controle sobre a epidemia ou simplesmente à pobreza. Essa variedade de

argumentos não apresenta uma tendência definida, parecendo configurar, a despeito da frequência da categoria, uma idéia ainda em formação e não devidamente delimitada e clara sobre as relações socioeconômicas do HIV/AIDS. É possível que os sujeitos estivessem questionando os muitos fatores causais da epidemia ou buscando algum tipo de explicação, além da biológica e comportamental.

Parece que os sujeitos, pelos seus argumentos, ainda se encontram no que Giovanetti e Évora (1997), citando Marilena Corrêa (1994), caracterizam como “medicalização social”, ou seja, a construção de uma representação sobre corpo, saúde e doença fortemente influenciada e marcada pelos conhecimentos científicos e normalizações ditadas pela medicina e ciências correlatas.

Como já explicitado anteriormente, a tendência da epidemia do HIV/AIDS caminhar para as populações mais pobres e marginalizadas social e economicamente é um fato (Grangeiro, 1994; Bastos e Barcellos, 1995).

A categoria global “Grupos” é constituída pelas categorias iniciais “Grupos de Risco” e “Não existe grupo de risco” cujas frequências de todos os argumentos são respectivamente: 8,89% e 6,67% e não apresentam diferenças significativas ($\chi^2_o = 0,30$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$).

A categoria inicial “Não existe grupo de risco” (8,89%), que reúne argumentos indicando que *todas as pessoas estão sujeitas ao HIV/AIDS*, parece constituir uma representação ainda não plenamente estabelecida nos discursos dos sujeitos, assim como parece persistir de forma explícita, mas não acentuada, a idéia da existência de *grupos de risco*.

A questão 15 procurou direcionar a visão dos sujeitos com objetivo de **identificar e caracterizar suas percepções e representações das formas de transmissão do AIDS entre os adolescentes**.

Os 102 argumentos encontrados nas respostas dos sujeitos foram agrupados em três categorias (Tabela 9), cuja distribuição de frequências ocorre na seguinte ordem: “Sexo” 47,06%, “Drogas” 44,12% e “Outras” 8,82% e

apresentam diferenças significativas ($\chi^2_o = 27,16$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha=0,05$).

Tabela 9

Formas mais comuns de transmissão do HIV/AIDS entre os adolescentes

Categorias Globais	F	%
Sexo	48	47,06
Drogas	45	44,12
Outras	9	8,82
Totais	102	100

Total de sujeitos 54 - Responderam essa questão 53 sujeitos

Focalizando as distribuições dos 93 argumentos que compõem especificamente as categorias “Sexo” (F = 48, 51,61%) e “Drogas” (F=45, 48,39%), não se observa diferença significativa ($\chi^2_o = 0,10$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$). Esses dados sugerem que, na representação dos sujeitos, a transmissão do HIV/AIDS pela via sexual e pela via drogas entre os adolescentes pode ocorrer com a mesma intensidade. A pesquisa de Sieburger (1982) sobre o comportamento sexual de jovens da Grande São Paulo e da Baixada Santista, no início da década de 80, indicava que 57,3% dos rapazes e 16,15% das moças já haviam tido relações sexuais com idades entre 14 e 18 anos. Lima (1995), citando pesquisa da agência Standard Ogilvy & Mather na década de 90 envolvendo jovens do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, indicou que 66% dos jovens com idade entre 12 e 14 anos já tiveram iniciação sexual. Fruet (1995), em sua pesquisa entre estudantes universitários das 1^{as} e 2^{as} séries de diversos cursos da UNICAMP, indicou a iniciação sexual entre os meninos com idade de 15 anos, e 17 anos, para as meninas em média, e que a liberdade sexual conquistou espaços e ainda que as relações sexuais são vistas com tolerância pela sociedade.

Parece, portanto, que a representação dos sujeitos está estruturada e coerente, quanto à transmissibilidade do HIV/AIDS pela via sexual entre os adolescentes, conforme mostram as pesquisas sobre a vida sexual dos adolescentes e com as respostas dadas às questões nove, dez, onze e com os dados epidemiológicos que apontam a via sexual como principal forma de transmissão.

Com relação à categoria “Drogas”, alguns pontos devem ser analisados. Segundo Bucher (1996), das causas de óbitos relacionados com drogas, 95% se devem às chamadas drogas lícitas: o álcool e o fumo. O “Boletim Epidemiológico AIDS e Drogas” da Secretaria de Estado de Saúde, novembro de 1996, faz referência à pesquisa realizada em dez capitais brasileiras com estudantes de 1º e 2º graus em 1993, que concluiu que as drogas predominantemente utilizadas pelos estudantes em São Paulo são: álcool, tabaco, solventes, maconha, ansiolíticos, anfetaminas e cocaína. A pesquisa também indica que 27,3% dos estudantes já fizeram uso de drogas ao menos uma vez, e que o uso é mais freqüente após os 16 anos de idade.

Pelo menos mais duas outras informações relevantes são apresentadas nesse mesmo Boletim Epidemiológico: 1) a maioria dos afetados pela AIDS estão na faixa média de 29 anos e 2) a maioria dos casos notificados de AIDS entre os usuários de drogas injetáveis (73,7%) são heterossexuais, condição que propicia maior disseminação do HIV/AIDS.

Em pesquisa realizada em 1994/96 pelo NEPAIDS - Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS da Universidade de São Paulo - entre alunos de escola da rede pública, na faixa etária entre 18 a 25 anos, da região central da cidade de São Paulo, houve indicação de que 6% dos alunos tinham usado drogas injetáveis nos últimos seis meses (Secretaria de Estado da Saúde, 1996). Soares (1997), que discute alguns aspectos dos adolescentes brasileiros usuários de drogas intravenosas, indica que a taxa de uso de cocaína, em pelo menos uma vez na

vida, é de 0,7% entre os estudantes brasileiros e que a forma mais comum de uso é pela aspiração, sendo que nos Estados Unidos essa taxa é de 12,1%.

Esses dados concordam com as pesquisas realizadas por Gualduroz, Neto e Carlini (1997a, 1997b) entre estudantes de 1º e 2º graus de 10 capitais brasileiras nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, que revelaram que houve em 1997 um aumento do uso de cocaína entre esses estudantes, porém, segundo os pesquisadores, os números absolutos são relativamente pequenos, uma vez que 307 alunos num universo de mais de 15.000, fizeram uso dessa droga até cinco vezes no mês, sendo que o uso freqüente (mais de seis vezes por mês) e o uso pesado (mais de vinte vezes por mês) não atinge 1% de usuários.

Outra questão importante é que a opção pelo uso da droga por via intravenosa que se dá em idades mais avançadas, normalmente a partir dos 19 anos, quando, inclusive, o usuário já passou por uma série de experimentações de auto-administração de drogas (Andrade, 1994; Bastos, 1996; Soares, 1997).

Entretanto, Bastos (1996) afirma que se sabe muito pouco sobre o uso de drogas injetáveis entre os adolescentes, devido aos pouquíssimos trabalhos que analisam essa questão e também porque os serviços destinados aos usuários de drogas intravenosas não abordam especificamente esse segmento. Soares (1997) concorda com essa afirmação e acrescenta que existem evidências para se acreditar que a contaminação pelo HIV se deve mais ao despreparo e inexperiência dos adolescentes cuja vulnerabilidade social se agrava devido à inserção sócio-econômica e às relações com o tráfico e a delinquência desses adolescentes.

Assim, parece que a representação social dos sujeitos com relação à transmissão do HIV/AIDS entre os adolescentes está de acordo com as indicações de Bucher (1996), quanto à globalização e o sensacionalismo dos noticiários nacionais e internacionais que supervalorizam, na divulgação, o consumo de drogas, quando avaliados em termos de saúde pública e que as campanhas e formadores de opiniões disseminam pânico, promovem a rejeição, o

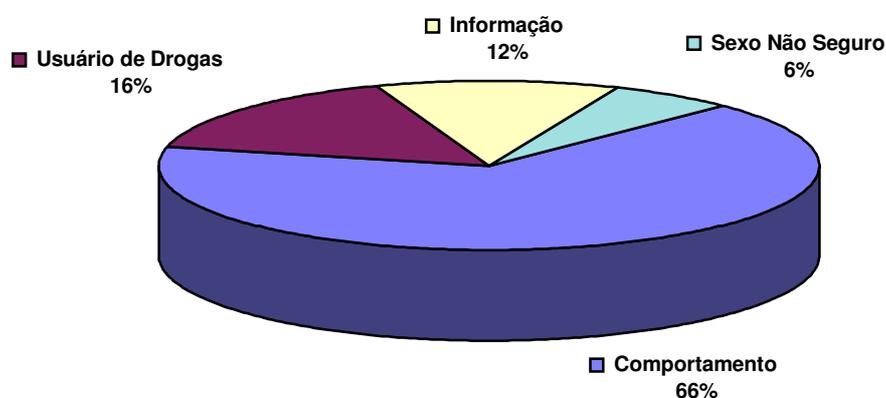
preconceito e condenam as drogas e a AIDS como ameaçadores do equilíbrio social. Gualduroz et al (1997b) também concordam com essas afirmações e acrescentam que “a mídia elegeu a cocaína como a grande vilã das drogas no Brasil, sem que houvesse dados epidemiológicos para sustentar essa posição de destaque” (p.104).

A categoria “Outros” (8,82%) é constituída por argumentos tais como “uso de seringas e agulhas” ou “vida promíscua” que, de forma indireta ou implícita, podem conduzir às categorias “Sexo” e “Drogas”, mas não foram incluídas nessas categorias, porque também podem ser interpretadas de outras maneiras. Não há referência a formas de transmissão “via sangue”, o que parece não ser coerente com as preocupações sobre as formas de transmissão manifestadas nas respostas dos sujeitos às questões nove, dez e onze.

É provável que os sujeitos, em suas representações, não estejam associando as situações de risco das “transfusões sangüíneas” a uma situação possível de transmissão do HIV/AIDS entre os adolescentes, muito embora as categorias que fazem referência a “sangue” tenham sido encontradas significativamente nas respostas dos sujeitos às questões de números 10, 11 e 14.

Parece que, diante deste quadro, a forma de transmissão HIV/AIDS, via “drogas”, entre os adolescentes constitui uma forte ancoragem das representações dos sujeitos, e é mais significativa que pela via “sangue”, mesmo apresentando uma certa incoerência em relação às respostas anteriores sobre a transmissão.

Os 88 argumentos, encontrados nas respostas dos sujeitos que explicam as razões das formas de transmissão do HIV/AIDS entre os adolescentes, foram classificados em quatro categorias. A distribuição das freqüências dos argumentos nessas quatro categorias que são mostradas na Figura 6, apresenta diferença significativa ($\chi^2_o = 91,68$, $\chi^2_c = 9,48$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$) e aparece na seguinte ordem: “Comportamento” 66%, “Usuário de Drogas” 16%, “Informações” 12% e “Sexo não Seguro” 6%.

Figura 6: Motivo da transmissão do HIV/AIDS entre adolescentes

Os sujeitos parecem atribuir grande significado ao comportamento do adolescente como principal razão da transmissão do HIV/AIDS. Os argumentos que aparecem com maior frequência nas respostas dos sujeitos e que compõem a categoria “Comportamento” fazem referência a fatores internos como sendo uma condição própria do adolescente tais como: “necessidade de experimentar novas emoções”, “enfrentar desafios”, “não avaliação dos riscos”, “impetuosidade”, “falta de crença na segurança ou nas orientações”. Aparecem em menor frequência argumentos que fazem referência à vulnerabilidade do adolescente ou à descoberta do sexo. Quanto aos fatores externos relacionados ao comportamento, há uma referência ao “universo do adolescente” e “às influências da mídia”.

Estes resultados concordam com as respostas dos sujeitos dadas à questão número 14, ou seja, consideram o comportamento o fator mais importante na transmissão do HIV/AIDS.

A categoria “Uso de Drogas” (16%) é constituída por argumentos que fazem referência ao uso de drogas, ao comportamento de compartilhar seringas, à disponibilidade e o fácil acesso às drogas e ao desequilíbrio ou perda do senso de perigo devido ao efeito da droga. Esses argumentos não parecem demonstrar

uma compreensão clara das influências e do papel da droga na transmissão do HIV/AIDS, uma vez que não indicaram, de forma precisa, como se dá a transmissão com o uso da droga.

O uso de drogas aparece nas respostas dos sujeitos nesta questão e na questão 14 como a segunda forma de transmissão do HIV/AIDS.

A categoria “Informação” (12%) é composta por argumentos que podem ser divididos em dois grupos que apresentam diferenças significativas ($\chi^2_o = 20,6$, $\chi^2_c = 3,8$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$): 1) a “falta de informação” (F = 8, 72,7%) e 2) a “forma da informação” (F = 3, 27,3%). Parece, portanto, que a forma da informação ainda não está estruturada nas representações dos sujeitos.

Quanto à questão da informação, que também aparece nas respostas dos sujeitos à questão 14, na categoria “Desinformados”(13,16%), parece este item não ser um fator de grande relevância nas representações dos sujeitos, embora, para os adolescentes, a informação veiculada pelo professor seja, via de regra, de grande valor e respeitabilidade.

Hoyos, Sierra e Martín (1997), em estudos sobre as fontes e graus de informações sobre a AIDS em estudantes mexicanos, encontrou resultados, entre as fontes de informações interpessoais, indicadores de serem os professores aqueles que apresentam maior relação entre o grau de conhecimento e de confiança dos adolescentes.

Dentre os argumentos que compõem a categoria “Sexo Não Seguro” apenas dois, que correspondem a 2,27% de todos os argumentos dos sujeitos, fazem referência à “camisinha”. Parece haver concordância com as poucas referências que os sujeitos fazem ao “uso da camisinha”, nas questões de números 10 e 11 que abrangeram as formas de prevenção ou de prática do “Sexo Seguro”.

O objetivo da questão 16 foi procurar **detectar possíveis discriminações, preconceitos ou medos** nos discursos dos sujeitos diante de uma situação não definida, ou seja, quando não se sabe quem é portador do HIV/AIDS.

A condição de portador do HIV/AIDS é uma questão de confiabilidade e deve ser respeitada. A divulgação dessa condição sem consentimento ou autorização ou a exigência de exame sorológico para comprovar a condição de portador ou não portador do HIV/AIDS é considerada ato ilegal e anti-ético, previsto em normas governamentais e de conduta profissional.

A Portaria Ministerial número 796 de 29/05/92 recomenda a observância de algumas normas e procedimentos dentre os quais destacam-se: 1) os professores, alunos ou funcionários não são obrigados a informar a condição de soropositivos à direção, a funcionários ou a qualquer membro da comunidade escolar; 2) a não divulgação de diagnósticos de infecção pelo HIV/AIDS; 3) a não exigência de testes sorológicos compulsórios para a admissão ou manutenção de matrícula de alunos e mesmo para a contratação de professores e de funcionários.

É importante ressaltar que os médicos não estão obrigados a fazer a notificação compulsória dos portadores do HIV. Essa obrigatoriedade somente se aplica àqueles que manifestam a AIDS e a “notificação compulsória não significa publicidade, muito pelo contrário” (Lopez, 1997, p.77).

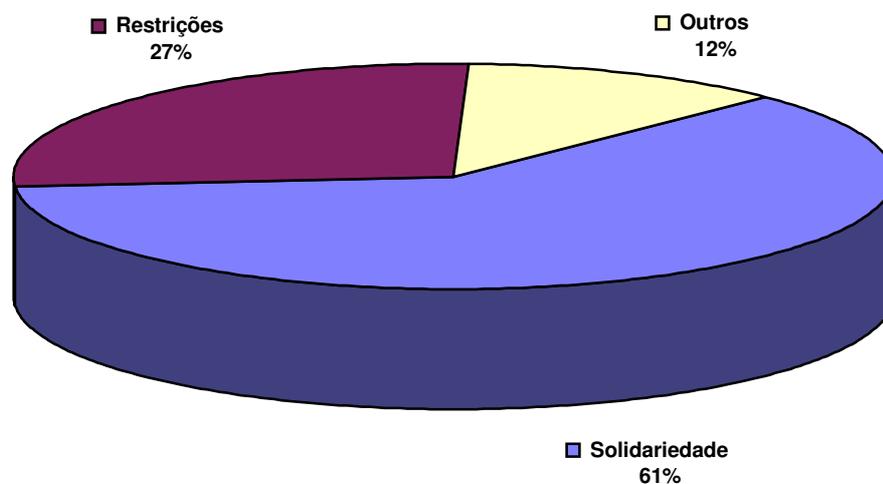
Com a relação à Ética Médica, a Resolução número 1359/92 do Conselho Federal de Medicina faz as seguintes referências quanto ao sigilo profissional nos casos dos portadores do HIV/AIDS: 1) o sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado, não devendo ser revelado nem aos familiares e deve persistir, mesmo após a morte do paciente; 2) o médico está proibido de revelar o diagnóstico de funcionário ou candidato a emprego ao empregador e 3) é vedada a realização compulsória do teste sorológico do HIV.

Contrariamente a essas disposições, 54 sujeitos, 64,81% responderam SIM à questão 16 - “Você acha que é importante saber se existe alguma pessoa portadora do HIV/AIDS na comunidade escolar (professores, alunos, funcionários, etc.)?” - 29,63% responderam NÃO e 5,56% se declararam

INDECISOS. A diferença entre essas frequências é significativa ($\chi^2_o = 53,27$, $\chi^2_c=5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$).

Dentre os 35 sujeitos que responderam SIM (64,81%), um não explicou sua opção e, nas explicações dos demais 34 sujeitos (97,14%), foram identificados 52 argumentos que foram classificados em três categorias, cuja distribuição das frequências apresenta diferenças significativas ($\chi^2_o = 37,82$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$) e aparecem na seguinte ordem: “Solidariedade” (61%), “Restrições”(27%) e “Outros” (12%), mostradas na Figura 7.

Figura 7: Motivo para se conhecer os portadores de HIV/AIDS



Bastos et al (1994) relata que os números das estatísticas da epidemia do HIV/AIDS revelam, entre outros, as ansiedades, os medos, os estigmas, os preconceitos no trabalho e nas escolas, como também a descoberta da solidariedade, da ação política e a incorporação da AIDS no cotidiano. Parece

que, nesta pesquisa, os números também indicam a solidariedade ao lado dos medos .

Segundo Mann et al (1993), os portadores do HIV/AIDS necessitam de três tipos de assistência: 1) médica, 2) social e 3) psicossocial. A assistência médica, oferecida por médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, compreende os serviços de diagnósticos, profilaxia e tratamento. A assistência social é prestada para suprir as necessidades, quanto a alimentos, roupas, habitação, reabilitação e emprego. O atendimento ou assistência psicossociais são necessários para oferecer apoio e reforçar a integração social do portador do HIV/AIDS. O apoio deve ser oferecido não só ao portador do HIV/AIDS, mas também aos seus familiares, aos prestadores de assistência médica e profissionais que trabalham em programas de prevenção contra a AIDS, face ao estresse a que são submetidos.

A assistência psicossocial é definida por Mann et al (1993) como um conjunto de ações com objetivos de oferecer informações, apoio para resolver problemas de integração, cuidados e assistência psicológica , tendo uma função tanto preventiva como assistencial. Essa assistência deve ter objetivos claros e deve estar integrada aos serviços de assistência médica.

Embora os argumentos dos sujeitos apresentados na categoria “Solidariedade” não atinjam esse nível de orientações definidas por Mann et al (1993), eles parecem indicar uma predisposição positiva de ajuda às pessoas portadoras do HIV/AIDS.

Para Galvão (1994), a AIDS provocou julgamentos arbitrários de valor, mas também possibilitou a mobilização de pessoas e de diversos segmentos sociais em defesa das pessoas portadoras do HIV/AIDS. Essas mobilizações fizeram reavivar os conceitos de militância, tão comuns nas décadas de 60 e 70, e permitiram a formação de mais de 140 organizações diferentes, entre elas diversas ONGs (Organizações Não Governamentais), todas preocupadas com o HIV/AIDS.

A categoria “Restrições” (27%) é composta por argumentos que parecem indicar medos da presença dos portadores de HIV/AIDS no ambiente escolar, isto é, a permanência dos portadores de HIV/AIDS é permitida desde que “certos cuidados” sejam tomados para que se evite a contaminação de outras pessoas. As ansiedades e os medos são manifestados nos argumentos dos sujeitos, quando fazem referência à possibilidade de “contaminação por ferimentos” ou devido ao “perigo que ela (a pessoa portadora do HIV/AIDS) representa”.

Segundo Bazin (1992), não há riscos de contaminação pelo HIV no convívio escolar e profissional, não havendo necessidade de se fazer restrições ao convívio de crianças portadoras do HIV com as demais crianças. Classifica como desprezível o perigo de contaminação pelo HIV, não havendo nenhum caso documentado no mundo que comprove a propagação do HIV em ambiente escolar. Mesmo em ferimentos ou lesões cutâneas, que podem oferecer riscos potenciais, não são mais frequentes na escola do que na vida civil.

Essa condição de ausência de riscos é explicitada e admitida na Portaria Ministerial número 796 de 29/05/92, elaborada em conjunto com os Ministérios da Educação e da Saúde.

McIntosh (1994) indica algumas situações que podem ocorrer no ambiente escolar, mas que não se comprovou, até o momento, oferecerem riscos de transmissão do HIV, tais como: mordidas, beijo, ferimentos na prática esportiva, salas fechadas, picadas de insetos, contato da pele saudável com sangue contaminado, contato com suor, urina, fezes, saliva, lágrima e outros fluidos que não contenham sangue.

As precauções e cuidados com o sangue ou fluidos corporais são descritas universalmente e devem ser aplicadas a todas as pessoas, situações ou condições, não especificamente aos portadores do HIV. Esses cuidados são importantes para prevenir outras infecções como a hepatite, por exemplo (Haefli, Pryor e Landau, 1995).

Portanto, a categoria “Restrições” parece indicar o medo e pânico que, segundo Camargo (1994), estratificam-se em diferentes comportamentos, mantendo vivas as representações da época das grandes epidemias.

A categoria “Outros”(12%) contém argumentos que parecem indicar algum tipo de medo, quanto à própria situação dos sujeitos, quando justificam o interesse em saber se existe pessoa portadora do HIV/AIDS, para “permitir cada um conhecer seu resultado” ou “saber um pouco sobre nós mesmos”.

Dos 16 sujeitos que responderam NÃO, um não apresentou explicação enquanto que, nas explicações dos demais (93,75%), foram identificados 18 argumentos que foram classificados em duas categorias, cuja distribuição das frequências aparece com diferença significativa ($\chi^2_o = 78,98$, $\chi^2_c = 3,48$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$), “Discriminação” com 94,44% e “Outros” com 5,56%.

Na categoria “Discriminação”, os argumentos dos sujeitos indicam, de forma clara, que haveria discriminação, preconceitos, constrangimentos, segregações e mudanças nas relações escolares. Silva (1993) conceitua discriminação como uma forma de tratamento desfavorável dado a certas categorias de pessoas, mantendo-as em condição de inferioridade e distantes, utilizando-se de um controle social sobre elas por meio de práticas mais ou menos institucionalizadas e racionalizadas.

A categoria “Outros” é constituída pelo argumento de um só sujeito que indicou ser “quase impossível ocorrer contaminação de outras pessoas no convívio escolar”, razão pela qual não haveria necessidade de saber se existe pessoa portadora de HIV/AIDS na escola.

Os sujeitos que responderam NÃO assumiram uma posição definida e indicaram de forma objetiva que, ao se identificar o portador do HIV/AIDS, essa pessoa poderia ser discriminada. Essa posição pode ser entendida como uma forma de solidariedade, de respeito à privacidade e à individualidade; enquanto que, aqueles que responderam SIM e fizeram restrições à presença do portador

do HIV/AIDS, estariam discriminando-as e caracterizando, assim, possivelmente, uma situação de medo.

A questão 17 procurou buscar elementos para se **determinar a presença ou não de preconceitos, medos ou discriminações** em relação às pessoas portadoras do HIV/AIDS no ambiente escolar. Assim, os sujeitos foram questionados se tais pessoas, sabidamente portadoras do HIV/AIDS, deveriam ou não permanecer na escola.

Dentre os 54 sujeitos, 53, que corresponde a 98,15% deles, responderam SIM e apenas um sujeito, que corresponde a 1,85%, respondeu NÃO.

O argumento do sujeito que respondeu “NÃO” indica que o portador do HIV/AIDS “deve tratar-se, para adiar a crise final”, parece, portanto, desconsiderar a possibilidade de o portador do HIV não estar ainda manifestando a AIDS, isto é, embora portador do vírus, estar em condições saudáveis.

Dos 53 sujeitos que responderam “SIM”, isto é, portadores do HIV/AIDS devem permanecer na escola, 48 deles, que corresponde a 90,57%, apresentaram explicações, nas quais foram identificados 83 argumentos, classificados em cinco categorias, cuja distribuição das frequências não apresentou diferença significativa ($\chi^2_o = 5,3$, $\chi^2_c = 9,48$, gl = 4 para $\alpha = 0,05$). São mostradas na Tabela 10 e aparecem na seguinte ordem: “Solidariedade”, 26%; “Discriminação”, 24%; “Restrições”, 19%; “Ausência de Risco”, 18% e “Outros Motivos”, 13%.

Na categoria “Ausência de Riscos”(18%), os sujeitos admitem que não existe possibilidade de transmissão do HIV/AIDS no ambiente escolar.

A categoria “Outros Motivos” é composta por argumentos tais como: “para usá-la (o portador do HIV/AIDS) em campanha”, “uma forma de ... esclarecer a comunidade”, “a vida ou sobrevivida já pode ser normal”.

Tabela 10

Razão da permanência de portadores de HIV/AIDS na escola

Categorias	F	%
Solidariedade	21	26
Discriminação	20	24
Restrições	16	19
Ausência de Risco	15	18
Outros motivos	11	13
Totais	83	100

Esses resultados parecem indicar que os sujeitos não apresentam uma idéia única quanto à presença de uma pessoa portadora do HIV/AIDS na comunidade escolar, o que não é improvável de ocorrer.

Para se analisar, de forma comparativa, as categorias das questões 16 e 17, são apresentadas, a seguir, as frequências das categorias encontradas nas questões 16: “Você acha que é importante saber se existe alguma pessoa portadora do HIV/AIDS na comunidade escolar (professores, alunos, funcionários, etc.) ? Sim Não Por quê?” - Tabela 11 - e a Figura 8 que mostra as comparações entre as frequências das categorias da questão 16 com as frequências das categorias encontradas na questão 17: “Na sua opinião, pessoas portadoras do HIV/AIDS pertencentes a comunidade escolar (professores, alunos, funcionários, etc.) devem permanecer na escola?

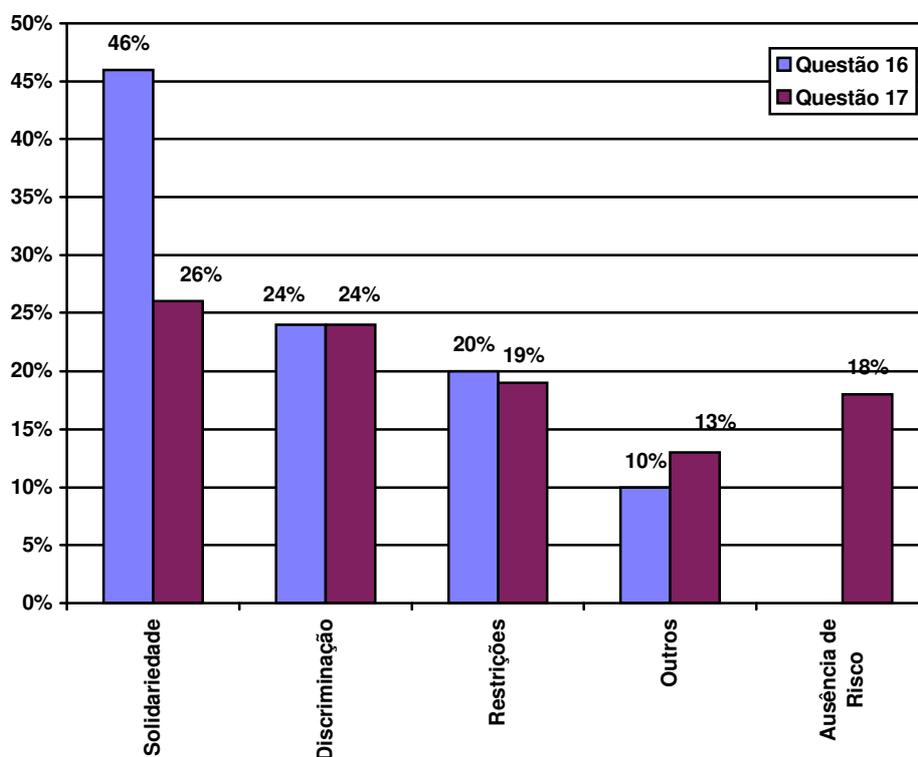
Sim Não . Por quê?”

Tabela 11

Freqüência das categorias da Questão 16.

Categorias	F	%
Solidariedade	32	46
Discriminação	17	24
Restrições	14	20
Outros motivos	7	10
Totais	70	100

Figura 8: Comparações entre o conhecimento de portadores do HIV/AIDS e sua permanência na escola



Observa-se, na Figura 8, que a categoria “Solidariedade”, na questão 16, apresenta freqüência de 46%, enquanto que, na questão 17, a freqüência é de

26%, cuja diferença é significativa ($\chi^2_o = 6,20$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha=0,05$). Provavelmente esta diferença se deva ao direcionamento de argumentos dos sujeitos para a categoria “Ausência de Risco” da questão 17. Esse direcionamento dos argumentos dos sujeitos que parecem abandonar a categoria “Solidariedade” talvez esteja explicitando que “o momento limite da vida, trazido pela AIDS, nos mostra a distância que vai da imagem estereotipada do afeto ao afeto real” (Camargo, 1994, p.83).

As demais categorias - “Discriminação”, “Restrições” e “Outros” - não apresentam diferenças significativas entre as frequências das questões 16 e 17 ($\chi^2_o = 0,00$, $\chi^2_o = 0,02$ e $\chi^2_o = 0,38$ respectivamente para $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha=0,05$), parecendo indicar em conjunto, elementos de uma construção com componentes preconceituosos em relação aos portadores do HIV/AIDS.

O preconceito, na perspectiva teórica das representações sociais, seria conceituado como “um sistema de pensamento que, sob a força dos valores do grupo e especialmente sob a pressão das memórias coletivas que permeiam os medos muitas vezes irracionais, resistem à informação, traduzindo-se em construções que são antes afetivas do que cognitivas” (Silva, 1993, p.44).

Neste ponto, é possível caracterizar alguns aspectos das representações sociais dos sujeitos, quanto ao conhecimento e as formas de transmissão do HIV/AIDS e quanto ao convívio com portadores do HIV, conforme proposto no início das discussões dos resultados desta pesquisa.

O conhecimento dos sujeitos sobre o HIV/AIDS é marcado por uma visão abstrata e medicalizada. Os sujeitos demonstram possuir conhecimentos sobre as alterações orgânicas causadas pelo HIV, associando a ação desse agente com os danos no sistema imunológico, classificam corretamente a doença como infecto-contagiosa e caracterizam os portadores potenciais.

Em segundo plano, reconhecem e manifestam as formas de transmissão do HIV, enquanto que os aspectos relacionados com a prevenção não aparecem nas representações dos sujeitos de forma explícita.

A via sexual é a rota de transmissão estruturada nas representações dos sujeitos, seguida da via sangüínea, via objetos e, ainda, a transmissão via drogas injetáveis, nessa ordem.

A transmissão sexual é indicada genericamente por “sexo”. Da mesma maneira indicam a transmissão pelo “sangue” de forma genérica, com alguma referência sobre “sangue contaminado”.

Os “instrumentos” mais mencionados como veículos de contaminação são as “agulhas e seringas”, sem especificações quanto às situações ou circunstâncias de risco.

Como principal forma de prevenção, é citado o “sexo seguro”, entendido pelos sujeitos como pelo “uso de camisinha” e os cuidados com o “parceiro”, entendido como “número de parceiros” e “sexo com parceiros conhecidos”. Ainda como forma de prevenção, seguem-se os cuidados com objetos, destacando-se as “agulhas e seringas” com alguma referência a outros instrumentos como os “alicates de unha” e “instrumentos odontológicos”. A transmissão pelo uso de drogas é forma menos indicada pelos sujeitos. Registre-se que a “educação” não é indicada pelos sujeitos como uma das formas de prevenção.

Os sujeitos manifestam grande interesse em obter mais informações sobre o HIV/AIDS para atualizar seus conhecimentos. O interesse manifestado recai principalmente sobre medicamentos, disseminação da doença e formas de prevenção. Em segundo lugar, os interesses recaem sobre o uso das informações para “passar para os outros” e, em terceiro lugar, para a prevenção. Não há indicações sobre interesses em planejar e organizar processos educacionais.

Os “desviantes sexuais” são, na representações dos sujeitos, aqueles que apresentam maiores riscos de se contaminarem com o HIV, seguidos dos “usuários de drogas” e dos “transfundidos”. Seguem-se os “desinformados” e “desprevenidos” e os “jovens” são considerados menos sujeitos aos riscos de contaminação com o HIV.

Nas representações dos sujeitos, o principal motivo pelos quais as pessoas estão sujeitas à AIDS é o “comportamento”, seguido das questões “socio-econômicas”.

Como principais formas de transmissão do HIV/AIDS entre os adolescentes, os sujeitos indicam, com a mesma intensidade, a via sexual e o uso de drogas. Há pouca referência sobre outras formas de transmissão.

Os sujeitos atribuem ao “comportamento” dos adolescentes a principal razão da transmissão do HIV/AIDS, sendo que a prática do “sexo” aparece com baixa indicação.

Nas representações dos sujeitos, é importante saber se existem pessoas portadoras do HIV/AIDS na comunidade escolar e explicam que esse conhecimento é importante, para que possam emprestar solidariedade a essas pessoas.

Os sujeitos admitem a permanência dos portadores de HIV/AIDS no ambiente escolar e reconhecem que excluí-las é um ato de discriminação.

A solidariedade manifestada na situação anterior - “saber se existe pessoa portadora do HIV/AIDS e por quê?” - é **menor** que a situação atual - “portadores do HIV/AIDS devem permanecer na escola?”. Nas duas situações, há indicações de algum a “restrição” aos portadores de HIV/AIDS.

2. Representações sobre os Programas de Prevenção do HIV/AIDS

Em consonância com recomendações previstas por estudiosos¹ de Programas de Prevenção do HIV/AIDS e por Organizações² internacionais preocupadas com este tema, já citados na Introdução desta pesquisa, elaborou-se a questão 18 que teve como objetivo identificar as representações dos sujeitos, quanto à **responsabilidade da escola na manutenção de programas de prevenção e as razões para essa manutenção.**

Responderam SIM 98,15% dos sujeitos e somente um sujeito, que corresponde a 1,85%, respondeu NÃO.

Das explicações dos sujeitos que responderam SIM, identificaram-se 70 argumentos que foram agrupados em quatro categorias cuja distribuição de frequências apresenta diferença significativa ($\chi^2_o = 42,19$, $\chi^2_c = 7,81$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$), e aparecem na seguinte seqüência: “Informar” 51,43%, “Educar” 21,43%, “Prevenir” 20,04% e “Outros” 7,14% (Tabela 12).

Tabela 12

Por que a escola deve manter Programas de Prevenção da AIDS?

Categorias	F	%
Informar	36	51,43
Educar	15	21,43
Prevenir	14	20,00
Outros	5	7,14
Totais	70	100

¹ Aplasca et al (1995); Bandura (1994); Branco et al (1996); Coleman & Ford (1996); Paulussen et al (1994); Rosado & Gusszo (1994); Schaalma et al (1996).

² OMS (1992); WHO (1989).

Os sujeitos indicam, em suas respostas, que “Informar” é a principal razão para se manter Programas de Prevenção da AIDS nas escolas. A informação é um dos elementos e objetivos relevantes dos programas de prevenção. Ehrhardt (1992), em editorial no “American Journal of Public Health” indica que a tendência da pandemia do HIV/AIDS está relacionada, entre outras, com a informação que não atinge todas as pessoas. Essa informação, muitas vezes, está voltada para algumas formas de risco ou para determinados grupos de pessoas o que deve criar interpretações diversas e uma negação ou senso de invulnerabilidade a outras formas de risco e a outras pessoas.

Janz, Zimmerman, Wren, Israel, Freudenberg e Carter (1996) também fazem referência à comunicação, à linguagem, à repetição das mensagens e ao compartilhar de informações entre grupos como fatores facilitadores e de aumento da eficácia dos programas de prevenção da AIDS.

Levine (1991) recomenda que os programas de prevenção, mais que a informação, devem também desenvolver as habilidades e técnicas de mudanças de comportamentos e atitudes, porque a simples informação não é capaz de deter a transmissão do HIV/AIDS.

A “Informação” não parece ser o principal fator que orienta a prevenção e mudanças de comportamentos. Buscando uma explicação “podemos indagar por que pessoas possuidoras de conhecimentos elaborados acerca dos riscos fatais, ao adotarem determinados comportamentos/práticas, mesmo assim o fazem? . . . por que tais conhecimentos não são suficientes para proporcionar a força necessária para as pessoas controlarem racionalmente suas arriscadas vontades?” (Castiel, 1996, p.95). Segundo esse autor, parece não ocorrer uma reflexão acerca dos pressupostos que envolvem a racionalidade do receptor das informações com um processo educacional que vise a mudanças comportamentais e que, apesar dos esforços, as pessoas não se conduzem predominantemente pela racionalidade para orientar suas ações. A escolha de uma conduta ou de uma prática nem

sempre é racional e é estabelecida pela complexa mesclagem de fatores biopsicossociais.

Temporini (1995), em sua pesquisa sobre percepção de conduta sexual de estudantes universitários, conclui que existe um razoável grau de conhecimento sobre a transmissão do HIV/AIDS e sobre comportamentos de risco; revelam conhecimento favorável à conduta sexual, mas indicam que não é possível contrair AIDS tendo relação sexual com “pessoa amiga”. Resultados semelhantes foram encontrados por Morton, Nelson, Cgnatal, Zimmerman e Coe (1996) entre estudantes de escolas secundárias nos Estados Unidos e por Fruet (1995), Paiva (1996b), Cordeiro (1991), Cordeiro(1994) entre estudantes brasileiros de 1º, 2º e 3º graus.

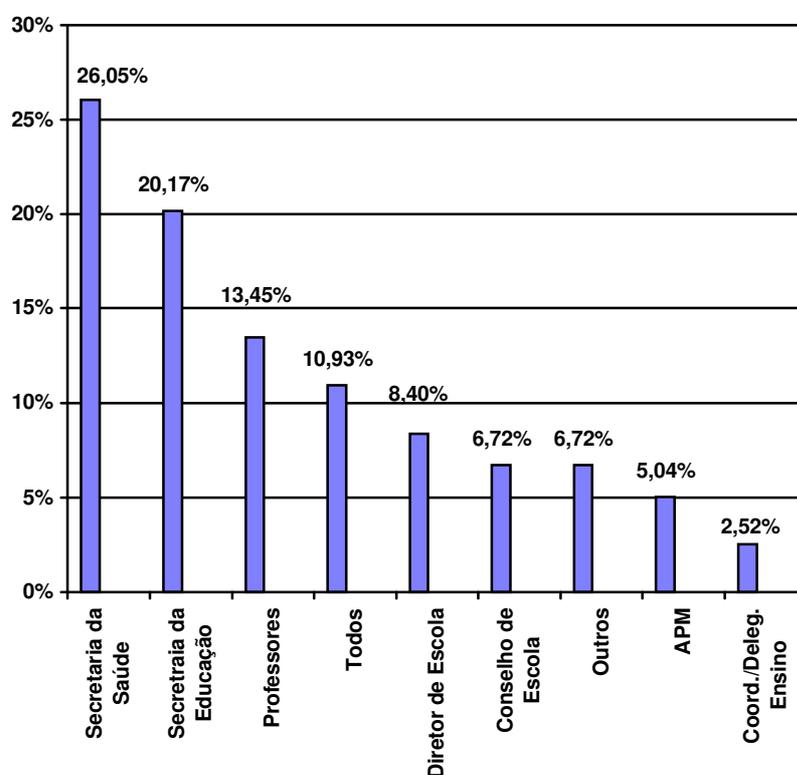
A relevância dada pelos sujeitos para a “Informação” como principal objetivo dos Programas de Prevenção da AIDS não é coerente com as respostas dadas à questão 15 desta pesquisa, que indica como principal motivo da transmissão do HIV/AIDS entre os adolescentes o comportamento com 66% dos argumentos, sendo que a informação aparece em terceiro lugar com 12%. Na questão 14, sobre quem estaria mais sujeito à AIDS, a referência aos “Desinformados” aparece em quarto lugar, com 13,16% dos argumentos dos sujeitos.

As categorias “Educar” com 21,43% e “Prevenir” com 20,00% dos argumentos dos sujeitos, que não apresentam diferença significativa ($\chi^2_o = 0,04$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$), parecem indicar uma visão mais elaborada e, provavelmente, uma indicação de um maior envolvimento do que “Informar”. Educar pressupõe um processo direcionado que exige planejamento, objetivos e metodologias adequadas. Prevenir a AIDS, segundo Levine (1991), é um problema complexo que invoca por mudanças em atitudes e comportamentos dos indivíduos, dos parceiros sexuais, dos usuários de drogas ou da sociedade em geral, muitas dessas profundamente enraizadas.

A categoria “Outros” (7,24%) inclui argumentos que fazem referência à escola como local onde se reúnem jovens, à “obrigação” da escola e à incapacidade do sistema de saúde pública em dar atendimento aos jovens.

O **envolvimento dos professores e as responsabilidades com relação aos Programas de Prevenção da AIDS** foram obtidos a partir das indicações que os sujeitos fizeram às alternativas da questão 19. Foi propositadamente facultado aos sujeitos assinalar mais de uma alternativa. Os resultados, mostrados na Figura 9 abaixo, cuja diferença das frequências é significativa ($\chi^2_o=42,03$, $\chi^2_c = 15,50$, $gl = 8$ para $\alpha = 0,05$), aparecem na seguinte ordem: Secretaria da Saúde (26,05%), Secretaria da Educação (20,17%), Professores (3,45%), Todos (10,93%), Diretor de Escola (8,40%), Conselho de Escola (6,72%), Outros (6,72%), APM (5,04%) e Coordenadoria/Delegacia de Ensino (2,52%).

Figura 9: Quem deve propor, implantar e desenvolver Programa de Prevenção da AIDS na Escola ?



A decisão de propor, implantar e desenvolver Programas de Prevenção da AIDS na escola é colocada pelos sujeitos, em primeiro lugar, em nível institucional técnica e politicamente, quando apontam a Secretaria da Saúde com 26,05% e a Secretaria da Educação com 20,17%. Essas indicações dos sujeitos parecem sugerir um trabalho conjunto entre a Educação e a Saúde, “setores que tradicionalmente trabalham de maneira não integrada” (Soares, 1997, p.108).

Estes resultados também parecem indicar que os sujeitos possuem uma compreensão macrossocial do binômio AIDS-Educação, diferindo daqueles encontrados por Kowalski (1996) em estudos sobre as possibilidades e as dificuldades da parceria entre professores e profissionais da saúde na prevenção do câncer, nos quais os aspectos políticos para a elaboração e execução de programas de prevenção do câncer não são mencionados pelos professores.

Os “Professores” aparecem em terceiro lugar com 13,45% das opções. Essa indicação coloca os professores em um nível destacado de responsabilidade sobre os Programas de Prevenção da AIDS na escola, uma vez que aparecem acima da indicação de que “Todos” são responsáveis pelos programas de prevenção e demais segmentos administrativos do setor da Educação como o Diretor de Escola e a Coordenadoria/Delegacia de Ensino, e mesmo acima dos órgãos deliberativos e de apoio direto da escola como o Conselho de Escola e a APM (Associação de Pais e Mestres). Esse resultado parece indicar que os sujeitos também consideram os professores capazes de desenvolver os Programas de Prevenção da AIDS na escola, sem necessidade de um especialista sobre o assunto.

Na alternativa “Outros”, houve apenas duas indicações para “especialistas”, que corresponde a 1,68% do total das indicações.

A percepção e a compreensão dos sujeitos sobre as complexas implicações e as necessidades dos Programas de Prevenção da AIDS para adolescentes foram determinadas pelas respostas dadas à questão 20, quanto às **dificuldades ou não para o desenvolvimento de tais programas.**

Dos 54 sujeitos, quatro, que corresponde a 7,41% deles, não responderam a questão. Quanto aos demais, 26 (48,15% da amostra), indicaram NÃO há dificuldades no desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS para adolescentes e 24 (44,44% da amostra), indicaram SIM cujas diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 0,14$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$). Dos sujeitos 26 que indicaram NÃO, sete, que corresponde a 27%, não apresentaram explicações e 19, que corresponde a 73%, apresentaram explicações num total de 21 argumentos que foram agrupados em três categorias que são mostradas na Tabela 13 abaixo.

Tabela 13

Não há dificuldades para o desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS

Categorias	F	%
Receptividade	10	47,62
Condicionantes	7	33,33
Não Sabe	4	19,05
Totais	21	100

A categoria “Receptividade” aparece em primeiro lugar com frequência de 47,62% dos argumentos, seguida das categorias “Condicionantes” com 33,33% e “Não Sabe” com 19,05%, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 12,24$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$).

Na categoria “Receptividade”, os sujeitos fazem referência à aceitação, ao interesse e ao anseio dos alunos. Consideram, portanto, que a ausência das dificuldades para o desenvolvimento dos Programas de Prevenção da AIDS se explica devido ao interesse dos adolescentes - público-alvo de um Programa de Prevenção. O interesse dos adolescentes pode ser percebido e comprovado nas salas-de-aula, em situações vividas pelos professores, ou fora dela. Em pesquisa

realizada pela Venturi Consultoria a pedido do Centro Cultural Elenko, com 30 mil estudantes de 1º e 2º graus de escolas particulares de São Paulo e publicada no Jornal da Tarde de 29/11/97, há indicação de que, entre os assuntos de interesse desses jovens, destacam-se em primeiro e segundo lugares as drogas com 43% e sexualidade com 38%, respectivamente.

Na categoria “Condicionante” (33,33%), os sujeitos fazem indicação da NÃO dificuldade no desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS, mas com algumas restrições tais como: “desde que sérios”, “com orientação”, “com preparo adequado”, “depende de boa vontade”, entre outras. Estas argumentações parecem admitir que os Programas de Prevenção da AIDS exigem um certo planejamento, uma adequação e um preparo daqueles que se dispõem a participar de tais empreendimentos. É possível que esses condicionantes estejam indicando uma advertência e mesmo um certo descrédito ao sistema educacional, lembrando que não se concebe e se implanta um Programa de Prevenção de “última hora”. Parece ser uma visão mais aprofundada e que avalia, pelo menos em parte, os cuidados, os envolvimento e as exigências dos Programas de Prevenção. Nesse sentido, esses condicionantes poderiam ser entendidos como alguma forma de dificuldade cujas idéias ainda não se definem claramente nos argumentos dos sujeitos.

Na explicação dos 24 sujeitos que responderam afirmativamente em relação à existência de dificuldades para o desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS para os adolescentes, foram identificados 38 argumentos que foram agrupados nas categorias “Psicossociais” com 50% dos argumentos, seguiram-se as categorias “Técnicos” com 34,10% e “Funcionais” com 15,90%, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 17,45$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$) (Tabela 14).

Tabela 14Dificuldades para o desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS

Categorias	F	%
Psicossociais	22	50,00
Técnicos	15	34,10
Funcionais	7	15,90
Totais	44	100

A principal dificuldade apontada pelos sujeitos são as questões “Psicossociais” (50,%) relacionadas aos preconceitos, à ética, aos comportamentos, às condutas e aos relacionamentos com os pais, entre outras. Esta percepção é bastante relevante, uma vez que os Programas de Prevenção da AIDS devem considerar, além das questões relacionadas aos processos biológicos do HIV/AIDS, as mudanças favoráveis à diminuição dos riscos de contaminação assim como as atitudes, a avaliação dos riscos, as influências sociais, as crenças e a intenção de sexo seguro (Castiel, 1996; Janz et al, 1996; Levine, 1991; Schaalma et al, 1996).

A categoria “Técnicos” (34,10) cujos argumentos fazem referência à “falta de especialistas”, “formas adequadas de veicular informações” ou “competência” entre outros, indicam uma dificuldade de ordem eminentemente prática e denunciam a necessidade de uma tecnologia adequada para o desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS para os Adolescentes. Parece que os sujeitos anunciam não possuir tal tecnologia.

Vários pesquisadores fazem referência à necessidade de capacitação e treinamento adequados dos professores, não só com relação aos aspectos biológicos e das formas de transmissão do HIV/AIDS, como também dos aspectos sensitivos, emocionais e sociais dos estudantes (CDC, 1996; Ehrhardt,

1992; Gingiss e Basen-Engquits, 1994; Janz et al, 1996; Levine, 1991; Morton et al, 1996; Schaalma et al, 1996).

As dificuldades apresentadas nos argumentos dos sujeitos que constituíram a categoria “Funcionais” (15,90%) fazem referência à “organização da escola”, “o regime de trabalho dos professores”, à “falta de recursos e incentivos”. São, sem dúvida, questões muito importantes, mas parecem indicar um certo distanciamento das reais e atuais necessidades que o processo educacional deveria tratar. Segundo Soares (1997, p.49), a escola é uma “agência de socialização responsável pela educação formal do adolescente” mas “tem-se mostrado alheia às modificações que dizem respeito ao universo desses adolescentes.” Parecem revelar também uma falta de planejamento global da escola em estabelecer metas e prioridades educacionais.

A questão de número 21 teve por objetivo obter **maiores informações sobre as dificuldades indicadas pelos sujeitos para o desenvolvimento dos Programas de Prevenção da AIDS para os Adolescentes.**

Dos 24 sujeitos que indicaram existir dificuldades no desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS para os Adolescentes na questão de número 20, seis (25% da amostra) não apresentaram mais informações e os demais, 18 (75% da amostra), apresentaram.

Os 41 argumentos identificados nas respostas dos sujeitos foram classificados nas categorias: “Psicossociais” com 63,42% dos argumentos seguida das categorias “Técnicas” com 21,95% e “Funcionais” com 14,63%, que apresentam diferenças significativas ($\chi^2_o = 41,53$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha=0,05$) e confirmam os dados da questão 20 e são mostradas na Tabela 15.

Tabela 15Dificuldades para o desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS para adolescentes

Categorias	F	%
Psicossociais	26	63,42
Técnicos	9	21,95
Funcionais	6	14,63
Totais	41	100

Segundo Boscarino e DiClementi (1996), o papel que os professores desempenham na disseminação de informações sobre o HIV/AIDS é um ponto crítico para o sucesso dos Programas de Prevenção. Contudo existe um limite de informações de que os professores dispõem sobre o HIV/AIDS, assim como o nível de conforto ou de conhecimentos para abordar assuntos e/ou temas relacionados à sexualidade e ao uso de drogas assim como ao apoio que esses professores podem dispensar aos Programas de Prevenção.

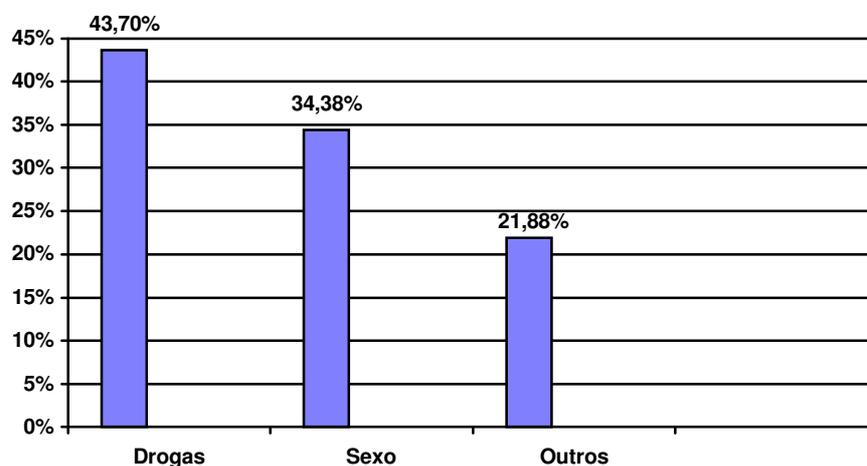
Neste sentido, a questão de número 22 procurou **identificar quais os temas ou assuntos relacionados a AIDS que os professores desta pesquisa consideram mais difíceis ou “delicados” de serem tratados com os adolescentes.**

Dos 54 sujeitos, 13 (24,07% da amostra), não responderam a questão. Dos 41 sujeitos que responderam, 68,29% (F = 28) indicaram que existem temas ou assuntos difíceis ou delicados; 17,07% (F = 7) indicaram que não existem assuntos e/ou temas difíceis ou delicados “desde que sejam tratados de maneira adequada ou por profissionais competentes” e 14,64% (F = 6) afirmaram não haver dificuldades.

Os temas e/ou assuntos considerados mais difíceis ou delicados foram: Drogas com 43,70% das indicações, seguido de “Sexo” com 34,38% e “Outros”

com 21,88%, cujas freqüências apresentam diferença significativa ($\chi^2_o = 7,21$, $\chi^2_c=5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$) e são mostradas na Figura 10 a seguir.

Figura 10. Temas e/ou assuntos considerados difíceis de serem tratados



O tema “Drogas”(43,70%), que é indicado pelos sujeitos genericamente como “drogas” sem especificações sobre o tipo e formas de uso, parece causar maior insegurança aos sujeitos, provavelmente porque estes sujeitos não dispõem de informações atualizadas e adequadas ou mesmo porque não sejam possuidores de habilidades ou de conhecimentos para tratar o tema. Assim, utilizam-se de pré-conceitos e, provavelmente, estejam manifestando suas intranqüilidades frente ao desconhecido.

Segundo Bucher (1996), o tema drogas tornou-se um modismo contraproducente causado pelos sensacionalismos, pelas dramatizações, pelas idéias falseadas, preconcebidas e exageradas que, por sua vez, criam um panorama falso e distorcido da realidade, impermeabilizando e alimentando o imaginário social com imagens negativas, cujas influências impedem um debate público aberto e avaliações críticas.

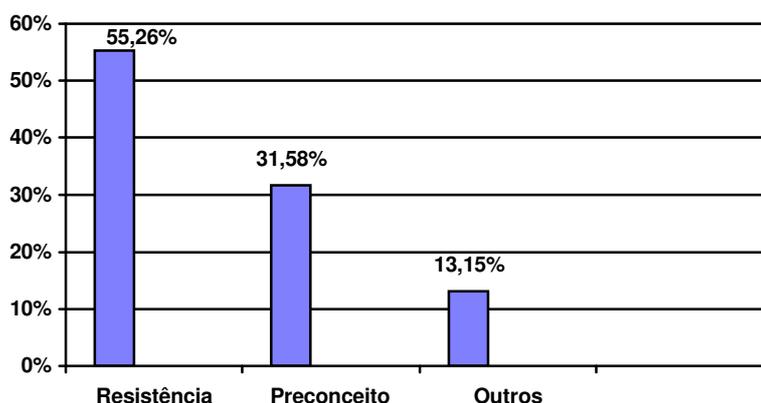
A questão “Sexo” (34,38%) é um tema de há muito considerado difícil ou delicado nas escolas. Guimarães (1995) faz referência à tradição conservadora da escola que ainda não definiu sobre a inserção da sexualidade em seus projetos

educacionais. Ainda permanece no ambiente escolar os pudores, os preconceitos e os tabus sobre os temas relacionados a sexo. Parece, portanto, que os medos e os receios sobre o sexo ainda permanecem, pelo menos em parte, nas representações dos sujeitos.

A categoria “Outros”(21,88%) englobam argumentos que fazem referência à família, à religião e ao convívio com os portadores do HIV ou AIDS.

Os 38 argumentos apresentados pelos sujeitos, explicando por que os temas são difíceis ou delicados foram agrupados em três categorias: “Resistência” com frequência de 55,26% dos argumentos, seguida das categorias “Preconceitos” com 31,58% e “Outros” com 13,15%, cuja diferença das frequências é significativa ($\chi^2_o = 26,72$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl=2$ para $\alpha=0,05$) (Figura 11).

Figura 11: Motivos das dificuldades dos temas e/ou assuntos relacionados a AIDS.



A categoria “Resistência” (55,26%), que engloba argumentos dos sujeitos predominantemente voltados para a questão das drogas, permite levantar pelo menos duas questões: 1) falta de interação professor-aluno e de compreensão dos conflitos da adolescência, levando os professores a fazerem generalizações sobre os adolescentes e suas atitudes e, 2) falta de conhecimentos, de habilidades ou mesmo de metodologias que permitam abordar os temas ou assuntos adequadamente com os alunos. Os argumentos “não se abrem”, “não gostam de comentar”, “fogem do assunto”, “têm medo de represálias” ou ainda “não ouvem os professores” apresentados pelos sujeitos parecem revelar essas questões.

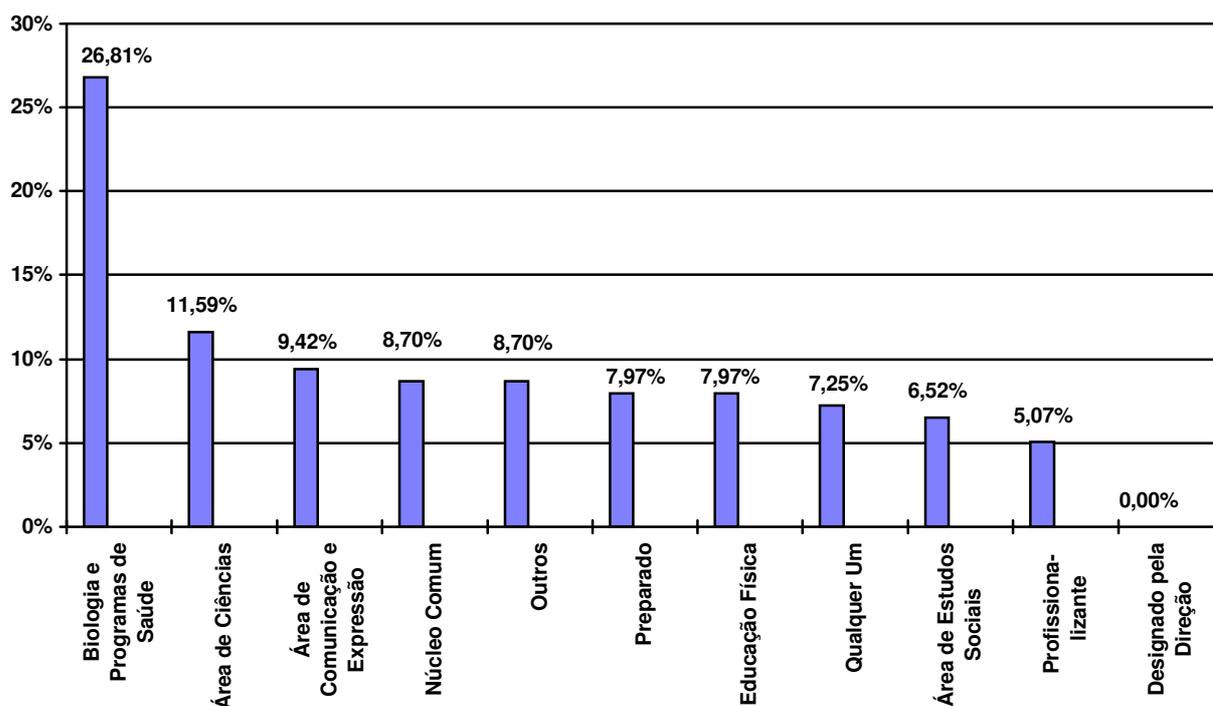
Na categoria “Preconceitos” (31,58%), os sujeitos indicam os **preconceitos dos adolescentes e das famílias** como fatores que tornam os temas relacionados ao sexo como difíceis ou delicados de serem tratados.

É provável que, a exemplo da questão das drogas, a falta de instrumentalização dos professores seja, na verdade, o fator que torne o tema sexo difícil ou delicado de ser tratado.

Os **professores mais indicados para compor uma equipe para o desenvolvimento de um Programa de Prevenção da AIDS na escola** foram apresentados pelos sujeitos na questão de número 23, assim como as razões para essa indicação.

Dos 54 sujeitos, dois não responderam a questão e as indicações dos demais 52 sujeitos (96,30%) são mostradas na Figura 12 com as respectivas frequências cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 47,46$, $\chi^2_c = 18,31$, $gl = 10$ para $\alpha = 0,05$).

Figura 12. Professores indicados para participarem de um Programa de Prevenção da AIDS na Escola



Das indicações dos sujeitos, destacam-se os Professores de Biologia e de Programas de Saúde com 26,81% e os professores da área de Ciências com 11,59% que somam 38,40% do total de indicações. Este quadro parece demonstrar uma percepção cristalizada dos sujeitos de que os professores de Biologia devem tratar dos assuntos ligados à saúde, à sexualidade ou mesmo com relação às drogas, seguindo uma “tradição das questões sexuais serem tratadas como Biologia e Ciências nas escolas”(Guimarães, 1995, p. 81).

Os sujeitos não apresentaram nenhuma indicação para professores “Designados pela Direção”, o que poderia estar caracterizando que se trata de um assunto que deve ser assumido pelos próprios professores.

Dos 52 sujeitos que fizeram indicações, 48 deles (92,30%) apresentaram explicações sendo que os 66 argumentos apresentados pelos sujeitos, explicando as razões de se indicar os professores para participarem de Programas de Prevenção da AIDS na Escola foram reunidos em duas Categorias Globais e seis Categorias Iniciais que são mostradas na Tabela 16 abaixo.

Tabela 16

Razões para indicação dos Professores

Categorias Globais	F	%	Categorias Iniciais	F	%
			Conhecimento	28	42,42
Técnicas	102	72,73	Preparados	13	19,70
			Conjunto	4	6,06
			Comunicação	3	4,65
Sócio-emocionais	38	27,27	Envolvimento	10	15,15
			Aceitação	8	12,12
Totais	140	100	Totais	66	100

A categoria global “Técnicas” com frequência de 72,73% de todos os argumentos aparece em primeiro lugar, seguida da categoria “Sócio-emocionais” com 27,27% cuja diferença é significativa ($\chi^2_o = 20,66$, $\chi^2_c = 3,84$, gl = 1 para $\alpha=0,05$).

Os sujeitos consideram as questões “Técnicas” (72,73%) como a principal razão para se indicar um professor para participar de um Programa de Prevenção da AIDS na Escola. Esta categoria global reúne os argumentos dos sujeitos relacionados ao conhecimento técnico ou biológico do tema AIDS assim como formas e técnicas de transmissão desses conhecimentos e parece revelar de forma mais clara, pelo menos, dois aspectos das representações dos sujeitos.

Um desses aspectos é a preocupação com os *conteúdos* que devem ser passados aos alunos. O outro aspecto é o da idéia de que os Programas de Prevenção da AIDS na escola têm como principal função *informar*, como aparece nas respostas dos sujeitos dadas à questão 18.

A categoria global “Técnicas” (72,73%) é composta pelas categorias iniciais “Conhecimento” com 42,42% de todos os argumentos, seguida pelas categorias “Preparados” com 19,70%, “Conjunto” com 6,06% e, finalmente, “Comunicação” com 4,55% que apresentam diferenças significativas ($\chi^2_o = 32,25$, $\chi^2_c = 7,86$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

Os argumentos que compõem a categoria inicial “Conhecimento” (42,42%) fazem referência ao conhecimento específico sobre temas ligados aos aspectos biológicos da AIDS, reiterando a percepção **medicalizada** que os sujeitos possuem com relação aos aspectos preventivos do HIV/AIDS.

A categoria global “Sócio-emocionais” (27,27%) é constituída pelas categorias iniciais “Envolvimento” com frequência de 15,15% de todos os argumentos, seguida pela categoria “Aceitação” com 12,12%, que não apresentam diferença significativa ($\chi^2_o = 0,32$, $\chi^2_c = 3,84$, gl = 1 para $\alpha = 0,05$).

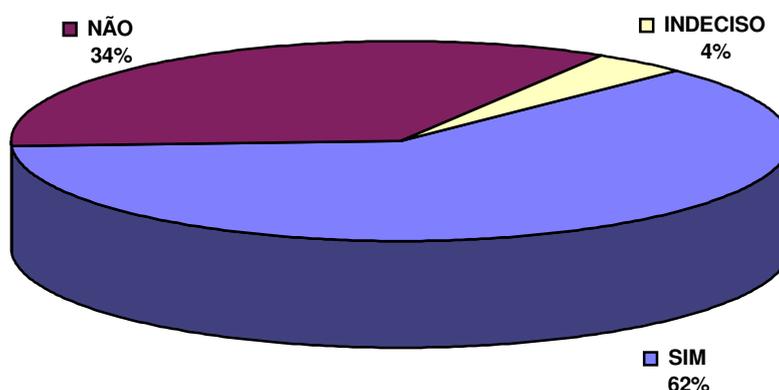
Os sujeitos colocam em segundo plano os aspectos sociais e emocionais, relacionados com a prevenção do HIV/AIDS, colocando no mesmo nível o

“Envolvimento” dos professores no processo e marginalizando o interesse do aluno, uma vez que a categoria inicial “Aceitação” (12,12%), que é composta por argumentos que consideram a **aceitação do aluno**, aparece com 12,12% de todos os argumentos. Segundo Collins e Coates (1997), os adolescentes necessitam mais que informações sobre a biologia e a rota de transmissão do HIV, devendo ser considerados os fatores sócio ambientais que influenciam as possibilidades de transmissão assim como os fatores de vulnerabilidade e as percepções sobre seus “status” na sociedade.

O caminho percorrido até este ponto procurou buscar um conjunto de informações com objetivos de caracterizar as representações sociais dos professores sobre a AIDS e sobre as questões que envolvem os Programas de Prevenção. O instrumento utilizado para atendimento dos objetivos desta pesquisa, respeitando suas limitações, também procurou conduzir os professores respondentes a uma análise e uma reflexão sobre alguns aspectos que envolvem o HIV/AIDS, a adolescência e a escola. À medida que apresentaram suas respostas às perguntas do questionário, os professores tiveram a oportunidade de fazer uma primeira avaliação das implicações de um Programa de Prevenção do HIV/AIDS na escola.

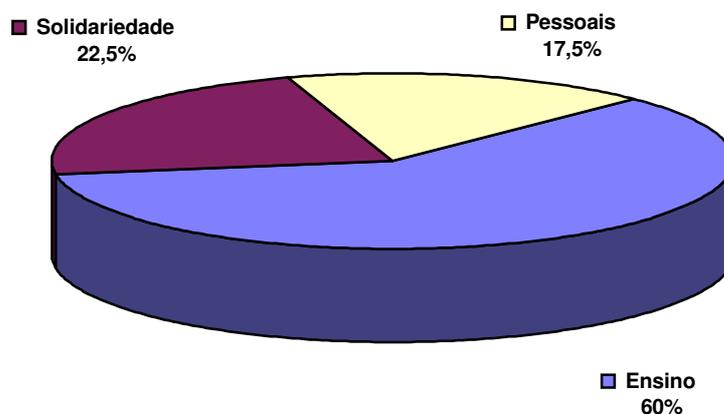
O desfecho dessa construção foi a questão de número 24 **sobre o interesse ou não dos sujeitos em participar de um Programa de Prevenção da AIDS**. Dos 54 sujeitos, dois (3,70% da amostra), não responderam a questão. Os resultados, que são mostrados na Figura 13 a seguir, foram: 62% indicaram SIM, isto é, têm interesse em participar de um Programa de Prevenção, 34% indicaram NÃO ter interesse em participar de tais Programas e 4% manifestaram-se indecisos, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 50,48$, $\chi^2_c = 7,86\%$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

Figura 13. Interesse em participar de um Programa de Prevenção da AIDS na Escola



A disposição e o interesse dos sujeitos em participar de Programas de Prevenção da AIDS são significativos, indicando que, num primeiro momento, os programas de Prevenção são vistos de forma positiva pelos sujeitos e com a possibilidade de conseguir adeptos, uma vez que 62% (F=32) dos sujeitos responderam afirmativamente.

Os 40 argumentos apresentados pelos sujeitos, explicando as razões ou motivos do interesse em participar de Programas de Prevenção foram reunidos em três categorias: “Ensino” com frequência de 60,00% dos argumentos, “Solidariedade” com 22,50% e “Pessoais” com 17,50%, que apresentam diferenças significativas ($\chi^2_o = 32,36$, $\chi^2_c = 7,86%$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$), e são mostradas na Figura 14 a seguir.

Figura 14. Motivo para participar de Programas de Prevenção da AIDS

A categoria “Ensino” (60%) é composta por argumentos que denotam interesse profissional ligado à educação ou ao ato de ensino. Esta posição assumida pelos sujeitos é bastante interessante, uma vez que não houve questionamentos ou condicionantes relacionados às condições em que se executariam esse ensino, quais os recursos materiais disponíveis ou mesmo as oportunidades para realizá-lo. Esse interesse, entretanto, pode ser considerado como um fator que, sem dúvida, facilitaria o desenvolvimento de um projeto com objetivos de se implantar um Programa de Prevenção da AIDS na escola, embora não se possa considerar esta posição como definitiva e mereça estudos mais aprofundados.

A categoria “Solidariedade” (22,5%) que aparece em segundo lugar é composta por argumentos tais como “colaborar”, “auxiliar a comunidade ou os jovens” não denota um envolvimento acentuado, mas pode ser entendida como um importante coadjuvante que reforçaria a intenção dos professores em participarem de um Programa de Prevenção da AIDS na escola.

A categoria “Pessoais” (17,5%) apresenta argumentos de interesse pessoal sobre o tema AIDS que revelam uma certa preocupação e medo do “avanço da doença”.

Dos 18 sujeitos que indicaram NÃO ter interesse em participar de um Programa de Prevenção, 13 deles, (72,22% da amostra), explicaram as razões para a não participação. Os 14 argumentos apresentados nas explicações dos sujeitos foram agrupados em duas categorias: “Funcionais” com 50% dos argumentos e “Técnicos” também com 50%, cujas frequências não apresentam diferenças significativas. Na categoria “Funcionais”, os argumentos mais comuns são “falta de tempo”, “outros compromissos”, enquanto que a categoria “Técnicos” apresentam argumentos tais como “não sou da área”, “não possuo formação específica”.

É possível que o não interesse manifestado pelos sujeitos esteja relacionado com os receios, medos ou falta de habilidades próprias para tratar do assunto, embora considerem importantes os Programas de Prevenção na escola, uma vez que 98,15% do total dos sujeitos indicaram, na questão 17, que a escola deve manter programas de prevenção.

Foi oferecido aos sujeitos um espaço para que pudessem apresentar livremente suas críticas, comentários, sugestões ou opiniões sobre qualquer assunto ou tema relacionado com a AIDS que não houvesse sido tratado nas questões propostas no questionário.

Fizeram uso desse espaço 20 sujeitos (37% da amostra). Das 24 manifestações apresentadas pelos sujeitos, 16 delas (66,67%), reiteraram o tema Programas de Prevenção e 33,33% focalizaram outros assuntos, cuja diferença da frequência é significativa ($\chi^2_o = 16,66$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$).

Dentre a diversidade dos 28 argumentos apresentados sobre os Programas de Prevenção, que dificultaram a categorização dos mesmos, podem ser destacados aqueles relacionados com a “Informação” com 21,42% dos argumentos, “Tabus e Preconceitos” com 14,28% e “Seriedade” com 14,28%.

O item relacionado à “Informação” parece ser considerado pelos sujeitos como elemento mais importante na prevenção, seguida das questões sobre “Preconceitos” - que são atribuídos aos alunos e pais de alunos - e uma certa

desconfiança ou intranqüilidade sobre Programas de Prevenção, quando indicam que os mesmos devem ser desenvolvidos com “Seriedade”.

A partir dos dados obtidos nesta segunda parte da pesquisa, foi possível analisar alguns aspectos das representações sociais dos professores sobre os Programas de Prevenção da AIDS na Escola.

Os professores indicaram que é responsabilidade da escola a manutenção de Programas de Prevenção da AIDS, e que estes têm função de **Informar**, deixando em segundo plano a função de **Educar e Prevenir**.

A decisão de propor, implantar e desenvolver Programas de Prevenção da AIDS na escola, nas representações dos professores, são responsabilidades, em primeiro lugar, da Secretaria de Saúde, seguida da Secretaria de Educação. Os professores se colocaram imediatamente abaixo da Secretaria de Educação e acima da Direção da Escola, do Conselho de Escola, da APM (Associação de Pais e Mestres), de Coordenadorias e de Delegacias de Ensino. Parecendo, portanto, reconhecer que instituições que devem definir orientações e políticas relacionadas aos Programas de Prevenção, deixando em segundo plano os demais segmentos administrativos e de organização escolares.

Embora os professores tenham se dividido, quanto à existência ou não de dificuldades para o desenvolvimento de Programas de Prevenção, percebeu-se que há uma maior tendência em admitir a existência de dificuldades. Essa tendência foi percebida, quando os professores apresentaram algumas condições ou restrições para a concretização dos Programas de Prevenção. As dificuldades apontadas pelos professores estavam relacionadas com as questões psicossociais, seguidas das técnicas ou de conhecimentos.

Os temas mais difíceis de serem abordados nos Programas de Prevenção da AIDS, indicados pelos professores, foram: drogas e sexo, nessa ordem. Esses temas foram considerados difíceis pelos professores devido a “Resistências” e a “Preconceitos” dos adolescentes e de suas famílias.

Os professores de Biologia e Programas de Saúde e da área de Ciências foram apontados como os mais adequados para o desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS na Escola, tendo sido considerados possuidores de “maiores conhecimentos” sobre o assunto.

Parece existir um grande interesse dos professores em participar de Programas de Prevenção cujo principal motivo é a possibilidade de Ensino. Os professores que não manifestaram interesse em participar dos Programas de Prevenção apresentaram, como principais motivos, os funcionais e os técnicos.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O tema AIDS suscita uma série de questionamentos e preocupações para as quais pesquisadores de vários países do mundo procuram buscar respostas e esclarecimentos. O objetivo comum é prevenir e controlar a disseminação do HIV para que diminua a intensidade dessa epidemia devastadora. Os prognósticos indicam que as mudanças comportamentais constituem uma das principais formas de prevenção.

Avanços consideráveis têm ocorrido em muitos campos de estudos da prevenção, mas ainda considera-se pouco diante dos enormes desafios que constituem a dinâmica do HIV/AIDS. Um desses desafios é a aplicação dos conhecimentos oriundos de pesquisas básicas locais e de realidades específicas como estratégias para potencializar a eficácia das intervenções preventivas.

Assim os dados obtidos, nesta pesquisa, cujo caráter é exploratório foram discutidos no capítulo anterior e procuraram esclarecer alguns elementos que possam ser utilizados como subsídios para a implementação, desenvolvimento, adequação ou planejamento de Programas de Prevenção do HIV/AIDS nas Escolas, somando-se aos esforços para o controle da epidemia. O recorte desta pesquisa não pretendeu definir diretrizes de prevenção, uma vez que estas envolvem requisitos tais como metodologias, objetivos, filosofias, políticas, entre outros, exigidos para um Programa de Prevenção. Entretanto, espera-se que seus resultados e suas conclusões possam ser úteis como um dos itens estratégicos no planejamento, adoção e desenvolvimento de Programas de Prevenção nas escolas.

Dentre as limitações deste trabalho, quanto às generalizações das conclusões, devem ser consideradas: **a)** a amostra investigada, cujos sujeitos foram professores de ensino técnico de segundo grau; **b)** o instrumento utilizado - questionário - constitui uma via verbal escrita que, por um lado, apresenta vantagens na coleta de dados, uma vez que pode ser aplicado a um grande

número de pessoas num curto espaço de tempo e pela permanência desses dados, por outro, deixa de explorar alguns aspectos interativos que seriam possíveis em uma entrevista ou de analisar condutas e atitudes quando se utilizam técnicas de observação.

Os dados obtidos foram analisados com base na teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici (1978), identificando aspectos das percepções e concepções dos professores, sujeitos desta pesquisa, sobre o HIV/AIDS e sobre Programas de Prevenção do HIV/AIDS nas escolas. As concepções e percepções, segundo a teoria das Representações Sociais, infiltram-se e embebem os pensamentos, influenciando as possíveis ações e omissões dos professores, podendo mesmo se “constituir em parâmetros e referenciais identitários”(Soares, 1997, p.243).

As Representações Sociais podem ser pesquisadas e analisadas, entre outras formas, a partir de conversações, onde se constroem os conhecimentos populares e o senso comum. As construções das Representações Sociais, incluindo os aspectos cognitivos e afetivos, ocorrem nos “lugares sociais”, ou seja, nas mais variadas formas e canais de comunicação, nos argumentos, nas discussões, nas heranças culturais, nos corredores das escolas, nas salas-de-aula, nas salas de professores, enfim, em ambientes onde ocorrem as articulações indivíduo-coletividade.

Assim, utilizando-se como via de acesso as Representações Sociais, buscou-se identificar além dos conhecimentos dos professores, suas percepções, crenças e posicionamentos sobre o HIV/AIDS e sobre os Programas de Prevenção da AIDS para adolescentes. Os elementos aqui analisados, associados a outros estudos, podem permitir interferências com um maior direcionamento para a elaboração de planos de capacitação de professores para que participem de Programas de Prevenção da AIDS, auxiliando uma possível tomada de consciência ou autocrítica desses professores frente às questões tais como

preconceitos, dúvidas, estigmatizações e maus-conceitos sobre o complexo HIV/AIDS.

Os professores, de maneira geral, apresentam um conhecimento se não satisfatório, correto e atualizado sobre o HIV/AIDS, reconhecem a AIDS como uma doença infecto-contagiosa dentro do grupo das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), apontam as formas de transmissão e mesmo os danos que o HIV causa no organismo humano; ao mesmo tempo em que é perceptível omissões na caracterização geral da AIDS, como por exemplo, a característica de suscetibilidade do jovem e a transmissão vertical. Esses dados indicam que os professores possuem conhecimentos marcadamente teóricos, medicalizados e com poucas possibilidades de aplicações práticas, isto é, constituem informações em que não se evidencia uma conexão clara entre a “teoria” e a vida “real”.

Associando-se os dados acima às indicações dos sujeitos de que professores de Biologia e Programas de Saúde e Ciências devem ser os responsáveis pelos Programas de Prevenção da AIDS na escola, pelo fato de que esses professores detêm um maior conhecimento “técnico” sobre o HIV/AIDS ou porque “são da área”, é possível reforçar a percepção de que o tema AIDS se constitui um conjunto de “conteúdos” que devem ser “passados” aos alunos. Nestas condições, provavelmente, os professores talvez não tenham consciência de que os alunos, ao receberem esses “conteúdos”, sejam capazes ou não de assumir atitudes e comportamentos preventivos. Ressalte-se que, nas representações sociais da amostra de professores, apareceram poucas referências acerca de ações preventivas.

O reconhecimento de que as ações preventivas devam estar voltadas para os adolescentes num processo dinâmico de ensino-aprendizagem, provocador de mudanças, que considere a pessoa do adolescente e os direcionamentos necessários para se estabelecer e consolidar comportamentos preventivos, não apareceram nas representações dos professores. Parece faltar uma reflexão, por parte dos professores, das implicações do processo saúde-doença, em particular

a AIDS, com os muitos fatores envolvidos nesse processo, desconsiderando o potencial da Educação com as combinações de experiências de aprendizagem que possam conduzir à saúde.

Outro fato importante detectado e ligado às questões da prevenção e do processo educacional foi a não indicação de adolescentes como pessoas sujeitas ao HIV/AIDS, desconsiderando, portanto, a situação de vulnerabilidade desses adolescentes. Destacou-se também a não consideração do processo educativo como uma das formas de prevenção, embora a maioria dos professores investigados admitissem que a escola seja responsável e deva manter Programas de Prevenção do HIV/AIDS. As percepções sobre o HIV/AIDS ainda parecem estar marcadas pela idéia de “grupo de risco” ou ainda que a AIDS está “distante” e, portanto, ainda não teria chegado à escola.

O grande interesse demonstrado pelos professores sobre possíveis ações preventivas revelou, de um lado, um certo descrédito pelas fontes de informações assistemáticas disponíveis e indicou uma necessidade de se buscar informações de fontes credenciadas ou certificadas academicamente, uma vez que requerem cursos e palestras para atualização. É possível que as notícias veiculadas pelos jornais, televisão e revistas, não sejam classificadas pelos professores como de total confiança para uma discussão ou debate em sala-de-aula e, possivelmente, essas notícias também não tenham sido suficientemente consideradas pelos professores a ponto de induzi-los a buscar mais informações em outras fontes consideradas fidedignas. Inclua-se a falta de ação voluntária da escola e de seus administradores em disponibilizar informações ou facilitar o acesso a elas.

Por outro lado, esse grande interesse sobre prevenção poderia ser interpretado como uma maneira de satisfazer as necessidades próprias para, em seguida, “repassar” aos alunos e demais pessoas do convívio essas informações, independentemente de definições de objetivos e de metas educacionais de um Programa de Prevenção estruturado.

Para o Autor a prevenção, na percepção dos professores, pareceu ser um ato mais de solidariedade do que de uma ação planejada, com objetivos claramente definidos e com o emprego de metodologias adequadas, encaminhadas no sentido de se preverem mudanças comportamentais.

Professores, quando questionados especificamente sobre adolescentes, apesar de considerarem o *comportamento* dos jovens como fator principal de transmissibilidade do HIV, também pareceram desconsiderar algum tipo de ação que provoque mudança desse comportamento, aceitando passivamente essa explicação, no sentido de que expressaram que bastariam informações para que mudanças comportamentais ocorressem.

Quando os professores generalizaram comportamentos dos adolescentes e indicaram como principais formas de transmissão do HIV/AIDS entre os jovens a via sexual e o uso de drogas, também pareceram admitir que a prática do sexo entre adolescentes é lugar comum, ocorrendo de modo desavisado e imprudente. Parte dos professores acharam que as questões sobre sexo são delicadas e difíceis de serem tratadas, porque “os adolescentes são resistentes, têm preconceitos sobre o assunto”, “não aceitam as orientações dos adultos, pais e professores”, e “não se abrem”. Essa concepção pode estar indicando um distanciamento da realidade e do contexto dos adolescentes ou mesmo a insegurança dos professores para tratar de tais assuntos. A sexualidade e o sexo são questões íntimas, ligadas às emoções e às sensações e o adolescente tem o direito à sua privacidade e deve ser respeitado. É importante que os professores compreendam estas condições para que possam dirigir ou definir maneiras de abordar o assunto sem causar constrangimentos ou aversões.

A sexualidade do adolescente está presente no seu dia-a-dia, na escola, no pátio na hora do intervalo, na sala-de-aula, nas anotações descompromissadas em cadernos ou agendas, entre outras, não só nos “bailinhos” de fins de semana, mas nem por isso essas situações indicam que a prática do sexo ocorra da mesma forma.

Os professores também fizeram referência às drogas como uma das formas de transmissão do HIV/AIDS entre os adolescentes, com a mesma intensidade que a via sexual. Esta pareceu ser uma concepção cristalizada nas representações sociais dos professores. A palavra *drogas* provoca um mal-estar e uma sensação de impotência e desespero diante de uma situação assustadora e incontrolável. Ao fazer referências às drogas como forma de transmissão do HIV/AIDS, os professores estariam considerando, implicitamente, a condição do uso de drogas ilícitas injetáveis em uma situação em que os usuários compartilham seringas, como sendo uma cena comum no cotidiano do adolescente; generalizariam, portanto, uma situação particular de uso dessas drogas, desconsiderando outros tipos de drogas e formas diversas de uso.

Os professores reconheceram que, tanto para as questões de sexo como para as questões de drogas, existem relações e interações comportamentais, mas acabaram revelando o quanto não conhecem dos comportamentos dos alunos adolescentes, ou pouco reconhecem que o adolescente está construindo sua personalidade e suas relações sociais e que as descobertas e experimentações fazem parte desse processo. Parte dos professores reconheceram que existem dificuldades para o desenvolvimento de Programas de Prevenção do HIV/AIDS e atribuíram essas dificuldades às questões psicossociais, admitindo que tais programas devem ser desenvolvidos por especialistas, frisando que a escola deve assumir seu papel institucional na organização desses programas.

Nas representações dos professores, os Programas de Prevenção da AIDS, constituíram-se como mais uma maneira de se passar conteúdos, dada à concepção informativa sobre esses Programas e sua utilidade ou função, não se atendo às possibilidades de os programas virem a ser agentes que provoquem efetivamente mudanças comportamentais. Conceberam os Programas de Prevenção como um “projeto-receita” a ser estruturado pela Secretaria de Saúde e agenciado pela Secretaria de Educação, para então ser, simplesmente “aviado” pelos professores, independentemente dos demais segmentos da escola.

Esta concepção e percepção dos professores, quanto a Programas de Prevenção, admite uma fragmentação e descontinuidade social do processo de ensino na escola. Embora tenham admitido que a responsabilidade de propor Programas de Prevenção seja de órgãos institucionais hierarquicamente superiores, colocaram-se como os responsáveis pelos Programas de Prevenção na escola. Entretanto, isolaram-se de um trabalho conjunto e integrado. Esse posicionamento reafirma por um lado, a falta de iniciativa para propor uma ação educacional e, por outro, indica uma visão unilateral tanto dos aspectos macro como micro-sociais do processo educacional.

No entender do Autor, a base político-administrativa de um Programa de Prevenção na escola, sem dúvida, compete ao poder público para que se possa garantir um compromisso social, mas cabe à escola, com todos os seus segmentos, a ação educacional. Em outras palavras, a promoção em saúde de forma geral, incluindo as propostas de Programa de Prevenção, é um projeto de organização institucional; enquanto que a educação em saúde, incluindo a implementação e o desenvolvimento de um Programa de Prevenção, é a ação concreta entre educadores e educandos.

O lado altamente positivo dessas representações foi que os professores chamaram para si a responsabilidade desse processo educacional. Portanto há necessidade de se instrumentalizar o professor - agente indiscutível do processo ensino-aprendizagem - a fim de que ele esteja habilitado e incentivado a conduzir os Programas de Prevenção de forma ativa e crítica.

Instrumentalizar o professor implica “desfazer maus-conceitos” e rever idéias preconceituosas ou estigmatizantes que, certamente, acabam sendo levadas para a sala-de-aula. Nesse sentido, observa-se que a idéia de “grupos de risco” permanece nas representações dos professores, como um processo de projetar as ações sociais inaceitáveis sobre os “outros”, colocando estes como “depositários”. Dessa forma, seriam aliviados os conflitos de identidade e as inseguranças desses mestres. Todo esse contexto gera, de um lado, a percepção

de que a AIDS é uma doença do “outro” ou ainda “distante de nós” e, de outro lado, um reforçamento dos preconceitos e estigmatizações.

Não se evidenciou uma tendência, nas percepções dos professores, em relação à existência ou não de dificuldades para a elaboração ou para o desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS nas Escolas. Enquanto parte deles indicou que não existem dificuldades devido à receptividade dos alunos, o que facilitaria o trabalho pedagógico (pareciam acreditar que eram possuidores de requisitos técnicos que lhes permitiriam atuar em programas de prevenção), a outra parte indicou a existência de dificuldades devido às questões psicossociais e pareceram ter uma visão mais realista, uma vez que declararam que haveria necessidade de uma tecnologia adequada para tratar de tais assuntos.

Entretanto, a unanimidade deles concordou que há dificuldades para o desenvolvimento de Programas de Prevenção da AIDS, devido à organização funcional da Escola e, ao mesmo tempo que, revelaram um certo descrédito.

Parte da amostra dos professores (22%) indicou ter participado de algum tipo de Programa de Prevenção da AIDS, entretanto este fato, pareceu não ter influenciado, de maneira geral, suas Representações Sociais, quando comparadas com as dos professores que não indicaram ter participado de Programas de Prevenção da AIDS. Algumas diferenças foram percebidas nas categorias iniciais tais como: os professores que participaram de Programas de Prevenção da AIDS apresentaram maior número de argumentos relacionados: **a)** aos cuidados com seringas e agulhas como formas de prevenção da transmissão do HIV; **b)** ao sentimento de solidariedade aos portadores do HIV e **c)** atribuíram maiores dificuldades funcionais ao desenvolvimento de Programas de Prevenção na Escola.

A escola é um local adequado e privilegiado para o desenvolvimento de Programas de Prevenção do HIV/AIDS. Há necessidade de se pensar em uma escola cujo ambiente permita o estabelecimento das bases fundamentais da prevenção - as mudanças, de comportamentos - alicerçada em estruturas

educacionais sólidas e de credibilidade. Nesse sentido, deve-se planejar o desenvolvimento, a implementação ou adoção de programas preventivos com definições claras dos objetivos para todos os segmentos da escola, assim como estabelecer os papéis e as atitudes esperadas de cada segmento.

Deve ser incluído nesse planejamento, como ponto de partida, mais que orientações de procedimentos aos professores, mas um processo de auto-reflexão sobre seus valores, suas inseguranças, suas crenças, suas percepções e sobre a contextualização da AIDS na sociedade, em particular entre os adolescentes.

Pensar e refletir sobre a AIDS também implica discutir antecipadamente com os professores seus envolvimento, suas responsabilidades sociais e possíveis conseqüências da veiculação de informações inadequadas, preconceitos ou estigmatizações que podem, subliminarmente, estar presentes em seus discursos.

A escola, como um todo, deve assumir sua proposta educacional, reconhecendo o comportamento de seus alunos-adolescentes, por meio de instrumentos diagnósticos adequados e discutir amplamente com os professores as diretrizes a serem seguidas, evitando-se concepções isoladas e ações baseadas em “pontos de vista” destituídos de observações e avaliações acuradas.

O interesse demonstrado pelos professores em participar de Programas de Prevenção deve ser otimizado por uma capacitação ou atualização que, além de desenvolver criticamente a capacidade analítica desses professores quanto aos Programas de Prevenção, oriente-os no desenvolvimento de planos de trabalho, na definição de objetivos e na escolha de estratégias.

Além disso, é necessário que esses professores tenham condições de realizar uma auto-reflexão que considere, em primeiro lugar, suas próprias concepções e percepções sobre suas atitudes, suas crenças, seus valores, suas idéias, seus sentimentos, suas competências, seus estilos didáticos para, em seguida, buscar identificar suas percepções sobre adolescentes, questões éticas,

religiosas, culturais, contextos educacionais, sobre pais e colegas envolvidos nas atividades de prevenção.

A administração escolar deve ser um catalisador, cabendo-lhe a responsabilidade de atuar cooperativamente facilitando as ações pedagógicas, assegurando acesso às informações, capacitações dos professores, coordenando a integração das atividades docentes, promovendo reuniões e avaliações periódicas, propiciando um clima de confiabilidade, garantindo a manutenção do Programa de Prevenção, assim como a participação de pais e demais segmentos sociais ligados à escola.

A sobrevivência e permanência dos Programas de Prevenção da AIDS na Escola só serão possíveis, a partir da incorporação desses programas na prática educacional do dia-a-dia da escola que somente ocorrerá, quando o professor, consciente de sua ação e de seu papel, voluntariamente assim o fizer.

É evidente que todo o processo educacional deve ser respaldado por uma vontade e ação políticas devidamente compromissadas com a responsabilidade e com o dever social do Estado, sem o quê projeto nenhum sairá do papel.

REFERÊNCIAS

- ABIA (1993). A AIDS e a Escola: nem indiferença nem discriminação. (2ª. ed.). RJ.
- Anaruma, S. M. A. (1995). Sexualidade de meninas institucionalizadas: uma realidade em construção. Trajetos, 2, 5(6),1-16.
- Andrade, S.M.O. de (1991). Opinião sobre AIDS e Possíveis Mudanças de Comportamento de Heterossexuais Masculinos. Cadernos de Saúde Pública, VII (1), 45-68.
- Andrade, T.M. (1994). A pessoa do usuário de drogas intravenosas. In Mesquita, F.& Bastos, F.I.,Drogas e AIDS - Estratégias de Redução de Danos. SP, Editora Hucitec.
- Aquino, J. G. (1996). Confrontos na sala-de-aula - uma leitura institucional da relação professor-aluno. SP, Summus Editorial.
- Aplasca. M.R.A., Siegel, D., Mandel, J.S., Santana-Arciaga, R.T., Paul, J. , Hudes, E.S., Monzon, O.T., & Hearst, N. (1995). Results of a model AIDS prevention program for high school students in the Philippines. AIDS prevention research in yhe developing word, 9 (1), S7-S13.
- Ashworth, C.S., Durant, R.H., Newman, C. , & Gaillard, G.(1992). An evaluation of a schhol-based AIDS/HIV education program for high school students. Journal of Adolescent Health, 13(7), 582-588.

- Bandura, A. (1994). Social Cognitive Theory and Exercise of Control over HIV Infection. In DiClemente, R.J., Peterson, J. L., Preventing AIDS - Theories and Methods of Behavioral Interventions. New York, Plenum Press.
- Bardin, L. (1978). Análise de conteúdo. Lisboa. Edições Setenta.
- Bastos, C., Galvão, J., Pedrosa, J. S. , & Parker, R. (1994).A AIDS no Brasil. RJ, Relume-Diumará, ABIA, IMS, UERJ.
- Bastos, F.I.&Barcellos, C.(1995). Geografia social da AIDS no Brasil. Rev.Saúde Pública, 29(1), 52-62.
- Bastos, F. I. (1996). Ruína & Reconstrução - AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea. RJ, Relume-Diumará, ABIA, IMS, UERJ.
- Bayés, R. (1992). Aportaciones del analisis funcional de la conducta al problema del SIDA. Revista Latinoamericana de Psicologia, 24 (1/2), 35-56.
- Bazin, A. R. (1992). A escola e a criança portadora do vírus da AIDS. Rev. Bras.Saúde Escolar, 3(1-4), 200-204.
- Berquó, E., & Souza, M. (1994). Homens adultos: conhecimento do uso do condom. In Loyola, M.A. (Org.), Aids e Sexualidade - O pontos de vista das Ciências Humanas. RJ, Relume-Diumará, UERJ.
- Bloom, B. R. (1998). The Haighest Attainable Standard: Ethical Issues in AIDS Vaccines. Science, 279, 186-188.

- Boscarino, J. A., & DiClemente, R. J. (1996). AIDS knowledge, teaching comfort, and support for AIDS education among school teachers: a statewide survey. AIDS Education and Prevention, 8(3), 267-277.
- Branco, C.A.C., Santos, E.M. dos, & Monteiro, S. (1996). Projeto Viva A Vida. In Branco, C.A.C., Santos, E. M. dos, & Monteiro, S. (Orgs.) Aids e Educação: um convite à prevenção. ABIA, RJ.
- Brown, W. J. (1991). An Aids Prevention Campaign. American Behavioral Scientist, 34(6), 666-678.
- Bucher, R. (1996). Drogas e Sociedade nos Tempos da AIDS. Brasília, DF, Editora Universidade de Brasília.
- Burak, L. J. (1994). Examination and prediction of elementary school teachers intentions to teach HIV/AIDS education. AIDS Education and Prevention, 6 (4), 310-321.
- Burgeño, F. G., Benenson, A. S, Amaya, J. B. , & Carreño, A. C. (1992). Comportamiento Sexual y Abuso de Drogas em Homozexuales, Prostitutas y Prisioneros en Tijuana, Mexico. Revista Latinoamericana de Psicologia, 24 (1-2), 85-96.
- Cáceres, C. F., Rosasco, A.M, Muñoz, S., & Gotuzzo, E. (1992). Necesidades educativas en relacion con la sexualidad humana y el SIDA entre estudiantes y profesores de escuela secundaria en Lima. Revista Latinoamericana de Psicologia, 24(V-B), 109-122.

- Camargo, A. M. F. de (1991). História de vida: a AIDS e a sociedade contemporânea. Tese de Doutorado. Educação. UNICAMP.
- Camargo, A. M. F. de (1994). A AIDS e a Sociedade Contemporânea - Estudo e História de Vida. SP. Editora Letras&Letras, FUNCAMP.
- Camargo, K. R. de Jr. (1994). As Ciências da AIDS, & a AIDS das Ciências - O Discurso Médico e a Construção da AIDS. Col. História Social da AIDS. RJ. ABIA, IMS/UERJ, Relume-Dumará.
- Camargo, K. R. de Jr. (1995). A construção da AIDS. In Czeresnia, D., Santos, E. M. dos, Barbosa, R. H. S., Monteiro, S. (Orgs.) AIDS - Ética, Medicina e Biotecnologia. SP. Editora Hucitec.
- Carrara, S. (1994). A AIDS e a História das Doenças Venéreas no Brasil. In Parker, R., Bastos, C., Galvão, J., & Pedrosa, J. S. A AIDS no Brasil. RJ, Relume-Dumará, ABIA, IMS, UERJ.
- Castiel, L.D. (1996). Força de vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. Rev. Saúde Pública, 30 (1), 91-100.
- Castilho, E., Chequer, P., & Struchiner, C. (1994). A epidemiologia de AIDS no Brasil. In Parker, R., Bastos, C., Galvão, J., Pedrosa, J. S. A AIDS no Brasil. RJ, Relume-Dumará, ABIA, IMS, UERJ.
- CDC - Center For Disease Control And Prevention. (1996). Morbidity and Mortality Weekly Report, 45(35), 760-767.

- Coates, T. J. (1992). Prevencion del Sida: Logros y Prioridades. Revista Latinoamericana de Psicologia, 24 (1-2), 17-33.
- Coleman, L.M., & Ford, N.J. (1996). An extensive literature reviewn of the evaluation in HIV prevention programmes. Health Education Reserch, 11(3), 327-338.
- Collins, C., & Coates, T.J. (1997). Outside the prevention vaccum: issues in HIV prevention for youth in the next decade. The Aids Reader [On-line], 7(5).
- Cordeiro, R.G.F. (1991). Conhecimento e opinião sobre a AIDS dos estudantes do 1º ano das faculdades de Farmácia e Bioquímica do Estado do Paraná. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da USP.
- Cordeiro, R.G.F. (1994). Conhecimento, crenças, opiniões e conduta em relação à AIDS de estudantes do segundo grau de Escolas Esraduais do Município de São Paulo. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da USP.
- Czeresnia, D. (1995). AIDS, contágio e transmissão - Relações entre epidemia, cultura e ciência. In Czeresnia, D., Santos, E. M. dos, Barbosa, R. H. S., Monteiro, S. Aids -Ética, Medicina e Biotecnologia. SP, Editora Hucitec.
- Dâmaso, R. A. (1995). construção da AIDS. In Czeresnia, D., Santos, E. M. Dos, Barbosa, R. H. S., & Monteiro, S. Aids -Ética, Medicina e Biotecnologia. SP, Editora Hucitec.
- Dewberry, G.P. (1994).Reducing the risk of AIDS in high school students: lifelong monogamy in the moral solution. The Journal of the American Medical Association, 171(3), 195.

Ehrhardt, A.A. (1992). Trends in Sexual Behavior and the HIV Pandemic. American of Public Health, 82(11), 1459-1461.

Fernandes, J. C. (1994). Práticas educativas para prevenção do HIV/AIDS: aspectos conceituais. Cadernos de Saúde Pública, 10(2), 171-180.

Fernandez, O.F.R.L.(1994). A Prática de Injeções de Drogas, o Uso Comunitário de Seringas e a Redução dos Riscos ao HIV. In Parker, R., Bastos, C., Galvão, J., & Pedrosa, J. S. A AIDS no Brasil. RJ, Relume-Diumará, ABIA, IMS, UERJ.

Ferreira, A.A. (1996). Parceria Institucional entre Save The Children e ABIA no Projeto Viva a Vida. In Branco, C.A.C., Santos, E.M. dos, & Monteiro, S.(Orgs.). AIDS e Educação: um convite à prevenção. RJ, ABIA.

Fife-Chaw, C. (1995). Question Design. In: Breakwell, G.M., Hammond, S. & Fife-Chaw, C. Research Methods in Psychology. London, Sage Pb.

Fruet, M.S.B. (1995). Adolescência, Sexualidade e AIDS. Dissertação de Mestrado. Educação, UNICAMP.

Galduróz, J.C.F., Noto, A.R., & Carlini, E.A. (1997a). IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileiras - 1997. SP, CEBRID, Universidade Federal de São Paulo.

(1997b). Tendências do Uso de Drogas no Brasil: Síntese dos Resultados Obtidos sobre o Uso de Drogas entre Estudantes do 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileiras (1987 - 1989 - 1993 - 1997). SP, CEBRID, Universidade Federal de São Paulo.

- Galvão, J. (1994). AIDS e Ativismo: o Surgimento e a Construção de Novas Formas de Solidariedade. In: Parker,R.,Bastos,C.,Galvão,J.,Pedrosa,J.S. (Orgs.) A AIDS no Brasil. (2ª ed.) Relume Dumará, ABIA,IMS-UERJ,RJ.
- Gingiss, P.L., & Basen-Engquist, K. (1994). HIV Education Practices and Training Needs of Middle School and High School Teachers. Journal of School Health. 64(7), 290-295.
- Giovannetti, A., & Évora,I.(1997). AIDS como Construção Social. Revista USP - Dossiê AIDS, 33, 126-135.
- Glover, P. H., & Jameson, C. P. (1993).AIDS education in schools - awareness, attitudes and opinion among educators, theology students and health professionals. South African Medical Journal, 83(9), 675-679.
- Goode, W.J., & Hatt, P.K. (1979). Métodos em pesquisa Social. Tradução Carolina Martuscelli Bori. (7ª ed.), SP, Cia. Editora Nacional.
- Grangeiro, A.(1994). O Perfil Sócioeconômico dos Casos de AIDS na Cidade de São Paulo. In Parker, R., Bastos,C., Galvão,J., Pedrosa,J.S. (Orgs.) A AIDS no Brasil. RJ, ABIA, Relume-Dumará,IMS-UERJ.
- Guimarães, I. (1995).Educação sexual na escola - mito e realidade. Campinas,SP, Mercado de Letras.
- Hildebrand, L. (1995). Comunicação oficial brasileira sobre a AIDS: um percurso pelas linhas e entrelinhas da telinha da tevê. Dissertação de Doutorado. Escola de Comunicações e Artes da USP.

- Hoyos,R.C.,Sierra,A.V.,Martín,A.H.S. (1997). Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el SIDA en adolescentes de México”. Revista de Saúde Pública, 31 (4), 351-359.
- Janz, N.K., Zimmerman, M.A., Wren, P.A., Israel, B.A., Freudenberg, N., & Carter, R.J. (1996). Evaluation of 37 AIDS Prevention Projects: Successful Approaches and Barriers to Program Effectiveness. Health Education Quarterly, 23(1), 80-97.
- Joffe, H.(1995). “Eu não”, “o meu grupo não”: Representações Sociais transculturais da AIDS. In Gureschi,P.&Jovchelovitch,S.(Orgs.) Textos em Representações Sociais. (2ª ed.) RJ, Vozes.
- Kowalski, I.S.G.(1996). A Parceria de Professores e Profissionais da Saúde na Prevenção do Câncer - Possibilidades e Dificuldades. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação. PUC-São Paulo.
- Levine, C.(1991). AIDS prevention and Education: Reframing the Message.AIDS Education and Prevention, 3(2), 147-163.
- Lima, R. C. (1995). AIDS e Ensino: possibilidades. Dissertação de Mestrado. Educação. UNICAMP.
- Lopez, T.A.(1997). AIDS e o Direito Civil Brasileiro. Revista USP - Dossiê AIDS, 33, 66-79.
- Loyola, M.A. (1994). Percepção e Prevenção da Aids no Rio de Janeiro. In: Loyola, M.A. (Org.) Aids e Sexualidade - O pontos de vista das Ciências Humanas. RJ, Relume-Diumará,UERJ.

Mann, J. (1994). Foreward. In DiClemente, R.J., & Peterson, J. L. Preventing AIDS - Theories and Methods of Behavioral Interventions. NY, Plenum Press.

Mann, J., Tarantola, D. J. M. , & Netter, T.W. (1993).A Aids no Mundo. RJ, Relume-Diumará, ABIA, IMS, UERJ,

McIntosh, K. (1994). Transmissibility of HIV Infection: What We Know in 1993. Journal of School Health, 64(1), 14-15.

Merchán-Hamann, E. (1995).Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de AIDS em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 11(3), 463-478.

Mesquita, F.C.(1995). HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis: a experiência do Brasil. In Czeresnia, D., Santos, E. M. dos, Barbosa, R. H. S., & Monteiro, S. Aids - Pesquisa Social e Educação. SP, Editora Hucitec.

Minayo, M.C. de S. (1995).O conceito de Representações Sociais dentro da sociedade clássica. In Guareschi, P.A. , & Jovchelovitch, S. (Orgs.). Textos em Representações Sociais.(2a. ed.), RJ. Editora Vozes Ltda.

Ministério da Saúde (1996). Boletim Epidemiológico AIDS, Ano IX, nº 4, Semana Epidemiológica 36 a 45, Setembro/Novembro/96.

_____ (1998a). A nova ficha de notificação/investigação de casos de AIDS em pacientes com 13 anos ou mais. Brasília, DF.

—

- _____ (1998b). Revisão da definição nacional de caso de AIDS em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, para fins de vigilância epidemiológica. Brasília, DF.
- Morton, M., Nelson, L., Cgantal, W., Zimmerman, S., & Coe, R.M.(1996). Evaluation of HIV/AIDS Education Program for Adolescents. Journal of Community Health, 21(1), 23-35.
- Monteiro, S. (1995).Projeto Viva a Vida: prevenindo a AIDS na Escola,. In Czeresnia, D., Santos, E. M. dos, Barbosa, R. H. S., & Monteiro, S. Aids - Pesquisa Social e Educação. SP, Editora Hucitec.
- Montenegro, M. M. D. (1994). Condutas sexuais e atitudes que constituem fatores de risco para gravidez não desejada e AIDS em estudantes universitários: um desafio para a educação sexual. Dissertação de Mestrado. Educação. UNICAMP.
- Moscovici, S. (1978). A Representação Social da Psicanálise. Trad. Álvaro Cabral. RJ, Zahar Editores.
- Munodawafa, D. (1991).Attitudes of Teachers toward implementing AIDS prevention education programmes in secondary schools of Zimbabwe. Central African Journal of Medicine, 37(12), 390-393.
- Nogueira, O. (1968). Pesquisa social - introdução às suas técnicas. SP, Companhia Editora Nacional, EDUSP.

Nyachuru-Sihlangu, R.H, & Ndolovu, J. (1992). Factual knowledge about AIDS and dating practices among high school students from selected schools. Central African Journal of Medicine, 38(6), 225-233.

OMS - Organización Mundial de la Salud (1992). La educación sanitaria escolar en la prevención del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual. OMS, Ginebra, Suiza.

Pádua, I. M. (1986). SIDA, doença estigmatizante: uma leitura antropológica do problema. Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 35(1), 22-27.

Paéz, D., Echebarria, A., Valencia, J., Romo, I., Juan, C.S., & Vergara, A. (1991). Social Representations, Contents and Process. Journal of Community & Applied Psychology, 1, 89-104.

Paiva, V. (1996a). Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: Parker, R., & Barbosa, R. M. Sexualidades Brasileiras. RJ, Relume-Dumará, ABIA, IMS, UERJ.

_____ (1996b). Fazendo arte com a camisinha: a história de um projeto de prevenção da AIDS para jovens. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da USP.

_____ (1997). AIDS - Epidemiologia, Prevenção e Tratamento. Mesa Redonda. 4º Congresso Internacional - "Qualidade de Vida" - Universidade Camillo Castelo Branco. SP.

- Parker, R. (1994). Diversidade Sexual, análise sexual e a educação sexual sobre a Aids no Brasil. In Loyola, M.A. (Org.) Aids e Sexualidade - O pontos de vista das Ciências Humanas. RJ, Relume-Diumará, UERJ.
- Paulussen, T., Kok, G., & Schaalma, H. (1994). Antecedents to adoption of classroom-based AIDS education in secondary schools. Health Education research, 9(4), 485-496.
- Piña, J.A., Jiménez, S. , & Mondragón, V. (1992). La Relcaion entre la Investigacion y del Deseño de Programas Preventivos para el Sida. Revista Latinoamericana de Psicologia, 24(1-2), 201-211.
- Rosado, E. M. S., & Guzzo, R.S.L. (1994). Você não está sozinho - Prevenção à AIDS na Escola - Brochura Temática. Campinas. Governo do Estado de São Paulo, PUCCAMP, DRE “Prof. Octávio César Borghi”.
- Sá, C.P. de . (1995). Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In Spink, M. J. (Org.) O conhecimento cotidiano. As representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. SP, Editora Brasiliense.
- Salles, L. M. F. (1995). A representação social do adolescente e da adolescência: um estudo em escolas públicas. Cadernos de Pesquisa, 94, 25-33.
- Santos, E. M. dos (1996). Em que um companheiro crítico pode contribuir. In Branco, C.A.C., Santos, E. M. dos, Monteiro, S. (Orgs.) Aids e Educação: um convite à prevenção. ABIA, RJ.

Schaalma, H.P., Kok, G., Bosker, R.J., Parcel, G.S., Peters, L., Poelman, J., & Reinders, J. (1996). Planned Development and Evaluation of AIDS/STD Education for Secondary School Students in the Netherlands: Short -Term Effects. Health Education Quarterly, 23(4), 469-487.

Schall, V.T. , & Struchiner, M. (1995).Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas. In Czeresnia, D., Santos, E. M. dos, Barbosa, R. H. S., Monteiro, S. (Orgs.) .Aids - Pesquisa Social e Educação. SP, Editora Hucitec.

Scott, F., Chambers, L.W., Underwood, J., Walter, S., & Pickard, L. (1990). AIDS seminar for senior grades in secondary schools. Canadian Journal of Public Health, 81, 290-294

Secretraia de Estado da Saúde (1993).AIDS - Informação nº 59, Publicação patrocinada pela Construtora Construbase, SP.

_____ (1995). AIDS - normas e instruções - 1995. Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”, SP.

_____ (1997). AIDS - tendências da epidemia. Boletim Epidemiológico, CRT, DST/AIDS, CVE, ano XV, nº 1, março.

Sevalho, G. (1993). Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. Cadernos de Saúde Pública, 9(3),Número Temático: Abordagens Antropológicas em Saúde, 349-363.

- Sieburger, M.V.(1982). Juventude e Sexo - Estudo do Comportamento, Atitudes e Conceitos Sexuais do Adolescente de Nossa Sociedade. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. PUCCAMP.
- Siegel, S. (1975). Estatística não-paramétrica para as ciências do Comportamento. Tradução Alfredo Alves de Farias, Revisão Técnica Eva Nick. SP, Makron Books do Brasil editora Ltda, Editora McGraw-Hill Ltda.
- Silva, E.L.C. (1993). Casa Vida - Espaço de Afetividade e Ternura - Um Estudo sobre AIDS e Preconceito. Dissertação de Mestrado. PUC-SP.
- Soares, C.B. (1997). Adolescentes, drogas e AIDS: avaliando a prevenção e levantando necessidades. Tese de Doutorado Faculdade de Educação, USP.
- Souza, A. N. (1996).Sou Professor, Sim Senhor! Representações do Trabalho docente. Campinas, Papirus Editora.
- Souza, M. R. P. (1994).Políticas Implícitas e Explícitas no Combate e Prevenção do HIV e AIDS. In Parker, R., Bastos, C., Galvão, J., & Pedrosa, J. S. A AIDS no Brasil. RJ, Relume-Diumará, ABIA, IMS, UERJ.
- Spink, M. J. (1993).O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. Cadernos de Saúde Pública, 9(3), Número Temático: Abordagens Antropológicas em Saúde, 300-308.
- _____ (Org.) (1995).O conhecimento cotidiano. As representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. SP, Editora Brasiliense

Temporini, E. R. (1995). Prevenção da AIDS - Percepção e Conduta Sexual de Estudantes Universitários, no Estado de São Paulo. Tese de Livre-Docência. Dep. Saúde Pública. USP.

Villela, W.V.(1996). Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da AIDS entre as mulheres. In Parker,R.,Galvão,J. Quebrando o silêncio - mulheres e AIDS no Brasil. RJ, Relume-Diumará,ABIA, IMS, UERJ.

WHO - World Health Organization (1989). AIDS Prevention Through Health Promotion: A Planning Guide. In WHO (1989). AIDS - Profile of an Epidemic. Scientific Publication nº 514. Washington, DC.USA.

William, J. G. , & Hatt, P. K. (1979). Métodos em pesquisa social. Tradução por Carolina Martuscelli Bori, (7ª ed.). SP, Companhia Editora Nacional.

Witter, G.P. (1996). Pesquisa em Psicologia Escolar no Brasil. In Weschsler, S. Psicologia Escolar: Pesquisa, Formação e Prática. Campinas-SP, Editora Alínea.

ANEXO 1

Caro(a) Colega Professor(a)

A AIDS e seus reflexos na sociedade não são temas novos, embora poucas sejam as situações em que se pode, efetivamente, pensar e discutir a respeito. Os meios de comunicação buscam divulgar informações das mais variadas fontes. Mas nem sempre estas são as que se desejariam ter, outras ainda acabam funcionando muito mais como obstáculos do que como ajuda no desenvolvimento de comportamentos preventivos.

As relações entre AIDS e escola são ainda mais fluidas. O papel da escola é apontado, exigido, mas não delimitado diante de ações preventivas: palco de palestras? educação sexual em currículo? “vista grossa” ou recurso a profissionais especializados (polícia?) no combate às drogas?

Dentro dessa indefinição, a responsabilidade dos professores acaba sendo delimitada de modo simplista, geralmente baseada nas disciplinas que leciona, sem se levar em conta a disponibilidade, o interesse e mesmo o desejo do professor de participar em ações remediativas e/ou preventivas. Todavia, não se pode negar que há uma exigência cada vez maior quanto à participação da escola em programas preventivos: por um lado devido à sua função social, por outro, como resposta ao contínuo crescimento da doença em termos de índice de contaminação, principalmente entre jovens.

Eu mesmo, devido à posição que ocupo como professor de Biologia, sou constantemente solicitado por alunos que anseiam por discussões, conversas, dados, respostas, que com frequência, sinto-me inseguro ao fornecer. O apelo desses adolescentes não me deixa insensível e tenho refletido longamente sobre como nosso papel poderia ser mais claramente formulado dentro dessas necessidades.

Enquanto professor, acredito que nada poderá ser feito com seriedade na escola sem que se consulte o docente, suas idéias, pontos de vista, posições, receios, desejos, etc. Para tanto, construiu-se o presente instrumento. Este questionário *não tem por objetivo* avaliar conhecimentos acadêmicos dos professores, mas permitir uma reflexão por parte destes e também dos pesquisadores, sobre a natureza e a quantidade das informações disponíveis nos meios de comunicação social a respeito das questões que envolvem AIDS, adolescência e escola.

Solicito que você responda às perguntas que seguem com a maior clareza e precisão possível, sem preocupar-se com uma avaliação certo/errado,

procurando sempre emitir sua opinião, buscando explicar suas razões e bases de pensamento.

Os dados assim coletados, que se inserem em um trabalho de pesquisa, serão divulgados aqui na escola, após seu tratamento.

Lembro que os questionários são anônimos. Nada será revelado sobre cada indivíduo que participar deste trabalho, bem como a nenhum intermediário entre nós. Os resultados obtidos serão apresentados sempre em conjunto, guardando assim, o anonimato de cada um e da instituição.

Sem sua colaboração, suas críticas e suas idéias, nada poderá ser feito de perene na escola.

Agradeço sua valiosíssima colaboração.

Prof. Moacir Wuo

1. Você leciona disciplina(s) do(a):

Núcleo Comum Núcleo Profissionalizante

2. Você leciona há quanto tempo? Anos

3. Qual é a sua idade? Anos

4. Você é do sexo: masculino feminino

5. Você já teve a oportunidade de participar de um programa de prevenção da AIDS?

Sim Não

Caso você já tenha participado de um programa de prevenção da AIDS, por favor responda as questões **6**, **7** e **8**. Se você não participou vá para a questão **9**.

6. Indique qual foi o programa.

7. Em que Instituição (Escola, Sociedade Amigos de Bairro, Igreja, etc.) foi realizado o programa?

8. A sua participação no programa de prevenção foi como:

participante palestrante coordenador comissão organizadora

outro - especifique _____

9. Escreva o mais claramente possível o que você sabe sobre a AIDS?

10. Com base nas informações de que você dispõe, escreva como pode ocorrer a transmissão da AIDS?

11. Baseando-se no que você conhece/ouviu falar, relate as formas de prevenção da AIDS.

12. Você gostaria de obter mais informações sobre a AIDS?

Sim

Não

Explique sua resposta.

13. Com relação às informações sobre a AIDS indique a(s) área(s) de seu interesse:

transmissão prevenção doença

outros (especifique) _____

não sente necessidade de obter mais informações sobre a AIDS

14. Pensando na população em geral, na sua opinião quem estaria mais sujeito à AIDS?

Por quê?

15. Na sua opinião, qual(is) seria(m) a(s) forma(s) mais comum(ns) de transmissão da AIDS entre os adolescentes?

Por quê?

16. Você acha que é importante saber se existe alguma pessoa portadora do HIV/AIDS na comunidade escolar (professores, alunos, funcionários, etc.)?

Sim

Não

Por quê?

17. Na sua opinião pessoas portadoras do HIV/AIDS pertencentes a comunidade escolar (professores, alunos, funcionários, etc.) devem permanecer na escola?

Sim

Não

Por quê?

18. Você acha que as escolas devem manter programas de prevenção da AIDS?

Sim

Não

Por quê?

19. Se você respondeu Sim à questão anterior. A quem caberia a decisão de propor, implantar e desenvolver programas de prevenção da AIDS na escola? (Pode assinalar mais de uma alternativa)

Secretaria da Educação
Ensino

Secretaria de Saúde

Coordenadoria/Delegacia de

Diretor de Escolar

APM

Professores

Conselho de Escola

Outros (especifique) _____

Gostaria que você pensasse agora sobre Programas de Prevenção para responder as questões de números 20 a 24.

20. Você poderia apontar alguma(s) dificuldade(s) no desenvolvimento de um programa de prevenção da AIDS para alunos adolescentes?

Sim

Não

Explique sua resposta

21. Se você respondeu sim na questão anterior. Dê algumas informações sobre a(s) dificuldade(s) que você vê.

22. Com relação ao desenvolvimento de um programa de prevenção da AIDS na escola, qual (is) o(s) tema(s) ou assunto(s) que você considera mais difícil(eis) ou “delicado(s)” de ser(em) tratado(s) com os adolescentes?

Explique sua resposta

23. Caso um programa de prevenção da AIDS fosse desenvolvido na sua escola e houvesse a necessidade da participação de uma equipe de docentes, que professores você acha que seriam mais indicados para compor essa equipe?

do núcleo comum da área profissionalizante da área de comunic./expressão

da área de ciências da área de estudos sociais de Biologia e Progr. de Saúde

de Educação Física qualquer um designado pela Direção

outros - especifique _____

Por quê?

ANEXO 2

O Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza - CEETEPS

O governo do Estado de São Paulo cria em 1969 o Instituto de Ensino Técnico “Paula Souza” que, através do Conselho Estadual de Educação, recebe o nome de Centro Estadual de Educação Tecnológica de São Paulo.

Em 1973 com o intuito de homenagear o Professor Antonio Francisco de Paula Souza (1843-1917) é adotado o nome de Centro Estadual de Educação Tecnológica “Paula Souza” - CEETEPS.

O Professor Paula Souza estudou na Alemanha e Suíça formando-se em engenharia. No Brasil atua da Rio Claro Railway e na Ituana, constrói o sistema de abastecimento de água de Itú. Organiza e dirige a Repartição de Obras Públicas da Província de São Paulo ainda no Império e, mais tarde na República, atua como Superintendente de Obras Públicas do Estado de São Paulo. Deputado por dois mandatos e uma vez Presidente da Câmara dos Deputados de São Paulo. No governo de Floriano Peixoto exerce as funções de Ministro das Relações Exteriores e depois da Agricultura. Em São Paulo durante o governo de Peixoto Gomide exerce a função de Secretário da Agricultura. Mas é na área da educação que se destaca como fundador, professor e Diretor da Escola Superior de Matemática e Ciências Aplicadas às Artes e à Indústria, depois denominado de Instituto Politécnico de São Paulo e hoje a Escola Politécnica da USP.

Em 1976 o CEETEPS torna-se associado em vinculado a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, por ocasião da criação desta.

Dentre os objetivos previstos nos atos legais de criação CEETEPS destacam-se os de articulação, realização e desenvolvimento do ensino técnico de segundo e terceiro graus.

Atualmente conta com 9 Faculdades de Tecnologia - as FATECs - e 99 Escolas Técnicas de segundo grau das quais 35 são Escolas Técnicas Agrícolas com habilitação na área da agropecuária. As demais desenvolvem cerca de 38 habilitações diferentes.

É importante ressaltar que até 1993 o CEETEPS contava com 14 Escolas Técnicas de segundo grau e, através de ato governamental, a partir de 1994 incorpora as Escolas Técnicas da Secretaria da Educação.

ANEXO 3

Questão 9 - Escreva o mais claramente possível o que você sabe sobre a AIDS.

Sujeito	Respostas
1	É uma doença infecto-contagiosa, provocada por um vírus que atua sobre o sistema imunológico do indivíduo, anulando-o, e conseqüentemente favorecendo muitas doenças que podem levar à morte, pelo fato de não haver resposta do organismo para reverter esse quadro. - a transmissão se dá por via sexual, transfusão de sangue e uso de seringas (drogas). - não existe cura ainda, apesar de muitas pesquisas estarem em desenvolvimento. - não estou “convencido” de que pela “saliva” (beijo) não haja transmissão.
2	Tenho lido, há vários textos que trabalhamos em classe. Sei que é um vírus que ataca as células da defesa do organismo e se transmite pelo sangue e esperma.
3	Trata-se de uma doença infecto-contagiosa, ainda mal discutida, mal combatida. Por se tratar de doença transmitida por via sanguínea, também, todos somos suscetíveis a ela - não somente o grupo de risco.
4	<i>Não respondeu.</i>
5	<i>Não respondeu.</i>
6	Foi detectada e começou a ser divulgada em 1982. Pensava-se então que era uma doença específica dos homossexuais. É transmitida por um vírus, que sofre mutações. Hoje já se sabe que pode atingir tanto homens, como mulheres e crianças.
7	Doença transmissível por relações sexuais ou sangue. - Que pode ser prevenida; hoje a 1997 os casos detectados são de 100 pessoas 1 possui o vírus da AIDS ano 2000 para cada 5 pessoas 1 terá o vírus. Não se morre de AIDS - mas sim das doenças oportunistas. Baixa imunidade.
8	Doença sexualmente transmissível. Não tem cura. Pode-se também adquirir a doença em uma transfusão de sangue. Pode ser adquirida através das drogas.
9	A AIDS diminui o sistema de defesa do organismo contra doenças. A pessoa física, digo, fica vulnerável a doença oportunistas.
10	<i>Não respondeu.</i>
11	É uma doença que elimina o sistema natural de defesa do organismo e usualmente é transmitida pelo sexo, drogas injetáveis e transfusões de sangue.
12	Trata-se de DST, que os portadores do HIV/AIDS, contraem e que tem rápida expansão, devendo as pessoas serem alertadas dos riscos causados a saúde quando contaminadas.
13	É doença incurável, provocada por vírus oportunista que, uma vez no corpo humano, se aloja em uma célula sanguínea e não é reconhecido pelo sistema imunológico. O organismo não reage à sua presença. Pode ficar latente por muitos anos e seu portador, embora não manifestando sintomas da AIDS, é transmissor da doença.
14	Doença sexualmente transmissível - sem mínimo ou máximo de idade/ Transmissível por sangue (transfusão/utilização de seringas ou objetos não esterelizados * - * aparelhos de odontologia, manicura, etc.) - Filho pode ser portador (embora haja casos e não contaminação ou sublimação da doença). - Destrói defesas do organismo que fica debilitado e aberto a qualquer vírus ou doença (sem reação - leva a vítima a morte).
15	Doença transmitida pelo vírus HIV, transmitida pelo contato sexual, transfusão de sangue e picada de agulhas. Pelo fato de sua transmissão ser também por via sexual tem repercussões morais o que

- torna a doença de difícil controle.
- 16 É uma doença transmissível através de relação sexual ou transfusão de sangue. É transmitida pelo vírus HIV.
- 17 Muito pouco; é uma doença sexualmente transmissível!. que destrói o sistema imunológico do homem.
- 18 A sigla AIDS vem do Inglês e significa Síndrome da Imuno Deficiência adquirida. Trata-se de uma doença terrível, pois mina as defesas do organismo humano, levando-o às vezes, à morte. O vírus é transmitido principalmente através da relação sexual ou transfusões de sangue.
- 19 Doença transmissível pelo semem e por sangue contaminado ou por agulhas infectadas. Destrói a imunidade ou defesa natural do organismo causando na maioria das vezes a morte.
- 20 As formas de contágio, como evitar o vírus, os perigos do contágio.
- 21 Incurável. Quando tratada: crônica. Transmissível por ato sexual.
- 22 Aids á sigla “acquired immune deficiency syndrome”. Resulta de uma infecção no sistema imunológico pelo vírus HIV A doença é caracterizada febre, suor, calafrios noturnos, aumento progressivo das glândulas linfáticas em diferentes locais do corpo. Ocorre também o sarcoma de Kaposi comprometendo os pulmões e o trato digestivo.
- 23 É uma doença transmitida por um vírus através de contato sexual, via sangue (transfusões, picadas de agulhas contaminadas) que por enquanto não tem cura, embora o vírus não se desenvolva em todas as pessoas contaminadas. O vírus pode ficar encubado por 5 anos até começar a se manifestar.
- 24 Doença contagiosa, transmissão através de sexo, agulhas infectadas.
- 25 Suas causas e efeitos.
- 26 É uma doença que ataca o sistema imunológico, tornando a pessoa vulnerável à várias doenças.
- 27 Doença provavelmente vinda do Continente Africano, provável derivação virótica da doença dos Babuíños Verdes, transmissível por sexo , transfusão de sangue uso coletivo de seringas, até o momento não tem cura - vírus mutante que consegui bloquear as defesas do organismo.
- 28 Adquirida nas relações homossexuais, e/ou grupo de risco, transfusões de sangue contaminado, não apresenta, até o momento remédio eficaz para o seu combate.
- 29 Doença contagiosa que até o presente momento não tem cura
- 30 Somente as transmitidas pela mídia.
- 31 A AIDS é uma doença infecto-contagiosa que destrói o sistema imunológico do indivíduo.
- 32 Doença transmitida pelo sexo entre uma pessoas sadia e uma contaminada, que mata na maioria dos casos
- 33 É uma doença sexualmente transmissível, que foi descrita há poucos anos, e para a qual se busca a cura. A transmissão dá-se sexualmente, e por via sangüínea, constituída por isso grupos de risco também os que se drogam com seringas.
- 34 Doença infecto contagiosa com grande índice de contaminação mundial.
- 35 Conheço com é transmitida, as suas causas ao indivíduo, os medicamentos atuais utilizados.
- 36 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, causada por um vírus que ataca os glóbulos brancos do

sangue humano destruindo-os e destrói assim o sistema imunológico da pessoa atingida.

- 37 *Não respondeu.*
- 38 Doença perigosa que pode levar o indivíduo contaminado a morrer por doenças mais simples. Atualmente todos somos o chamado “grupo de risco”.
- 39 Altamente transmissível e hoje já existe pessoal que vivem normalmente com o vírus.
- 40 Doença transmissível causada por vírus HIV que ataca o sistema imunológico do indivíduo.
- 41 Doença que ataca o sistema imunológica impedindo eficaz combate às infecções. Transmite-se através do sangue-esperma- ou será pelos microfissuras na cópula Enfim- Flúidos corporais.
- 42 O vírus da AIDS, transmitido sexualmente, é fatal. Ataca o setor imunológico das pessoas. O uso das drogas injetáveis, através das seringas, também transmitem o vírus.
- 43 Transmissão sexual - sangue contaminado e sub produtos do sangue - já pode ser considerado uma pandemia.
- 44 Ausência de defesa do organismo; diante de ataque virótico de intensa variabilidade. Incapacidade da diferença pelo organismo condicionadora repetição. A cultura do “mesmo” de “massa” que molda o comportamento orgânico e cultural e esgota as defesas necessárias para se enfrentar obstáculos em permanente mutação. Biologia e Cultura: resgate de unidade disciplina, e existencial, para o “convívio” com a diferença genética e das representações.
- 45 Doença provocada pelo vírus HIV, adquirido pelo uso comum de drogas injetáveis ou sexualmente. Destruí as mecanismos de defesa, deixando o indivíduo a mercê de todos os agentes causadores de doenças, leva à morte e não tem cura, atualmente.
- 46 É uma “doença” transmitida pelo vírus HIV, que ataca o sistema imunológico do indivíduo.
- 47 A AIDS é uma doença provocada por vírus que se adquire na promiscuidade do ato sexual ou uso de drogas injetáveis. Ela debilita o organismo das pessoas que abandonam as prevenções a este risco.
- 48 É uma doença transmitida em um ato sexual sem proteção, ou por transfusão de sangue ou ainda por contaminação de agulhas ou seringas um “uso para drogas”. Ela diminui as defesas do organismo tornando-o vulnerável até mesmo para doenças oportunistas e corriqueiras.
- 49 A AIDS é uma doença transmitida pelo contato sexual, uso comunitário de drogas injetáveis. O responsável pela a AIDS é o vírus HIV é uma doença que ataca o sistema imunológico das pessoas.
- 50 É uma doença provocada por um vírus, detectada à 10 anos, tendo como foco original provável um tipo de macaco Africano que É portador do vírus mas não o desenvolveu.
- 51 Métodos de transmissão. Métodos de Prevenção. O que é colocado pelos veículos de comunicação sobre os itens acima indicados.
- 52 Doença sexualmente transmissível e que até os dias de hoje não tem cura, levando a morte. Doença esta que ataca o sistema imunológico fazendo com que o doente desencadeie uma série de doenças. Esta doença pode ser transmitida também via sangue ou da mãe grávida que passa para o, filho (durante a gravidez).
- 53 Doença transmissível (vários modos), é ainda sem cura.
- 54 Doença sexualmente transmissível que pode ser prevenida com o uso de camisinha durante o ato sexual. É causada pelo vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana); na atualidade a sobrevida dos contaminados tem aumentado com, o uso de um conjunto específico de remédios. Podendo ser transmitida no uso de drogas injetáveis com seringas “comunitárias”.
-

Questão 14. Pensando na população em geral, na sua opinião quem estaria mais sujeito à AIDS? Por quê?

Sujeito	Respostas
01	<p>A população “carente” que não tem acesso a informação / não tem hábitos culturais sadios em relação a sexo / higiene.</p> <p>Respondido no item 14.</p>
02	<p>Os desinformados, os grupos de risco e os jovens.</p> <p>A falta de informação impede a prevenção, os jovens pela sua própria natureza são impetuosos e se não forem devidamente esclarecidos vêm a morte e a doença como algo fora de suas vidas.</p>
03	<p>As populações de menor condição de acesso à educação. Os viciados em drogas injetáveis. Os promíscuos sexualmente.</p> <p>Pelas razões explicadas anteriormente.</p>
04	<p>Hoje, qualquer pessoa que não usar métodos para prevenir a doença.</p> <p>Pensar, como antes, numa parcela da sociedade sujeita à doença não pode ser considerado, como homossexuais, por exemplo.</p>
05	<p>Pessoas que praticam sexo com muitos outros; Usuários de drogas injetáveis; Por fim a total ignorância dos métodos de prevenção.</p>
06	<p>As pessoas que se drogam, as sexualmente promíscuas.</p>
07	<p>Todos nós estamos sujeitos à doença.</p> <p>Porque uma pessoa pode ter o vírus e não saber.</p>
08	<p>As pessoas que pertencem aos grupos de risco e os hemofílicos. Os drogados. Estão em maior contato com pessoas aidéticas. No caso dos drogados, a mesma seringa passa para várias pessoas.</p>
09	<p>As crianças e adolescentes.</p> <p>Porque são menos informadas, mais vulneráveis e carentes de atenção especial.</p>
10	<p>Todos, porém uns mais do que outros, os considerados grupos de risco.</p> <p>Pelo despreparo, pelo descaso, pelo descuido seu ou dos outros.</p>
11	<p>As classes menos favorecidas e conseqüentemente menos informadas.</p> <p>Fatores culturais, falta de informação e preço da camisinha.</p>
12	<p>Grupos de risco.</p> <p>Principalmente devido a promiscuidade.</p>
13	<p>Todas as pessoas.</p> <p>Deixou de ser uma síndrome característica dos grupos de risco, como drogados e homossexuais. À</p>

- medida que as mulheres estão sendo contaminadas, a transmissão ocorre para os filhos.
- 14 Todos que tem relação sexual não segura (sem preservativos mais de um parceiro) Todos que utilizam drogas injetáveis (que geralmente não tem acesso a material descartável. Que necessita de transfusões de sangue). Todos que não têm informação suficiente.
- Porque normalmente as pessoas que fazem parte do grupo acima, são as menos atingidas por formas de informação.
- 15 Atualmente a grande maioria da população.
- A falta de uma política educacional de saúde mais séria.
- 16 Pessoas sem instrução e sem acesso aos meios de comunicação.
- Porque essas pessoas não obtém informações sobre a AIDS.
- 17 Os adolescentes e população da periferia (sem instrução)
- Os adolescentes são os mais atirados e vulneráveis ao sexo e drogas e os menos cultos correm mais riscos (ignorância)
- 18 Os homossexuais, as prostitutas, os jovens.
- Pela proximidade do ato sexual.
- 19 Todos os que não são alertados para os riscos de contaminação, independente de classe social.
- Porque a doença é democrática, isto é não escolhe hora, nem local para agir.
- 20 Infelizmente todas as pessoas indistintamente.
- Não há mais grupo de risco. Todas estão sujeitos à contaminação, mesmo numa relação a marca duradoura e fixa há o perigo.
- 21 Ambos os sexos. Os viciados em drogas injetáveis.
- Porque compartilham a mesma seringa.
- 22 1. Indivíduos portadores assintomáticos 2. Indivíduos promíscuos.
- Pois são pessoa infectadas pelo HIV mas não apresentam nenhum sinal ou sintoma de AIDS. são possíveis portadores.
- 23 Todas as pessoas pois no caso de acidente e necessidade de transfusão quem garante que o sangue não está contaminado? E ainda os jovens que sem muitas informações fazem sexo sem segurança.
- 24 Usuário de drogas, pessoas promíscuas.
- São pessoas que fazem parte do grupo de risco.
- 25 Todos enquanto não houver consciência total.
- É necessário cair na real, divulgado e reforçando a escala multiplicadora.
- 26 Pessoas desenformadas.
- A informação é tudo.
- 27 Prostitutas, homossexuais, viciados em drogas injetáveis hemofílicos - (pessoas que recebem

- sangue em operações)
Falta de uso e preservativos. 2. Uso da mesma seringa por mais de um viciado 3. Sangue contaminado nos bancos de sangue.
- 28 População em geral.
- 29 Pessoas promiscuas e usuário de drogas.
São pessoas que fazem parte do grupo de risco.
- 30 O risco não exime ninguém.
- 31 Os mais pobres.
Porque eles tem menos acessos as informações e por não acreditarem que possa acontecer com eles.
- 32 Os mais pobres, os desenformados e prostitutas, gays.
Porque os mais empobrecidos, sempre são vítimas.
- 33 As pessoas que não usam camisinha e/ou tem vários parceiros sexuais. Os viciados em drogas injetáveis.
Por desconhecer o parceiro. Por interferirem diretamente na corrente sanguínea.
- 34 Todos não.
Há muito ainda a ser esclarecido sobre ela.
- 35 Homossexuais, hemofílico, viciados em drogas injetáveis, prostitutas, etc.
Pois estes mantém diretamente ou indiretamente contatos com pessoas portadoras do HIV.
- 36 Todos que tem mais de um parceiro sexual e não usam métodos preventivos e quem recebe transfusões de sangue (não analisado previamente/).
Tem mais chances de estar em contato com o vírus.
- 37 Os jovens de todas as camadas sociais.
Os viciados em drogas, não tomam os devidos cuidados. A população de baixa renda apesar das campanhas de conscientização, não são atingidas.
- 38 Todos!* independente de classe social, mas sim da cultura e bom senso na preservação da saúde.
(resposta acima).
- 39 Todos os seres humanos sujeitos aos sistema de saúde Brasileiro.
Falta de controle, higiene e recursos material para exames.
- 40 Drogados/ pacientes que necessitem transfusão/ pessoas que mantém relações sexuais com diversas parceiros/ pessoas com preconceitos sobre prevenção, como a utilização da “camisinha”.
Drogados- por razão de “economia “ ou aproveitamento máximo da droga/ ou perda da consciência temporária - diversos parceiros - aumentam a probabilidade de relação com pessoas contaminadas - transfusão - falta de seriedade e redução dos órgãos responsáveis.
- 41 População pobre, jovem em geral (drogas e sexo sem segurança).

- Pop. pobre - porque lhes falta informações.
- 42 As que não tem muita informação em virtude da ignorância cultural e os viciados.
Baixo nível de cultura.
- 43 Todas as pessoas.
Pois muitas ainda não acreditam que exista essa doença.
- 44 Os indivíduos com menores compromissos com a vida social, que praticam > limpeza com seu corpo, > desprezo com certa conduta moral; exceto os casos acidentais.
- 45 O jovem
Por ser impulsivo e estar sujeito a relações sexuais com prostitutas à necessidade pois atualmente e comportam o comportamento sexual é mais liberal. É por estar mais sujeito às drogas.
- 46 Grupos sociais com menor acesso a informações; Usuários de drogas injetáveis; adolescentes.
Dificuldade em decodificar as mensagens; Respondido anteriormente; Estão mais vulneráveis por estarem envolvidos com um vida sexual ainda muito associada com as emoções. (A garota que gosta do rapaz e não exige camisinha para não contamina-lo).
- 47 Os viciados e todos que praticam sexo com parceiros diferentes só pensando no prazer momentâneo.
Porque envolve a necessidade de hábitos indesejáveis ao indivíduo e à própria sociedade.
- 48 Todas as pessoas que não tem informações e aquelas que tem informação mas não acreditam que a doença está longe do convívio.
Resposta acima.
- 49 Eu acredito que sejam os jovens “com o seu pensamento mágico que nada vai acontecer comigo”. O jovem pelo próprio desenvolvimento que se encontrarão na frase que se encontram procuram independência, desafios, com isso acabam não levando “tão a sério” como deveriam a questão da prevenção que lhe é oferecida através da informação.
- 50 Aqueles que vivem promiscuamente (vida sexual), consumidores de drogas injetáveis e aqueles que por motivo, fazem tratamentos através de produtos intravenosos (hemodiálise).
Pois o contato com o sangue ou muco de pessoas contamina é mais facilitado.
- 51 Na minha opinião o universo seria total.
As formas de transmissão são várias e encaixam-se nas diversas classes sociais.
- 52 Pessoas que não tem “cuidados” em manter relações sexuais, principalmente com diversos parceiros. As pessoas que se drogam e se utilizam de mesma seringa.
Porque estas são as principais formas para contaminação.
- 53 Primeiramente os jovens.
Pela curiosidade em gerar. Pelo uso de drogas, Pela convivência, Etc.
- 54 Todos os que tem relações sexuais mesmo com parceiros mesmo com parceiros conhecidos.
Não se sabe o comportamento sexual dos parceiros.
-

Questão 17. Na sua opinião pessoas portadoras do HIV/AIDS pertencentes a comunidade escolar (professores, alunos, funcionários, etc.) devem permanecer na escola? Sim
 Não Por quê?

Sujeito	Respostas
1	Sim Não oferecem riscos aos outros.
2	Sim <i>Não respondeu</i>
3	Sim Razões óbvias. Sim
4	Integração social, estímulo para desenvolver atividades, por exemplo.
5	Sim <i>Não respondeu.</i>
6	Sim Só devem ser retirados de algumas atividades que ofereçam possibilidade de contágio, por exemplo, esportes que favoreçam machucados que sangrem (judô).
7	Sim Se a doença é transmitida só pelas 2 formas já citadas acima, não há razão.
8	Sim Não se resolve o problema afastando-o do meio em que vive.
9	Sim Porque é ilegal qualquer forma de discriminação.
10	Sim <i>Não respondeu</i>
11	Sim Afastá-lo seria puni-lo uma segunda vez.
12	Sim Desde que não tenham a doença desenvolvida nada impede sua participação na comunidade.
13	Sim São seres humanos e não devem ser discriminados, mesmo porque o contágio não ocorre facilmente.
14	Sim

- Por serem pessoas, que têm direitos e deveres/ as informações cabem a todos, não a segregação.
- 15 Sim
A AIDS deve ser encarada de frente, pois só dessa forma poderemos saber mais.
- 16 Sim
Porque não há motivo para eliminar essas pessoas do convívio em sociedade.
- 17 Sim
Para ajuda-la e usá-la para exemplo em campanha.
- 18 Sim
Porque o ambiente escolar jamais permitiria que houvesse o contágio e posterior transmissão do vírus.
- 19 Sim
Não é escondendo ou marginalizando a doença que o problema má resolvido, mas orientando e prevenindo. Ex. Magic Jonhson, Betinho etc.
- 20 Sim
Porque as pessoas que necessitam trabalhar, necessitam de respeito, auto-estima.
- 21 Sim
Todos estão sujeito a adquirir doença.
- 22 Sim
Não respondeu.
- 23 Sim
Isolar uma pessoa com o vírus da Aids mostra o quanto somos preconceituosos, e mal informados.
- 24 Sim
Todos tem direito de participar da comunidade.
- 25 Sim
O preconceito agrava o estado emocional do portador que acarreta em piora do estado físico.
- 26 Sim
O fato de ser portador do vírus não a impede de exercer suas atividades.
- 27 Sim
São pessoas afora a doença, normais e que podem e devem produzir, afim de viver mais confortavelmente, apesar de portador.
- 28 Sim

- É uma pessoa doente e merece ser tratada como tal.
- 29 Sim
- Todas as pessoas tem direito ao um trabalho ou educação.
- 30 Sim
- Porque seria um ato discriminatório a não permanência.
- 31 Sim
- Pelos mesmos motivos da questão 16.
- 32 Não
- Deve tratar-se para adiar a crise fatal.
- 33 Sim
- Porque as atividades escolares não dão margem a que a pessoa transmita esse mal a outros, e a pessoa portadora do HIV não precisa afastar-se do estudo, do trabalho.
- 34 Sim
- Fazem parte da nossa sociedade, devem por isso continuar fazendo parte dela.
- 35 Sim
- Porque apesar da doença a sua rotina.
- 36 Sim
- Se forem bem orientados, devem continuar sua vida normal, dentro do possível (de acordo com suas condições).
- 37 Sim
- Não é transmissível por usar mesmo copo, mesma toalha, etc., a não ser como dissemos anteriormente.
- 38 Sim
- Não devem ser afastadas do convívio social, mas devem ter consciência do risco que possam e podem passar para outros, de forma que tomem as devidas cautelas para esse convívio; porém isso dependerá do estágio em que se encontra a doença.
- 39 Sim
- Essa pessoa deve ser incentivado a ter uma vida normal e manter todos os cuidados para não haver a transmissão.
- 40 Sim
- Se não oferece perigo à comunidade, não há porque isolá-la. Há que se curvar o provável preconceito.
- 41 Sim

- É talvez uma forma de encontrar as conseqüências esclarecendo a comunidade, bem e como, com as cautelas necessárias, não há risco.
- 42 Sim
- Não é transmissível (só através do sangue e drogas).
- 43 Sim
- Elas devem continuar a ter atividades, para não se entregar totalmente à doença.
- 44 Sim
- Não respondeu*
- 45 Sim
- Mas, com esclarecimentos.
- 46 Sim
- Para procurar alternativas de “acolher” a pessoa como forma de garantir que não seja discriminada pelo menos em seu local de trabalho
- 47 Sim
- Caso contrário seria um marginalizado, agora por um preconceito.
- 48 Sim
- Elas não devem ser discriminadas, porém as pessoas com quem convive devem saber do problema.
- 49 Sim
- Eu acredito que enquanto tiver condições deve estar produzindo, participando, interagindo. A exclusão de uma pessoa de seu meio é tão pernicioso quanto à doença.
- 50 Sim
- Pois o contágio não ocorre pela simples convivência e a discriminação apenas pioraria o estado do portador.
- 51 Sim
- Todos são iguais e devem ter a mesma chance.
- 52 Sim
- Existe formas de contrair o vírus, não se utilizando dessas formas p/ a contaminação dos outros, por estar num local de trabalho/estudo, não há problema algum.
- 53 Sim
- Para não evita-lo, o que fatalmente implicaria em maiores conseqüências.
- 54 Sim
- A vida ou sobrevida já pode ser normal.
-

Questão 20. Você poderia apontar alguma(s) dificuldade(s) no desenvolvimento de um programa de prevenção da AIDS para alunos adolescentes?

Sim Não . Explique sua resposta

Sujeito	Respostas
1	Sim O professor não disponibiliza tempo para envolver-se nessa atividade (que deve ser como comunitária)
2	Não <i>Não respondeu.</i>
3	Sim Trata-se de assunto muito delicado que deve ser abordado de modo cuidadoso, com profissionalismo, competência e carinho.
4	Não <i>Não respondeu.</i>
5	Sim Preconceitos e tabus seríssimos.
6	Não Nunca participei de nenhum, por isso ignoro.
7	<i>Não respondeu.</i> <i>Não respondeu.</i>
8	Não O jovem deve ter a mete aberta para a contaminação da doença.
9	Não Penso que é interesse de todos o desenvolvimento de tal programa.
10	Não Pois já é um assunto ouvido por todos inclusive os familiares dessa comunidade escolar digo ouvido e não conhecido, sabido.
11	Não Pelo menos em nossa escola, o nível dos alunos é bom.
12	Não Qualquer programa sério pode ser desenvolvido.
13	Não

- Não respondeu.*
- 14 Sim
- Em palestras numa outra unidade, tivemos problemas com pais que não queriam que seus filhos escutassem o que deveria ser dito por acharem que eram crianças e o assunto constrangedor.
- 15 Sim
- A organização da escola dificulta esse trabalho.
- 16 Não
- Nunca trabalhei nesse tipo de programa. Não posso, portanto, dar maiores informações.
- 17 Não
- Só depende da boa vontade dos responsáveis.
- 18 Sim
- O temor exagerado que isso poderia causar.
- 19 Sim
- Falta de preparo e informação do jovem. Medo de conhecer uma verdade e ser discriminado por ela.
- 20 Sim
- Pessoas realmente conhecedoras sobre o assunto e que tivesse uma linguagem e dinâmica atraente para o adolescente.
- 21 *Não respondeu.*
- Não respondeu.*
- 22 Sim
1. Como despertar o interesse.
- 23 Não
- Não respondeu.*
- 24 Sim
- A forma como será dada a informação para os alunos.
- 25 Sim
- Os adolescentes acreditam que sabem tudo.
- 26 Não
- Eles se interessam pelo o assunto.
- 27 Não

- Os alunos também estão ávidos por informações.
- 28 Não
- Desde que haja um boa orientação.
- 29 Não
- Não sou pessoa qualificada e nem trabalho na área.
- 30 Não
- O adolescente anseia por essas informações.
- 31 Não
- Não respondeu.*
- 32 Não
- Eles são muito receptivos ao que realmente interessa.
- 33 Não
- Não respondeu.*
- 34 Não
- Todos tem aceitação quando se fala em prevenção.
- 35 Sim
- Devido a falta de recursos.
- 36 Sim
- Falta de pré-requisitos. Falta de sinceridade. Falta de recursos, tempo, etc.
- 37 *Não respondeu.*
- Não respondeu.*
- 38 Não
- Dificuldades existe para lecionar qualquer matéria e em qualquer situação da vida.
- 39 Sim
- Recursos Intensivos.
- 40 Sim
- Dificuldade em compartilhar a educação sexual familiar/escolar.
- 41 Sim
- Falta de um programa c/ especialista e material.
- 42 Não

- Não respondeu.*
- 43 *Não respondeu.*
- Não respondeu.*
- 44 Sim
- A concepção de um “programa” em si, é um primeiro problema, caso a dimensão “ética” não seja feita a princípio. O tema deve ter abordagem interdisciplinar nos conteúdos regulares.
- 45 Sim
- O jovem pensa que sabe tudo e que isto nunca irá acontecer com ele, pois ele é muito esperto.
- 46 Sim
- Convence os familiares sobre a necessidade de abordar sobre a vida sexual dos filhos.
- 47 Sim
- Seriedade e direcionamento.
- 48 Sim
- Heterogeneidade, Vergonha dos alunos ou adolescentes, Amadurecimento em idades diferentes.
- 49 Não
- Se houver um preparo adequado dos participantes um compromisso efetivo com o programa não haverá dificuldade.
- 50 Sim
- Os adolescentes acham-se auto suficientes e donos da verdade, portanto não se “abrem” a novas informações.
- 51 Sim
- Forma de apresentação.
- 52 Não
- Desde que seja explicado de forma clara e objetiva e abrindo espaço para questionamentos que possam surgir.
- 53 Não
- Claro que um programa de prevenção bem montado, seria de interesse de todos os alunos, pois além de orienta-los quanto a AIDS, teria outras orientações tais como “drogas”, “sexo”, etc.
- 54 Sim
- Eles praticamente não ligam para o que os “adultos” falam.
-

Questão 24. Se houvesse uma oportunidade no momento você gostaria de participar de um programa de prevenção da AIDS? Sim Não Por quê?

Sujeito	Respostas
1	Sim Estou preocupado com o próximo. O avanço da doença está chegando às nossas famílias.
2	Sim O contágio e o crescimento em P.G. é assustador.
3	Não Porque atualmente não disponho de tempo para participar de algo tão sério e importante.
4	Não <i>Não respondeu.</i>
5	Não <i>Não respondeu.</i>
6	Não Falta de disponibilidade
7	Não <i>Não respondeu.</i>
8	Sim Para maior contato com os alunos.
9	Sim Para poder orientar melhor os alunos
10	Não. <i>Não respondeu.</i>
11	Sim Maior envolvimento.
12	Sim Interesse pela informação
13	Não Em princípio, minha área de atuação e de conhecimento não é relacionada ao assunto em questão.
14	Sim

- Para transmitir aos alunos e para tirar dúvidas.
- 15 Não
No momento tenho outras ocupações.
- 16 Não
Porque não disponho de tempo para participar de um programa complexo como esse.
- 17 Sim
Assim prestaria um senso à sociedade (desde que recebesse um preparo).
- 18 Não
O assunto não me atrai.
- 19 Sim
Sempre que se pode não custa colaborar para uma boa causa.
- 20 *Não respondeu.*
Depende de vários itens; horários, graus de conhecimento exigido, duração do programa.
- 21 *Não respondeu.*
Não respondeu.
- 22 Sim
Tenho condição e vontade e humildade para colaborar para com os colegas.
- 23 Sim
Para ter mais informações.
- 24 Sim
Se houver orientação para nós e servirmos como multiplicadores.
- 25 Não
Não possuo formação específica para tratar desse tema .Salvo se tivesse treinamento específico não menor que 120 horas (análise que não é absurdo a observação).
- 26 Sim
É bom participar.
- 27 Não
Falta de tempo (2 empregos) muitas aulas.
- 28 Sim. Não

- Não respondeu.*
- 29 Sim
Gostaria de conhecer mais prevenção, cuidados necessário e formas de transmissão.
- 30 *Não respondeu.*
- Não respondeu.*
- 31 Sim
Não respondeu.
- 32 Não
Iria tomar tempo do qual eu não disponho.
- 33 Não
Não me considero tão preparada para isso.
- 34 Sim
Sou professor e minha missão é educar.
- 35 Sim
Porque o meio mais eficaz de prevenção continua sendo a informação.
- 36 Sim
Está relacionado com a matéria que leciono: Biologia e P.S.
- 37 Não
Por falta de tempo (inúmeros compromissos).
- 38 Sim
É o dever de todo ser humano para com a vida.
- 39 Não
Exclusiva falta de tempo.
- 40 Sim
Ajudem a comunidade.
- 41 Sim.
Já busco nas aulas transmitir a necessidade dos jovens se acautelarem.
- 42 Sim
Esclarecer e ajudar os alunos.
- 43 Sim
Estas informações são muito requisitadas pelo corpo discente.
- 44 Não

Não respondeu.

- 45 Sim
O professor tem o dever de informar o aluno e direcionar o seu comportamento para atitudes sadias.
- 46 Sim
Estou envolvido diretamente m os alunos pelo cargo que o grupo na escola (orientação educacional) / tenho interesse pessoal/tenho conhecimento regional e acredito que algum habilidade favorável.
- 47 Sim
Porque tenho que dar a minha colaboração.
- 48 Sim
Para maiores esclarecimentos p/ poder informar os alunos e auxiliá-los.
- 49 Sim
Pelas relações que já descrevi nas questões anteriores.
- 50 Sim
Para estar esclarecido e poder informar.
- 51 Sim
Para um melhor conhecimento sobre o assunto.
- 52 Sim
Porque é importante a conscientização das pessoas e informações sobre a prevenção.
- 53 Sim
Para melhor orientar os alunos no assunto.
- 54 Não
Não estou apto a cuidar da área de Saúde e ainda sou obrigado a trabalhar 18h por dia para sustentar a família.
-

ANEXO 4

Questão 9: Escreva o mais claramente possível o que você sabe sobre a AIDS.

Categorias Iniciais

1. **Doença infecto-contagiosa:** termos ou expressões que indiquem que a doença ou a AIDS é um processo de infecção e/ou pode ser transmitida a outras pessoas.
2. **Doença sexualmente transmissível:** termos ou expressões que indiquem de forma clara que a transmissão da AIDS ou do HIV ou do vírus pode ocorrer pelo contato sexual, por esperma ou pelo semem.
3. **Transmissão pelo sangue:** termos ou expressões que façam referência a transmissão da AIDS ou do HIV ou do vírus pelo sangue ou hemoderivados.
4. **Transmissão por drogas:** termos ou expressões que façam referência a transmissão da AIDS ou do HIV ou do vírus pode ocorre pelo uso de drogas, indicando ou não ser a droga injetável, seringas ou agulhas compartilhadas, comunitárias ou coletivas.
5. **Outras formas de transmissão:** termos ou expressões que indiquem que a transmissão do HIV/AIDS pode ocorrer de outras formas não classificadas anteriormente, tais como: transmissão da mãe para o filho (transmissão direta), pela saliva, pela picada de mosquito, ou por fluidos corporais, por instrumentos, objetos ou equipamentos de uso clínico ou não, fazendo ou não referência a esterilização dos mesmos.
6. **Causador:** termos ou expressões que façam referência específica ao vírus, ou HIV, como agente etiológico ou causador da AIDS, apresentando ou não suas características ou propriedades.
7. **Alterações orgânicas:** termos ou expressões que façam referência a ação do HIV ou vírus no sistema imunológico, sistema de defesa ou seus componentes indicando ou não as modificações ou estados patológicos provocados ou decorrentes dessa ação.
8. **Prevenção:** termos ou expressões que indiquem ou façam referência as formas de controle ou prevenção da doença.
9. **Informação:** termos ou expressões que façam referência ao significado da sigla AIDS ou HIV, origem do vírus, pesquisas, divulgações, questões morais, ou desenlace final tais como cura, morte, cronicidade ou sentimentos relacionados a doença.
10. **Características do portador potencial:** termos ou expressões que indiquem características das pessoas sujeitas a AIDS.
11. **Discurso não pertinente:** termos ou expressões que não fazem referencia ou não apresentem argumentos relacionados a pergunta.

Categorias Globais

1. **Formas de Transmissão:** é composta pelas categorias iniciais que façam referência aos processos ou formas pelas quais o vírus, o HIV ou a AIDS pode ser transmitida.
2. **Histórico da doença:** é composta pelas categorias iniciais que façam referência ao tipo de doença, ao causador, à ação do vírus sobre o organismo, às conseqüências da infecção, ao portador potencial ou demais informações.
3. **Prevenção:** é composta pelas categorias que indiquem os processos ou formas de evitar ou controlar a doença.
4. **Discurso não pertinente:** é composto pelas categorias não fazem referencia ou não apresentem argumentos relacionados a pergunta.

Questão 14. Pensando na população em geral, ma sua opinião quem estaria mais sujeito à AIDS? Por quê?

Categorias Iniciais

Quem estaria mais sujeito à AIDS?

1. **População Carente:** termos ou expressões que façam indicação às populações menos favorecidas economicamente, aos pobres ou à periferia.
2. **Desinformados:** termos ou expressões que façam indicação às pessoas, ou grupos de pessoas, sem informação, ou acesso a ela, ou sem educação.
3. **Desprevenidos:** termos ou expressões que façam referência aos indivíduos que não se utilizam dos métodos preventivos ou não se comprometem com a prevenção ou não acreditam na possibilidade de se contaminar.
4. **Desviantes sexuais:** termos ou expressões que façam referência aos indivíduos que tem mais de um ou vários parceiros sexuais, aos homossexuais, as prostitutas ou pessoas de “programa”.
5. **Transfundidos:** termos ou expressões que façam referência às pessoas que necessitam ou se utilizam de procedimentos envolvendo transfusão de sangue, hemoderivados ou hemodiálise.
6. **Usuários de drogas:** termos ou expressões que façam referência aos drogaditos ou aqueles que compartilham seringas e agulhas.
7. **Jovens:** termos ou expressões que façam referência aos adolescentes, jovens ou crianças.
8. **Todos:** termos ou expressões que indiquem que todas as pessoas, indistintamente, estão sujeitas à AIDS.
9. **Outros:** termos ou expressões que façam referência a outros indivíduos ou pessoas sujeitas a AIDS tais como: incrédulos, portadores do HIV, pertencentes ao grupos de risco ou não classificadas anteriormente.

Categorias Globais

1. **Carentes:** é composta pelas categorias iniciais que façam referência aos carentes, desinformados ou desprevenidos.
2. **Grupos de Risco:** é composta pelas categoria iniciais que façam referência aos desviantes sexuais, transfundidos ou usuários de drogas.
3. **Todos:** é composta pela categoria inicial que façam referência a todos.
4. **Outros:** é composta pelas categorias iniciais que façam referência aos jovens e aos outros.

Categorias Iniciais

Por quê?

- a) **Comportamento:** termos ou expressões que façam referência às questões tais como: hábitos sexuais, baixo nível, fator cultura, comportamento, ter consciência, impetuosidade, ser vulnerável, liberdade sexual, não percepção dos riscos, fragilidade, credibilidade ou moral.
- b) **Promiscuidade:** termos ou expressões que façam referência aos aspectos sanitários, higiênicos, uso da mesma seringa incluindo os usuários de drogas, não uso de “camisinha” por qualquer motivo, promiscuidade ou às pessoas que têm mais de um ou vários parceiros sexuais.
- c) **Sócio-econômico:** termos ou expressões que façam indicação às pessoas, ou grupos de pessoas, ignorantes, sem acesso a informação, aos fatores sociais como a falta de cuidados, falta de atenção, descaso, falta de recursos, preço da “camisinha” ou ausência de política adequada.
- d) **Grupos de risco:** termos ou expressões que façam referência aos grupos de risco sem especificações, homossexuais ou às pessoas que são portadoras do HIV ou desconhecem essa condição do parceiro sexual.
- e) **Contato:** termos ou expressões que façam referência a maior possibilidade de contato com os aidéticos ou portadores, à transmissão da mãe para o filho via placentária ou pela amamentação, ao sangue contaminado, banco de sangue ou simplesmente sangue.
- f) **Não existe grupo de risco:** termos ou expressões que façam referência a ausência de um grupo de pessoas que estejam mais sujeitas à AIDS ou a existência de várias formas de transmissão do HIV, sem especificações.

Categorias Globais

- a) **Comportamento:** é composta pelas categorias que façam referência aos comportamento e a promiscuidade.
- b) **Sócio-econômico:** é composta pela categoria que faça referência a questão sócio-econômica.
- c) **Outras:** é composta pelas categorias que façam referência a existência ou não aos grupos de risco e ao contato.

Questão 17. Na sua opinião pessoas portadoras do HIV/AIDS pertencentes a comunidade escolar (professores, alunos, funcionários, etc.) devem permanecer na escola? -

Sim Não Por quê?

Responderam Sim

Categoria Iniciais

- 1. Ausência de risco:** termos ou expressões que indiquem a ausência de perigo, de riscos, a dificuldade de contágio ou contaminação com o HIV/AIDS, que o convívio no ambiente escolar não possibilita a transmissão ou ainda que não existem motivos para que as pessoas contaminadas sejam afastadas na escola.
- 2. Solidariedade:** termos ou expressões que façam referência a questões relacionadas com a integração social, necessidade de trabalho, de participação, de interação, manutenção do estímulo ou da auto-estima, ou que as pessoas contaminadas não devem ser afastadas do convívio social, por que ainda mantém a capacidade de trabalho ou ainda que necessitam de ajuda e podem ser auxiliadas.
- 3. Restrições:** termos ou expressões que façam referência a permanência da pessoa contaminada com o HIV/AIDS no ambiente escolar mas com certas limitações tais como: não participar de determinadas atividades, desde sejam orientadas, esclarecidas, sejam cautelosas, não se utilizem das formas de transmissão ou que não apresentem manifestação da AIDS.
- 4. Discriminação:** termos que expressões que indiquem que o afastamento das pessoas portadoras do HIV/AIDS é um ato ilegal, de segregação, de preconceito, de punição ou discriminatório o afastamento ou impedimento da presença dos portadores constitui um direito ao trabalho e à educação ou ainda, que não devem ser discriminadas.
- 5. Outros motivos:** termos ou expressões que façam referência a outros motivos que não os apresentados anteriormente.

Questão 20. Você poderia apontar alguma(s) dificuldade(s) no desenvolvimento de um programa de prevenção da AIDS para alunos adolescentes?

Sim

Não Por quê?

Responderam SIM

Categorias

1. **Funcionais:** termos ou expressões que façam referência as dificuldades relacionadas com a organização escolar, regime de trabalho do professor ou questões ligadas a recursos.
2. **Técnicas:** termos ou expressões que indiquem como dificuldades a falta de especialista, a forma de veicular as informações ou formas de despertar interesse.
3. **Psicossociais:** termos ou expressões que façam referência as dificuldades tais como: preconceitos, relacionados aos pais, questões de ética, comportamentos, crenças, condutas ou falta de pré-requisitos.

Responderam NÃO

Categorias

1. **Não sabe:** termos ou expressões que indiquem o desconhecimento de dificuldades no desenvolvimento de programas de prevenção.
2. **Receptividade:** termos ou expressões que façam referência ao interesse, receptividade, anseios, aceitação pelo tema ou o nível adequado dos alunos para o desenvolvimento e programas de prevenção.
3. **Condicionantes:** termos ou expressões a possibilidade do desenvolvimento dos programas de prevenção mas apresentando alguns condicionantes tais como: desde que sérios, depende boa vontade, com orientação, com preparo adequado, etc.

Questão 24. Se houvesse uma oportunidade no momento você gostaria de participar de um programa de prevenção da AIDS? Sim Não Por quê?

Responderam SIM

Categorias Iniciais

- 1. Solidariedade:** termos ou expressões que façam referência a possibilidade de participar de programas de prevenção com objetivos de prestar serviço, colaborar, auxiliar a comunidade, à sociedade, a comunidade ou os jovens ou ainda devido a preocupação com o próximo.
- 2. Ensino:** termos ou expressões que façam referência a participação em programas de prevenção devido a questões educacionais tais como: contato com alunos, transmitir informações, tirar dúvidas, envolvimento, já possui conhecimento ou habilidade, considera missão, está relacionado com a disciplina ou com a função que exerce.
- 3. Pessoais:** termos ou expressões que indiquem interesses pessoais sobre o tema AIDS ou medos devido a expansão da doença.