

MOACIR WUO

AIDS NA ESCOLA:
OS CONTEXTOS E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DE ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

2003

MOACIR WUO

AIDS NA ESCOLA:
OS CONTEXTOS E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DE ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCCAMP, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Doutor em Ciências (Psicologia como Profissão e Ciência).

Orientadora: Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

2003

MOACIR WUO

AIDS NA ESCOLA:
OS CONTEXTOS E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DE ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO

Comissão Examinadora

Campinas, 09 de abril de 2.003



Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo
Orientadora



Dra. Geraldina Porto Witter



Dra. Vera Motta Vecchiatti Socci



Dra. Josiane Maria de Freitas Tonelotto

Ata 62ª Sessão de Defesa de Tese de Doutorado em Psicologia como Profissão e Ciência realizada em 9 de Abril de 2003 às 13:00 horas.

No dia 9 de Abril de 2003 às 13:00 horas, foi realizada a sessão de defesa de Tese de Doutorado do candidato MOACIR WUO, que apresentou trabalho com o seguinte título: "AIDS NA ESCOLA: OS CONTEXTOS E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ESTUDANTES DE ENSINO MEDIO" e acordo com os requisitos legais a Comissão Examinadora designada para proceder o exame, foi presidida pela orientadora Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo do PPGP-CCV-PUC-Campinas e, composta pelos Doutores: Maria Patelli Juliane Souza Lima – FM-CCV-PUC-CAMPINAS; Vera Socci – UMC-Universidade de Mogi das Cruzes; Geraldina Porto Witter– PPGP-CCV-PUC-Campinas e, Josiane Maria de Freitas Tonelotto – PPGP-CCV-PUC-Campinas. Após a arguição em sessão secreta, deliberou quanto aos resultados do exame da seguinte forma: 1º examinador Dra. Maria Patelli Juliane Souza Lima atribuiu 100 (dez); 2º examinador Dra. Vera Socci atribuiu 100 (dez); 3º examinador Dra. Geraldina Porto Witter atribuiu 100 (dez); 4º examinador Dra. Josiane Maria de Freitas Tonelotto atribuiu 100 (dez) e a orientadora Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo atribuiu 100 (dez). A Comissão deliberou considerar o candidato APROVADO. Nada mais havendo a tratar, a Presidente declarou encerrada a sessão cujos trabalhos são objeto desta Ata, lavrada por mim, Dareide Gonçalves Peres, auxiliar de administração do Curso de Pós-Graduação em Psicologia, a qual assino juntamente com os Senhores Membros da Comissão Examinadora. Campinas, 9 de Abril de 2003.

Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo

Dra. Maria Patelli Juliane Souza Lima

Dra. Vera Socci

Dra. Geraldina Porto Witter

Dra. Josiane Maria de Freitas Tonelotto

Func. Dareide Gonçalves Peres

Confere com o original
Leonilda Brunhole Lopes
Pós-Graduação
RF 715119

Dedicatória

À minha querida irmã

Rosy Wuo

SUMÁRIO

Dedicatória	iv
Sumário	v
Índice de Tabelas	vii
Índice de Figuras	x
Índice de Quadros	xii
Índice de Anexos	xiii
Resumo	xiv
Abstract	xv
Resumen	xvi
Agradecimentos	xvii
Apresentação	xix
Capítulo 1 – Introdução	1
a) AIDS: um problema Mundial de Saúde Pública	1
b) AIDS: as influências e o sinergismo dos fatores causais	6
c) AIDS: Programas de Prevenção	9
d) AIDS: Programas de Prevenção para Adolescentes	12
e) AIDS: Prevenção no CEETEPS e em outras Instituições	16
f) Representações Sociais	23
g) Representações Sociais sobre AIDS	31
h) Atitudes	38
i) Atitude e Comportamento	42
j) Atitudes e Representações Sociais	43
l) Risco, Vulnerabilidade e fator protetivo	46
Objetivos	55

Capítulo 2 – Método	56
a) A Instituição	56
b) Sujeitos	57
c) Material	61
d) Procedimento da coleta de dados	65
e) Procedimento da análise dos dados	67
f) Sujeito Juiz	68
Capítulo 3 – Resultados e Discussão	69
1. Quem é esse adolescente?	72
2. Situações de Risco	128
3. Representações Sociais sobre a AIDS e Atitudes	142
4. Representações Sociais sobre Programas de Prevenção à AIDS na Escola.....	189
Capítulo 4 – Conclusões e Sugestões	212
Referências	238
Anexos	259

Índice de Tabelas

Tabela 1 –	Distribuição das matrículas do ano de 2.001 nas modalidades de ensino	57
Tabela 2 –	Total de matrículas em 2.001.....	58
Tabela 3 –	Distribuição dos alunos nas modalidades de ensino	59
Tabela 4 –	Idade e sexo dos alunos da 3 ^a . série	60
Tabela 5 –	Idade e sexo dos alunos da 1 ^a . série	61
Tabela 6 –	Questionários respondidos pelos alunos das 1 ^a s e 3 ^{as} . séries	67
Tabela 7 –	Situação atual com relação a estudos e trabalho	89
Tabela 8 –	Como está vivendo no momento atual	91
Tabela 9 –	Posição da AIDS como preocupação relacionada às cinco primeiras indicações	96
Tabela 10 –	Primeira das indicações dos Valores Sociais mais importantes	98
Tabela 11 –	Disponibilidade de dinheiro Semanal para “gastar no que quiser”	103
Tabela 12 –	Pertence a associações ou grupos	104
Tabela 13 –	Indicações do grau de participação nas associações ou grupos desportivos	106
Tabela 14 –	Indicações sobre os hábitos de “sair”	107
Tabela 15 –	Indicações sobre as atividades preferidas durante o tempo livre ou horas de lazer	109
Tabela 16 –	Consumo de algum tipo de bebida alcoólica em dias de semana	116
Tabela 17 –	Consumo de algum tipo de bebida alcoólica em fins de semana	117
Tabela 18 –	Já focaram embriagados nos últimos três meses	119

Tabela 19 –	Uso de drogas ilícitas	121
Tabela 20 –	Condições para que as pessoas tenham relações sexuais ..	130
Tabela 21 –	Indicações sobre relações sexuais	131
Tabela 22–	Idade da primeira relação sexual	133
Tabela 23–	Relações sexuais nos últimos 12 meses	134
Tabela 24 –	Conhecimento sobre a AIDS	143
Tabela 25 –	Identificação do portador do HIV	146
Tabela 26 –	Como a AIDS pode ser transmitida	148
Tabela 27 –	Possibilidade de adquirir HIV numa única relação sexual sem camisinha	150
Tabela 28 –	Cuidados para uma pessoa não “pegar” AIDS	154
Tabela 29 –	Razões para o não uso da camisinha entre os jovens	157
Tabela 30 –	Percepção dos alunos das atitudes dos pais com relação a camisinha	159
Tabela 31 –	Quem está sujeito à AIDS	168
Tabela 32 –	Porquê estão sujeitos à AIDS	169
Tabela 33 –	Possibilidade de se fazer o teste do HIV e ninguém ficar sabendo	173
Tabela 34 –	Preconceitos relacionados à AIDS	176
Tabela 35 –	Atitudes com relação à camisinha	178
Tabela 36 –	Concordância em ter relações sexuais sem camisinha	180
Tabela 37 –	Fontes de informação sobre a AIDS	184
Tabela 38 –	Indicações dos alunos sobre a existência de programa e/ou atividade de prevenção à AIDS	193
Tabela 39 –	Regularidade das palestras sobre AIDS para um grande número de alunos	194

Tabela 40 –	Profissionais ou pessoas que proferiram as palestras sobre AIDS	195
Tabela 41 –	Regularidade das atividades sobre AIDS realizadas em sala de aula e ministradas pelo professor da escola	198
Tabela 42 –	Representações sobre as atividades de prevenção na Escola	199
Tabela 43 –	Como as atividades de prevenção devem ser realizadas ..	206
Tabela 44 –	Temas ou assuntos que devem ser tratados nas atividades de prevenção	208

Índice de Figuras

Figura 1 –	Percepção dos alunos das normas e limites da família quanto a horários de diversão e lazer	72
Figura 2 –	Percepção dos alunos das normas e limites da família quanto ao grupo de amigos.	74
Figura 3 –	Percepção dos alunos das normas e limites da família quanto ao consumo de bebidas alcoólicas	76
Figura 4 –	Percepção dos alunos das normas e limites da família quanto à rotina de estudos ou trabalho	78
Figura 5 –	Percepção dos alunos das normas e limites da família quanto ao uso de dinheiro	79
Figura 6 –	Percepção dos alunos das normas e limites da família quanto as experiências sexuais	81
Figura 7 –	Percepções gerais dos alunos das normas e limites da família.	83
Figura 8 –	As cinco primeiras preocupações atuais dos alunos da 1 ^a . série	93
Figura 9 –	As cinco primeiras preocupações atuais dos alunos da 3 ^a . série	95
Figura 10 –	Posição da preocupação sobre a AIDS	97
Figura 11 –	Relações com grupos de amigos mais habituais	101
Figura 12 –	Associações ou grupos aos quais os alunos indicaram pertencer	105
Figura 13 –	Conhecimento sobre o uso de camisinha pelos colegas ...	111
Figura 14 –	Indicações dos locais preferidos para beber	120
Figura 15 –	Tipos de drogas utilizadas	122
Figura 16 –	Importância da relação sexual	129

Figura 17 – Distribuição dos alunos que já tiveram relações sexuais ..	132
Figura 18 – Número de parceiros sexuais	135
Figura 19 – Indicações sobre o uso de camisinha	137
Figura 20 – Interesse dos alunos nas atividades de prevenção	205

Índice de Quadros

Quadro 1 –	Distribuição das questões nas dimensões.....	64
Quadro 2 –	Distribuição das posições das razões para não uso da camisinha	158
Quadro 3 –	Questões e situações relacionadas aos preconceitos	175
Quadro 4 –	Posição das cinco primeiras fontes de informações sobre AIDS	185

Índice dos Anexos

Anexo 1 –	Questionário de coleta de dados	259
Anexo 2 –	Algumas questões com as respectivas respostas dadas pelos sujeitos	272
Anexo 3 –	Categorização das respostas dadas pelos sujeitos em algumas questões	285
Anexo 4 –	Correlações estatísticas.....	293

WUO, M. (2003). **AIDS na Escola: os Contextos e as Representações Sociais de Estudantes de Ensino Médio**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. SP (xxv + 296 páginas).

Palavras-Chave: HIV/AIDS; AIDS Educação; AIDS Adolescente; AIDS Escola; AIDS Representações Sociais;

RESUMO

Este estudo objetivou explorar as contextualizações e Representações Sociais de adolescentes do Ensino Médio sobre a AIDS e Programas de Prevenção à AIDS nas Escolas. Foram sujeitos 440 alunos de 1^a e 3^a séries do Ensino Médio de 10 Municípios do Estado de São Paulo. Utilizou-se de questionário com questões abertas e fechadas com dimensões do contexto familiar e social, situação de risco e Representações Sociais sobre a AIDS e Programas de Prevenção à AIDS nas Escolas. As respostas foram analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo. Nos resultados das percepções dos adolescentes, alunos desfrutaram maiores liberdades no lazer, rotina de trabalho e estudos, relações com amigos, disponibilidade de dinheiro, consumo de álcool e experiências sexuais que alunas. Todos apresentaram poucas preocupações com a AIDS, admitem ter relações sexuais sem compromissos, 31% indicaram ter tido relações sexuais, alunas apresentaram mais atividade sexual que os alunos, 58% indicaram ter usado camisinha com maiores rejeições entre as alunas. Alunas da 1^a indicaram maior precocidade no início da vida sexual e consumo álcool. Nas Representações Sociais sobre AIDS, destacam-se aspectos biológicos-medicalizados com baixas referências à prevenção, distorções nos conhecimentos sobre transmissão e prevenção. A 3^a série manifestou maiores insatisfações e falta de interatividade nos Programas de Prevenção. Os adolescentes reproduzem as Representações Sociais de Professores sobre AIDS via atividades de prevenção nas escolas.

WUO, M. (2003). **AIDS in the School: the contexts and Social Representations of High School's Students**. PhD Dissertation. Instituto de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. SP (xxv + 296 pages).

Keyword: HIV/AIDS, AIDS Education; AIDS Adolescents, AIDS School; AIDS Social Representations.

ABSTRACT

This study aimed to explore the contextualizations and Social Representation of adolescents of High School about AIDS and Program of AIDS' Prevention in schools. 440 High School's students of the 1st and the 3rd grades of 10 towns of São Paulo state participated in this study. A questionnaire with familiar and social contexts dimensions, with opened and closed questions, situation of risk and Social Representation about AIDS and Program of AIDS' Prevention in Schools were used. The answers were analyzed by the Contents Analysis technique. At the results of the adolescents perceptions, male students enjoy freedom in leisure, work routine and study, relationship with friends, money availability, alcohol consumption and sexual experiences more than the female students. All of them presented less care about AIDS. They admitted having sexual intercourse with no commitments. 31% indicated that they have had sexual intercourse and female students presented more sexual activity than male students. 58% indicated that they have used condom, with more rejection among the female students. The female students of the 1st grade indicated more prematurity in the beginning of sexual life and alcohol consumption. On the Social Representations about AIDS, biological-medicalized aspects is pointed out with low references of prevention, distortions of prevention and transmission knowledge. The 3rd grade manifested more dissatisfaction and a lack of interactivity in the Prevention's Program. The adolescents reproduce the Social Representations of Teachers about AIDS via activities of prevention in the schools.

WUO, M. (2003). **SIDA en la Escuela: Los Contextos y las Representaciones Sociales de Estudiantes de la Enseñanza Media**. Tesis de Doctorado. Instituto de Psicología. Pontificia Universidade Católica de Campinas. SP (xxv + 296 páginas).

Palabras Llave: HIV / SIDA; SIDA Educación; SIDA Adolescentes; SIDA Escuela; SIDA Representaciones Sociales.

RESUMEN

Este estudio objetivó explorar las contextualizaciones y Representaciones Sociales de los adolescentes de la enseñanza media sobre la SIDA y Programas de Prevención a la SIDA en las escuelas. Fueran sometidos 440 estudiantes de la 1ª y 3ª series de la enseñanza media de 10 distritos municipales del Estado de São Paulo. Se usó de encuesta a través de preguntas abiertas y cerradas con dimensiones del contexto familiar y social, situación de riesgo y Representaciones Sociales sobre la SIDA y Programas de Prevención en las escuelas. Las respuestas fueran analizadas por la Técnica de Análisis del Contenido. En los resultados de las percepciones de los adolescentes, los alumnos disfrutaron la libertad más grande en el ocio, rutina de trabajo y estudios, relaciones con los amigos, prontitud de dinero, consumo de alcohol y las experiencias sexuales más que las alumnas. Todos presentaron pocas preocupaciones con la SIDA, admiten tener relaciones sexuales sin compromisos, 31 % indicaron haber tenido relaciones sexuales; alumnas presentaron más actividad sexual que los alumnos, 58 % indicaron la utilización de condones con mayor rechazo entre las alumnas. Las estudiantes de la 1ª serie indicaron mayor precocidad en el principio de la vida sexual y consumo de alcohol. En las Representaciones Sociales sobre la SIDA, ellos destacan los aspectos biológicos medicalizados con bajas referencias a la prevención, distorsiones en los conocimientos sobre la transmisión y la prevención. La 3ª serie manifestó mayor insatisfacción y falta de interactividad en los programas de prevención. Los adolescentes reproducen las Representaciones Sociales de los maestros sobre la SIDA a través de actividades de prevención en las escuelas.

AGRADECIMENTOS

Às Pessoas:

Dra. Raquel de Souza Lobo Guzzo – PUCCAMP

Minha orientadora – pelas orientações seguras, pela oportunidade do compartilhar científico e pelo contagiante otimismo

Dra. Geraldina Porto Witter – PUCCAMP

Pelas críticas, sugestões, oportunidades e crédito

Dr. Brígido Vizeu Camargo – UFSC

Pelas críticas e sugestões ao projeto da Tese e pela cordialidade

Dra. Vera Motta Vecchiatti Socci – UMC

Pelas sugestões e pela serenidade

Prof. Marcos Antônio Monteiro – Diretor Superintendente do CEETEPS

Pela confiança e respeito

Aos colegas Professores e Diretores das ETES

sem os quais não haveria pesquisa

Aos adolescentes do CEETEPS

participantes incógnitos, colaboradores e exemplo de grandes cidadãos, cujas opiniões que emprestaram em muito contribuíram para somar esforços frente aos desafios impostos pela AIDS.

Às Instituições:

Curso de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCCAMP

Pela oportunidade

Centro Estadual de Educação Tecnológica “Paula Souza” – CEETEPS

Pelo apoio e pela possibilidade

*... não me diga mais quem é você
amanhã tudo volta ao normal
deixa a festa acabar
deixa o barco correr
deixa o dia raiar
que hoje eu sou da maneira que você me quer
o que você pedir eu lhe dou
seja você quem for
seja o que Deus quiser*

Chico Buarque de Hollanda

APRESENTAÇÃO

O estabelecimento das bases de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil se deu em 1983, a partir de ativistas do movimento homossexual e profissionais da saúde.

Oficialmente, o Ministério da Saúde cria, em 1986, o Programa Nacional de AIDS, com ações preventivas voltadas para testagem, aconselhamentos e informação massiva, focalizando grupos populacionais específicos.

Em 1992, a Coordenadoria Nacional das DSTs/AIDS (CNDSTs/AIDS) do Ministério da Saúde, inicia vários projetos e ações de controle das DSTs/AIDS para adolescentes e adultos jovens.

Embora a CNDSTs/AIDS tenha apresentado propostas de avaliação desses projetos, até o presente, não existem dados, resultados, análises e conclusões sobre as atividades desenvolvidas.

Dentre os esforços para o controle da disseminação do HIV/AIDS no mundo estão as recomendações e orientações na UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) para a obtenção de informações e aprofundamento de conhecimentos em torno da epidemia do HIV/AIDS, principalmente entre os adolescentes. Esses conhecimentos constituem os pontos fundamentais para direcionar, monitorar e avaliar os programas e/ou atividades de prevenção.

Muitos países têm desenvolvido pesquisas de âmbito nacional no intuito de buscar informações sobre os comportamentos dos adolescentes que exercem

influências na transmissão do HIV/AIDS. Como exemplo, podem ser citadas as amplas pesquisas realizadas, em 1994, pelo CDC (Center for Disease Control and Prevention) nos Estados Unidos e, em 1997, pela “Secrétairiat d’État à la Santé” da França, entre os escolares daqueles países.

No Brasil, os resultados de pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), sobre a percepção da AIDS e comportamento sexual foram apresentados em setembro de 2.000. Essa pesquisa, de âmbito nacional, envolveu 3.600 sujeitos com idade entre 16 a 65 anos, apresenta dados sobre o comportamento sexual dos brasileiros, mas, devido a ao grande intervalo da faixa etária estudada, impossibilita uma análise mais cuidadosa sobre os adolescentes com relação aos seus comportamentos frente ao HIV/AIDS.

As recomendações oficiais para o desenvolvimento de estudos mais apurados sobre os comportamentos dos adolescentes de escolas de ensino médio, relacionados à percepção do HIV/AIDS e comportamentos sexuais de risco, aparecem explicitamente no Relatório da Oficina para Análise de Situação e de Resposta – Planejamento Estratégico do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo do Governo do Estado de São Paulo, publicado no final de 2.000, e na Agenda de Compromissos da Secretaria de Políticas de Saúde da Coordenação Nacional das DSTs/AIDS do Ministério da Saúde (2.001).

No Relatório do Governo do Estado de São Paulo, há indicação da escassez de conhecimentos sobre as os aspectos comportamentais que aumentam

a vulnerabilidade dos adolescentes, a necessidade de respaldo científico sobre esses comportamentos para orientar ações preventivas. Da mesma maneira, a Agenda de Compromissos da CNDSTs/AIDS indica a necessidade de um diagnóstico atual e mais aprofundado sobre os comportamentos dos adolescentes, para articular política de promoção à saúde entre os adolescentes e jovens.

As considerações sobre a necessidade de pesquisas que integrem os novos significados culturais da construção da sexualidade e os significados culturais sobre riscos nos comportamentos dos adolescentes, incluindo suas representações sociais frente ao HIV/AIDS, também aparecem nas conclusões e recomendações sobre prevenção contidas no Relatório do I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST, realizado em novembro de 2.000.

Os adolescentes não constituem uma população com alta incidência de AIDS. A faixa etária mais atingida está entre 24 e 35 anos. Entretanto, dada as características biológicas de latência do vírus, entre 10 e 15 anos, é possível supor que a contaminação com o HIV deva ter ocorrido na adolescência.

Os dados epidemiológicos da década de 90 mostram que a transfusão sanguínea e os hemoderivados foram as formas de contaminação em 90% dos casos de AIDS entre os adolescentes com idades entre 13 e 14 anos. Na faixa etária entre 17 e 19 anos há predomínio da contaminação pelos chamados

comportamentos de risco. Esses comportamentos respondem por cerca de 90% de todos os casos de AIDS entre os adultos com idades entre 20 e 34 anos.

Os comportamentos de riscos que expõem os adolescentes ao HIV incluem, entre outros, o uso de drogas ilícitas, álcool, práticas sexuais desprotegidas e precoces, conhecimentos deficientes sobre as formas de transmissão do HIV, assim como as modificações de natureza física, psicológica e social que são experimentadas durante o período da adolescência.

Desde do início da epidemia mundial da AIDS, as preocupações de pesquisadores e instituições têm reconhecido e voltado sua atenção para os fatores que influenciam a vulnerabilidade ao HIV entre os adolescentes. Fatores diversos como idade, gênero, posição social, nível econômico, normas culturais, crenças, grau de escolaridade, representações e preconceitos determinam e associam as atitudes dos indivíduos a uma possível contaminação com o vírus HIV.

Alguns desses fatores podem representar riscos de contaminação ou de proteção aos indivíduos e, como recomenda a Organização Mundial de Saúde, devem ser estudados com objetivos de construir um corpo de conhecimentos em torno do HIV. Conhecimentos estes que permitam manter a saúde do adolescente, avaliar programas de prevenção concebidos para reduzir a propagação da infecção e o impacto da AIDS na vida das pessoas, das famílias e das comunidades.

Para o Autor, a pesquisa sobre os comportamentos, atitudes, conhecimento e representações sociais dos adolescentes frente ao HIV/AIDS vem completar um ciclo de estudos e ações preventivas desenvolvidas no Centro Estadual de Educação Tecnológica “Paula Souza” (CEETEPS), desde 1997. Dessa maneira, as ações preventivas visam atender um contingente de 81.000 alunos adolescentes e jovens adultos matriculados nas 110 unidades de ensino médio e técnico do CEETEPS, distribuídas em 92 municípios do Estado de São Paulo.

As pesquisas anteriores do Autor, incluindo Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCCAMP (Wuo, 1998; Guzzo&Wuo, 2.000; Wuo&Rosado(a), 1999; Wuo&Rosado(b), 1999), versaram sobre as representações sociais de professores sobre AIDS, AIDS na Escola e Programas de Prevenção à AIDS nas escolas. Essas pesquisas permitiram a construção de um espaço de reflexão que conduziram ao desenvolvimento de um Programa de Capacitação para Professores desenvolvido no CEETEPS em convênio com a Coordenadoria Nacional das DSTs/AIDS do Ministério da Saúde, em 1998.

Uma segunda etapa de pesquisas, patrocinada pela UNESCO e pela CNDST/AIDS, focalizou a visão de Diretores e Professores sobre programas e/ou atividades de prevenção ao HIV/AIDS, desenvolvidas nas Escolas e sobre as características didático-pedagógicas desses programas e/ou atividades (Wuo&Guzzo, 2000; Guzzo & Wuo, 2001).

Mann (1994) recomenda que se deve investir rotineiramente nas pesquisas sobre conhecimentos, atitudes, crenças e práticas relacionadas ao HIV/AIDS. Essas pesquisas devem fornecer informações concretas e fundamentais para o planejamento ou modificações nas ações preventivas e propiciar a construção de uma ponte entre o “mundo dos comportamentos” e o “mundo da saúde pública”.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi estudar as Representações Sociais de adolescentes de ensino médio sobre a AIDS, e os possíveis fatores de risco e protetivos associados a essas Representações. Participaram da pesquisa alunos das 1^a.s e 3^a. séries do ensino médio de Escolas do Centro Estadual de Educação Tecnológica “Paula Souza” – CEETEPS.

A pesquisa está dividida em três partes. A primeira descreve a contextualização social dos adolescentes, buscando as suas características psicossociais relacionadas à família e aos envolvimento sociais. Na segunda parte, buscou-se a identificação de situações de risco que constituem as redes causais de riscos e de proteção. A terceira parte está voltada para o estudo das Representações Sociais e Atitudes. Assim, foram analisados dois aspectos das Representações Sociais, um versando sobre a AIDS e o outro sobre Atividades e/ou Programas de Prevenção à AIDS desenvolvidas nas escolas, enquanto que as análises sobre as Atitudes focalizaram o uso da camisinha e situações de risco. Nesta terceira parte também estão incluídos as fontes de informações sobre AIDS, uma vez que essas fontes contribuem com a construção das

Representações Sociais e, possivelmente, a configuração das crenças que conduzem às atitudes.

Esta terceira parte da pesquisa está diretamente relacionada com as citadas pesquisas anteriores do Autor – Representações Sociais de Professores sobre AIDS e Programas de Prevenção e a Visão de Diretores e Professores sobre Programas de Prevenção à AIDS nas Escolas – tendo, ao mesmo tempo, a função de análise avaliativa, quanto aos procedimentos preventivos desenvolvidos nas escolas e uma análise das possíveis conseqüências nas representações sociais dos alunos sobre a AIDS.

Espera-se que esses estudos, somados aos anteriores desenvolvidos pelo Autor e por outros pesquisadores, venham contribuir para a construção de um referencial teórico sobre a prevenção ao HIV/AIDS no Programa de Doutorado em Psicologia da PUCCAMP, e também para uma melhor compreensão dos comportamentos do adolescente nos ambientes e contextos escolares do CEETEPS, com o intuito de integrar ações coordenadas e planejadas de prevenção AIDS no cotidiano das escolas brasileiras.

INTRODUÇÃO

a) AIDS: um problema Mundial de Saúde Pública

O vírus da imunodeficiência humana, causador da AIDS, tem provocado uma epidemia muito além daquela prevista há uma década. A UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS) e WHO (World Health Organization) estimam que, neste final de século, existam no mundo cerca de 36 milhões e 100 mil pessoas contaminadas com o HIV ou com AIDS. Os dados disponíveis mais recentes contabilizam cerca de 5 milhões e 300 mil novas infecções durante o ano de 2.000. Esses números ultrapassam em mais de 50% das projeções feitas em 1991 (UNAIDS/WHO, 2000).

A pandemia triplicou, passando de 12 milhões de infectados em 1992 para mais de 40 milhões em 1997. O crescimento acelerado dessa pandemia é agravado pela natureza complexa das epidemias do HIV e da AIDS e pelas diversas maneiras pelas quais o vírus se propaga.

As ausências de cura e de uma terapia disponível têm levado à morte a maioria das pessoas contaminadas com o HIV. Segundo a OMS, mais de 16 milhões de pessoas em todo o mundo já morreram de AIDS, desde o início da pandemia até o final do ano 2.000.

A distribuição das pessoas contaminadas com o HIV/AIDS no mundo é extremamente desigual. Em primeiro lugar, aparece a África Sub-Saária com

70,1% dos contaminados, seguida do Sul e Sudeste Asiático com 14,6%, a Europa Oriental e Ásia Central com 4,7%, a América Latina com 2,8% e o leste da Ásia e Pacífico com 2,4%. Estão incluídas nas regiões menos afetadas o Norte e Meio-Leste da África com 1,5%, o Caribe com 1,1%, a América do Norte com 0,8%, a Europa Ocidental 0,6% e Austrália e Nova Zelândia com 0,01%.

Os países desenvolvidos têm controlado a disseminação do HIV entre a população heterossexual, mantendo o vírus confinado a certas categorias de transmissão. Entretanto o mesmo não acontece com os países em desenvolvimento que respondem por 95% novas infecções ocorridas no mundo. A prevenção do HIV, que poderia ser uma tarefa essencialmente simples, está envolvida em uma multiplicidade de dimensões complexas que associam comportamentos individuais e coletivos com as condições econômicas, sociais, culturais, educacionais, de acesso a tratamentos ou mesmo devido às dinâmicas populacionais de cada país ou localidade (Hearst & Mandel, 1997; Kelly, 2000).

Este conjunto de fatores interrelacionados e altamente complexos têm levado a uma situação desesperadora alguns países da África SubSaária. Além dos indescritíveis sofrimentos físicos, psicológicos e emocionais, já existem evidências das rupturas sociais causadas pela AIDS. A doença atinge principalmente homens e mulheres na faixa etária entre 15 e 49 anos, levando a redução da produtividade e aumento da pobreza. A falta de investimentos nas

áreas sociais, dentre elas a educacional, constituem uma das conseqüências desse estado de pobreza.

Os efeitos na área educacional, descrito por Kelly (2.000), vão desde a queda da demanda até o planejamento, gerenciamento e manutenção do sistema educacional. A queda da demanda deve-se em parte ao aumento de crianças órfãs de um ou de ambos os pais e também ao medo que as famílias têm em permitir que seus filhos e filhas possam contrair AIDS nas escolas. Os problemas relacionados ao gerenciamento e a manutenção do sistema acontecem devido ao grande número de professores e especialistas em educação contaminados ou doentes, impedidos de trabalhar, como também a falta desses profissionais devido às altas taxas de mortalidade.

Na América Latina estima-se que, durante o ano de 2.000, 150.000 adultos e crianças tornaram-se infectadas e, ao final do de 2.000, cerca de 1 milhão de 400 mil pessoas – adultos e crianças – já estejam vivendo com HIV ou AIDS.

No Brasil, o número de casos notificados no período de 1980 a 2.000, segundo o Ministério da Saúde, foi de 190.949. Desse total, 70% estão concentrados na Região Sudeste sendo 48% no Estado de São Paulo. Embora os boletins epidemiológicos apontem uma diminuição de casos no período de 1999 a maio de 2.000, essa diminuição deve-se mais ao retardo das notificações do que a uma real diminuição no número de casos, segundo as advertências de Dhalia, Barreira & Castilho (2.000).

A incidência do HIV/AIDS é heterogênea em todo o território nacional, embora existam registros de ocorrência desde 1980. As variações evoluíram de 8 casos por 100.000 habitantes em 1991 para 13,7 por 100.000 habitantes em 1998. Essas variações vêm ocorrendo associadas a modificações no perfil epidemiológico tais como: 1) a diminuição da velocidade da epidemia nos grandes centros urbanos da região sudeste de 36%, no período de 1987 a 1992, para 12% no período de 1992 a 1996; 2) aumento do ritmo de crescimento da epidemia nos pequenos municípios com menos de 50.000 habitantes; 3) redução dos casos notificados entre os homo/bissexuais, de 71% em 1984 para 22% em 1999/2000; 4) aumento dos casos por via heterossexual acompanhada da expressiva participação das mulheres com a redução da razão de 24 homens : 1 mulher, em 1985, para 2 homens : 1 mulher, em 1999/2000 e 5) aumento da transmissão vertical, como indicado em várias pesquisas ¹.

Segundo Santo, Pinheiro e Jordani (2000), no Estado de São Paulo, em 1998, os dados epidemiológicos sobre a AIDS indicam: 1) foi a segunda causa de mortes entre homens e mulheres; 2) as faixas etárias mais atingidas foram entre 20 e 34 anos para os homens e entre 25 e 34 para as mulheres; 3) houve predomínio entre os solteiros, sendo 67% entre os homens e 59,6% entre as mulheres; 4) a relação de mortes entre os sexos foi de 2,4 para os homens em

¹ (Szwarcwald, Bastos, Esteves & Andrade, 2000; Guimarães, 2000; Cassano, Frias & Valente, 2000; Fonseca, Szwarcwald, Derrico, Andrade, Veras & , Bastos 2000; Parker & Camargo Jr., 2000; Santos & Santos, 1999; Antunes, 1999).

relação às mulheres, essa relação era de 2,8 em 1996; 5) os dados indicam um aumento do número de óbitos entre as mulheres.

A despeito dessas modificações, o grupo mais atingido desde o início da epidemia, com 70% das notificações, continua sendo a faixa etária entre 20 a 39 anos em ambos os sexos, configurando como a segunda causa de óbitos no Brasil ².

Modificações acentuadas também foram observadas quanto ao grau de escolaridade entre os homens. Nas notificações de 1982, a maioria dos casos ocorreram entre homens com mais de 11 anos de escolaridade e com nível superior. Já, em 1999/2000, 74% dos casos ocorreram entre os analfabetos e aqueles com menos de 8 anos de escolaridade. O mesmo não está acontecendo entre as mulheres, cujas notificações de casos novos chega a 60% nas idades acima de 12 anos de escolaridade (Fernandes et al, 2000).

Outros registros e indicadores importantes para dimensionar a gravidade das condições brasileiras incluem: 1) 720 mil partos e 250 mil abortos entre jovens de 10 a 19 anos, segundo os registros do SUS de 1997; 2) 26% de mortes maternas entre jovens de 15 a 19 anos; 3) apenas 14% das jovens de 15 a 19 anos usam algum tipo de anticoncepcional; 4) o uso de camisinha entre as mulheres sexualmente ativas na faixa etária entre 13 a 19 anos e 20 e 29 anos é de 8% e 10,5% respectivamente, embora o conhecimento sobre a utilidade da

camisinha para se evitar doenças seja de 42% e 49% nesses mesmos grupos (Pinto & Telles, 2000).

Os dados do Ministério da Saúde também indicam que 21% dos casos notificados em todo o país ocorrem entre os usuários de drogas injetáveis (UDI). Novamente o Estado de São Paulo aparece neste cenário. Inicialmente na metade da década de 80, o município de Santos contava com 50% dos casos de AIDS entre os UDI. Na Segunda metade da década de 90, ocorre um aumento expressivo no consumo de “crack” no município de São Paulo e em diversas cidades de porte médio associado a elevadas taxas de infecção pelo HIV.

b) AIDS: as influências e o sinergismo dos fatores causais

Existem evidências em todo o mundo de que fatores biológicos e sócio-comportamentais exercem influências na transmissão sexual do HIV e/ou direcionam a epidemia a níveis mais altos. Dentre os fatores biológicos, destacam-se as altas taxas de infecções de doenças sexualmente transmissíveis e alta carga viral. Com relação aos fatores sócio-comportamentais, podem ser citados: a) pouco ou nenhum uso da camisinha; b) grande proporção de população jovem e adulta com múltiplos parceiros; c) sobreposição de parceiros sexuais - os indivíduos são altamente infectantes, quando primeiro adquirem o

² (Guimarães, 2000; Vieira, Villela, Réa, Fernandes, Franco & Ribeiro, 2000; Fernandes, Antonio, Bahamondes & Cupertino, 2000; Szwarcwald, Castilho, Barbosa Jr., Gomes, Costa, Maletta, Carvalho & Oliveira, 2000; Szwarcwald & Castilho, 2000; Santos & Santos, 1999).

HIV e aumentam a probabilidade de infectar parceiros concorrentes (ou concomitantes); d) grande rede sexual; e) misturas de idades, tipicamente homens velhos e meninas ou garotas jovens; f) mulheres dependentes economicamente no casamento ou prostituição, privando-as do controle sobre as circunstâncias ou sexo seguro; g) índices elevados de consumo de álcool e drogas; h) início precoce na vida sexual; i) diferentes percepções e representações sociais; j) diferenças de gênero; l) falta de conhecimentos sobre as DSTs/AIDS e m) inabilidade em proteger-se, entre outros (Paicheler, 1999; Robertson & Levin, 1999, Cassano, Frias & Valente, 2000; Santos & Santos, 1999; Fernandes et al, 2000; Rodrigues & Abath, 2000).

Embora todos esses fatores atuem na disseminação do vírus, não é possível se estabelecer pelas pesquisas ou dizer exatamente qual é a contribuição e a extensão necessária de cada um ou as combinações entre eles que dão impulso à epidemia.

Os epidemiologistas não podem prever com certeza quão rápido uma dada epidemia se expandirá e quando diminuirá. Pequenas previsões podem ser feitas com bases nas tendências e informações sobre os comportamentos de risco.

Mesmo sem um dimensionamento preciso das contribuições e combinações entre esse conjunto de fatores, existem fortes evidências mostrando que os países que reduziram a incidência de infecções foram aqueles que não só desenvolveram e implementaram programas de prevenção eficientes,

estimulando as mudanças de comportamentos e conhecimento sobre a AIDS, como também vêm mantendo constantes e regulares estudos e pesquisas sobre os diversos fatores e aspectos sócio-comportamentais, tanto individuais como os coletivos, que afetam a transmissibilidade do vírus.

No Brasil, o HIV apresenta-se como um desafio que varia enormemente de um lugar para o outro, devido às distâncias, às diferenças regionais, às migrações, às dificuldades nos registros epidemiológicos, à disponibilidade de programas preventivos e ao tempo decorrido entre a infecção e o desenvolvimento doença, entre outros. A ação sinérgica desses fatores contribui na determinação da velocidade da epidemia do HIV/AIDS.

Quando o HIV disseminado dentro de pequenos grupos populacionais, tais como entre homens que fazem sexo com homens, o número de pessoas expostas é apenas temporariamente menor, uma vez que a bissexualidade e o uso de drogas podem ser pontes de contaminação para a população em geral. Entretanto, quando o HIV é transmitido por meio do sexo entre homens e mulheres, uma grande parte da população encontra-se imediatamente em risco.

Associando-se: 1) as características biológicas de latência do vírus, em torno de dez anos; 2) a via sexual como principal forma de sua transmissibilidade e 3) a faixa etária mais atingida pela manifestação da doença ser de 20 a 39 anos, pode-se deduzir que, possivelmente, a contaminação com o HIV deva ter ocorrido na adolescência.

A adolescência é o período em que os jovens estão aprendendo a assumir suas vidas, a tomar decisões, ao mesmo tempo em que iniciam suas atividades sexuais e atravessam profundas alterações físicas, psicológicas e comportamentais. Na “travessia” desse período, normalmente tumultuada, os adolescentes tornam-se particularmente vulneráveis ao HIV/AIDS ³. Segundo Santos&Santos (1999), anualmente quatro milhões de jovens tornam-se ativos sexualmente no Brasil.

Os esforços no controle da epidemia, além daqueles empreendidos na área biomédica para produzir vacinas e aumentar a eficiência terapêutica, têm-se concentrado nos processos que conduzem às mudanças dos comportamentos de risco. Esses comportamentos ocorrem em contextos de relações interpessoais, entre muitos obstáculos sociais, psicológicos e culturais que impedem o controle e a diminuição da epidemia.

c) AIDS: Programas de Prevenção

A OMS (1992) define dois conjuntos de ações necessárias para o desenvolvimento e sucesso de Programas de Prevenção à AIDS. Em primeiro lugar, há necessidade de se definir claramente uma política de prevenção. Essa

³ (Alberti, 1996; Huerta, 1996; Cerwonka, Isbell & Hansen, 2000; Robertson & Levin, 1999; Smith, Dane, Archer, Devereaux & Ktner, 2000; Bruin & Fischhoff, 2000; TrotterII, Weller, Baer, Pachter, Glazes, Garcia & Klein, 1999; Newman & Zimmerman, 2000; Sandrin-Berthon, Lestage, Baudier & Monnot, 1994).

política deve incluir as questões educacionais, o envolvimento e apoio de diversos níveis e grupos como representantes de governo – federal, estadual e municipal – administradores e especialistas escolares, comunidade, alunos, grupos culturais e religiosos, entre outros. Após a definição das bases políticas, o passo seguinte é o estabelecimento das metas de prevenção que devem incluir estímulos para mudanças de comportamentos e atitudes que evitem a transmissão do HIV e as discriminações e aumentem a auto-estima, os valores sociais e a solidariedade.

A WHO - World Health Organization - (1989), propõe a inserção dos programas de prevenção à AIDS em um programa amplo de promoção da saúde, utilizando-se de princípios e métodos específicos. Nessa proposta estão incluídos princípios e métodos de comunicação, planejamento instrucional, educação em saúde, “marketing” pessoal e social, análises de comportamentos e as relações entre saúde pública e ciências sociais. Esses princípios e métodos têm por objetivo promover mudanças de práticas de riscos e desenvolvimento de habilidades pessoais. Os programas devem, portanto, ser estruturados, a partir das informações sobre a comunidade para a qual se destina o programa e pesquisa sobre técnicas de manejo dessa comunidade, estratégias para promoção de mudanças comportamentais, canais e recursos para se alcançar as mudanças e métodos de monitoramento do programa.

As orientações da OMS, WHO e UNAIDS, juntamente com inúmeras pesquisas sobre o desenvolvimento e avaliações de programas de prevenção à

AIDS, reforçam a idéia de que esses programas devem ter um planejamento adequado para se avaliar a extensão dos comportamentos dos grupos envolvidos antes e após a intervenção, e devem procurar desenvolver habilidades sociais, técnicas de comunicação, melhoria da auto-estima e não somente a aquisição de conhecimentos.

Nos ambientes escolares, exige-se que os programas apresentem um embasamento teórico explícito, combinem métodos e processos de avaliação de resultados, atendam tanto as necessidades cognitivas como as comportamentais dos adolescentes, identifiquem os determinantes dos comportamentos desses adolescentes, ocorram de maneira regular ao longo do tempo e sejam avaliados longitudinalmente para se determinar a sustentabilidade dos comportamentos e habilidades adquiridas, como apontam vários estudos ⁴.

Outros aspectos a ser considerados nos programas de prevenção nas escolas são as influências dos fatores culturais, ambientais, institucionais, a organização escolar, os reflexos dos programas entre os adolescentes e a política escolar (Stevenson & Davis, 1994; Weeks, Levy, Gordon, Handler, Perhats & Flay, 1997)

⁴ (Aplasca, Siegel, Mandel, Santana-Arciaga, Paul, Hudes, Monzon & Hearst, 1995; Coleman & Ford, 1996; Schaalma, Kok, Bosker, Parcel, Peters, Poelman, & Reinders, 1996; Levy, Perhats, Weeks, Handler, Zhu & Flay, 1995; O'Hara, Messick, Fichtner & Parris, 1996; Siegel, DiClemente, Durbin, Krasnovsky & Saliba, 1995; Slonim-Nevo, Auslander, Ozawa & Jung, 1996).

d) AIDS: Programas de Prevenção para adolescentes

Programas de prevenção à AIDS para adolescentes têm sido sistematicamente recomendados, desenvolvidos, implementados, avaliados e descritos por pesquisadores, educadores e instituições, não somente para os países altamente industrializados, mas também nas economias de transição com propósitos de promover mudanças sócio-comportamentais, como as mais eficientes e, às vezes, as únicas formas de controlar ou impedir a infecção pelo HIV, como mostram muitas pesquisas sobre o tema ⁵.

Alguns exemplos podem ser citados sobre os cuidados e ações de alguns países frente a epidemia do HIV/AIDS.

Nos Estados Unidos, o “Center for Disease Control and Prevention - CDC”, órgão governamental voltado para as questões de saúde pública também desenvolve, supervisiona, capacita professores e implementa programas de prevenção da AIDS nas escolas americanas. O CDC desenvolveu, em 1994, uma ampla pesquisa nacional sobre os programas educacionais básicos sobre violência, uso de drogas, tabaco, conduta sexual e sobre prevenção ao HIV, desenvolvidos nas escolas públicas e particulares. Os dados da pesquisa

⁵(Burak, 1994; Unda, Acevedo & Sotomayor, 1992; Merati, Ekstrand, Hudes, Suarmiartha & Mandel, 1997; Antunes, Stall, Paiva, Peres, Paul, Hudes & Hearst, 1997; Bhave, Lindan, Desai, Wagle, Tripathi & Mandel, 1995; King, Estey, Allen, Kegeles, Wolf, Valentine & Serufulira, 1995; Visrutaratna, Lindan, Sirhorachai & Mandel, 1995, Cáceres, Rosasco, Mandel, & Hears, 1994; Kennedy, Mizuno, Hoffman, Baume & Strand, 2000; Smith, Dane, Archer, Devereaux & Katner, 2000; OPS, 2000).

mostram que todos os estados americanos desenvolvem atividades e/ou programas de prevenção da AIDS e a maioria das escolas distritais, em todo o país, promove a capacitação de docentes em serviço. Mesmo assim, o CDC indica a necessidade de aumentar, em pelo menos 95%, a proporção de escolas com currículos que incluam questões relacionadas à saúde, voltadas para crianças que já possuam alguma capacidade de compreensão sobre as doenças sexualmente transmissíveis.

Da mesma maneira, a Secretaria de Estado da Saúde da França realizou uma pesquisa nacional, nos anos de 1997 e 1998, publicada no “Baromètre santé – jeunes 97/98” (Arène; Janvrin & Baudir, 1998), sobre a saúde e comportamento de jovens com idade entre 12 a 19 anos, focalizando os aspectos relacionados à nutrição, esporte, consumo de álcool, tabaco e sobre a vida afetiva e sexual e AIDS. Os resultados mostraram que 87,1% dos jovens entre 15 e 19 anos ativos sexualmente usaram “camisinha” na primeira vez que tiveram relações sexuais, mesmo assim o documento adverte que os familiares, a escola e a sociedade geral continuam sendo os maiores responsáveis pelas atitudes e comportamentos dos adolescentes.

No Brasil, a prevenção ao HIV/AIDS estabeleceu suas bases em 1983, em São Paulo, a partir do trabalho de ativistas do movimento homossexual e de profissionais da saúde.

Oficialmente, o Ministério da Saúde cria, em 1986, o Programa Nacional de AIDS com ações preventivas voltadas para a testagem, aconselhamentos,

informação massiva, focalizando grupos populacionais específicos. Após muitas incursões muitas vezes caóticas, afilia-se às tendências teóricas e reconhece a necessidade efetiva da mudança de comportamento. A partir de 1992, a Coordenação Nacional das DSTs e AIDS (CNDSTs/AIDS) inicia vários projetos e ações de controle de DSTs e AIDS para adolescentes e adultos jovens. Esses projetos incluem a formação de agentes multiplicadores e de monitores adolescentes, a capacitação a distância de professores e alunos, programas de rádio e TV e produção de material didático (MS, 1997; Santos & Santos, 1999).

Esses projetos tinham por objetivo atingir 63 milhões de crianças e jovens na faixa etária de 5 a 24 anos, dos quais 45 milhões alfabetizados e 18 milhões sem acesso às escolas.

Como já indicado anteriormente, a CNDSTs/AIDS apresentou propostas de avaliação dos projetos, sem contudo, até o presente, disponibilizar dados, resultados, análises e conclusões das atividades desenvolvidas.

Nas escolas públicas do Estado de São Paulo, segundo a Secretaria de Educação, o Projeto “Prevenção também se ensina”, criado em 1.996 em parceria com a Secretaria da Saúde, tem característica permanente, atinge atualmente 2.755 escolas estaduais, que corresponde a 71% da rede escolar de ensino fundamental e médio com envolvimento de 8.550 educadores e 2.700.000 alunos.

Em setembro de 2.000, o Governo do Estado de São Paulo apresentou o Relatório da Oficina para Análise de Situação e de Resposta – Planejamento

Estratégico, do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo. O relatório analisa e descreve as ações desenvolvidas, os impactos positivos e negativos do programa e faz projeções sobre o que deve ser excluído, mantido e expandido.

Dentre as análises na área da educação apresentadas no relatório pode ser destacada aquela que indica professores para conduzir os programas de prevenção, em lugar dos técnicos do Programa de DST/AIDS, cabendo a esses técnicos o treinamento dos Professores, definição de diretrizes, além de monitorar e supervisionar o processo. O relatório é explícito quanto à escassez de conhecimentos sobre as questões comportamentais que aumentam a vulnerabilidade dos adolescentes, ao mesmo tempo que indica a necessidade de respaldo científico sobre esses comportamentos para orientar ações de prevenção.

A avaliação do Projeto é apresentada de maneira subjetiva indicando que “o Projeto Prevenção também se Ensina foi uma estratégia que deu certo”, “era muito bom, a metodologia era adequada” e as falhas deveram-se à “referência e contra-referências que foram pouco amarradas”.

Embora o relatório não apresente indicações claras sobre avaliações, monitoramento e estudos mais aprofundados sobre as modificações nas condutas, crenças, atitudes e conhecimentos dos adolescentes – alvo das ações e programas de prevenção – conclui que os subsídios utilizados para a avaliação foram insuficientes, não houve resposta comportamental mais efetiva e há

necessidade de um diagnóstico mais apurado de enfrentamento da epidemia junto a esses adolescentes.

Em vista da pesquisa realizada pelo Autor, as recomendações altamente positivas do relatório são: a prevenção deve ser incluída no orçamento da Educação; implementar a prevenção na rotina das escolas; aprimorar metodologias e estratégias para garantir a continuidade das ações e envolvimento dos pais; constatação de que a administração escolar ou diretoria de ensino tem peso considerável sobre o desenvolvimento de programas preventivos nas escolas.

A necessidade de um diagnóstico mais apurado sobre os comportamentos dos adolescentes frente ao HIV/AIDS também é indicado e proposto pela Agenda de Compromisso da Secretaria de Políticas de Saúde da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. Esse diagnóstico permitirá articular uma política para promoção da saúde entre crianças, adolescentes e jovens. Essa política visa integrar, priorizar, estimular, identificar e promover as mais diversas ações de prevenção das DST/AIDS e uso indevido de drogas (MS, 2.001).

e) AIDS: Prevenção no CEETEPS e em outras Instituições

A rede de ensino oficial do Estado de São Paulo não está restrita à Secretaria de Educação. O Centro Estadual de Educação Tecnológica “Paula

Souza” – CEETEPS – é uma das Instituições de Ensino do Estado de São Paulo ligada à Secretaria de Ciência e Tecnologia que congrega as FATECs (Faculdades de Tecnologia) e 110 unidades de ensino médio e profissionalizante, distribuídas em 92 municípios. Reúne, atualmente, cerca 81.000 alunos adolescentes e 4.150 professores, e, embora não disponha de um programa oficial sobre prevenção à AIDS, vem buscando construir um processo adequado e estável de prevenção para a discentes e docentes.

Os primeiros investimentos do CEETEPS ocorreram em 1998 com o desenvolvimento de um programa de capacitação de docentes, coordenado por este Autor, para prevenção à AIDS. O programa, patrocinado pelo Ministério da Saúde, foi parcialmente desenvolvido, devido a dificuldades administrativas da Instituição, mesmo assim as atividades de prevenção ocorrem em todas as unidades de ensino do CEETEPS, como demonstrou a pesquisa de Guzzo & Wuo (2001).

O programa de capacitação dos professores seguiu as pesquisas do Autor sobre as representações sociais de professores sobre AIDS, AIDS na escola e programas de prevenção. Essa pesquisa, desenvolvida como dissertação de Mestrado (Wuo, 1998) indicou elementos significativos para planejar, construir ou implementar programas de prevenção à AIDS para adolescentes. Os estudos prévios foram sedimentados em pesquisas sobre as influências das representações dos professores no processo de mudanças comportamentais, na

compreensão sobre vulnerabilidade e desenvolvimento de habilidades dos adolescentes para enfrentar situações risco.

O Autor também desenvolveu pesquisa, em 2000, patrocinada pela UNESCO e pela Coordenadoria Nacional das DSTs/AIDS do Ministério da Saúde, sobre o desenvolvimento das atividades de prevenção à AIDS nas escolas, segundo a visão de diretores e professores. Os objetivos incluíam a caracterização e análise das atividades de prevenção à AIDS desenvolvidas nas unidades do CEETEPS e a identificação dos fatores determinantes da descontinuidade das atividades ao longo de anos letivos sucessivos. Os resultados mostram que cerca de 80% das escolas mantêm algum tipo de atividade de prevenção. Os temas relacionados à AIDS mais discutidos nessas atividades envolvem a transmissão, características da doença e dos agentes, tratamentos, vacinas, entre outros. Infelizmente, os temas relacionados com as questões psicossociais e afetivas assim como as avaliações sobre conhecimentos adquiridos, habilidades desenvolvidas, atitudes e mudanças de comportamentos dos adolescentes frente a AIDS não foram observados naquelas atividades (Guzzo & Wuo, 2001).

Monteiro (1995) e Branco, Santos & Monteiro (1996), analisando o projeto “Viva a Vida” desenvolvido pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), ao longo dos anos de 1993 e 1995, em parceria com quatro municípios brasileiros, 114 escolas, 295 multiplicadores e aproximadamente 22 mil alunos, indicaram que o pleno êxito do potencial do projeto depende de

investimentos no processo de ensino, associados a compromissos políticos e sociais.

Sobre o mesmo projeto, Ferreira (1996) adverte que a re replicabilidade das experiências exige esforços de readaptação, reelaboração teórico-metodológica, além das estruturas de apoio e de acompanhamento permanentes.

Carvalho (1998) também faz indicação de tais necessidades com relação ao projeto “AIDS e Escola”, iniciado em 1992, envolvendo as Faculdades de Enfermagem e Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, o Núcleo de Estudos de Saúde dos Adolescentes, as Secretarias de Estado de Saúde e de Educação, a FIOCRUZ, financiamento do Banco Mundial via Ministério da Saúde.

Os estudos de Germano (1998) sobre as atividades de prevenção à AIDS em 24 unidades escolares de São Paulo-SP, indicaram que essas atividades eram desenvolvidas quase que exclusivamente pelos professores. As dificuldades apontadas envolviam desde a falta de instrumentos e recursos didáticos específicos e infra-estruturas adequadas, ausência de capacitação de professores até as questões relacionadas com as representações sociais da AIDS como os preconceitos. A pesquisadora sugere o desenvolvimento de pesquisas que envolvam metodologias qualitativas e quantitativas para a avaliação das atividades assim como outros estudos que permitam melhor conhecer as atitudes e os conhecimentos dos alunos com relação à AIDS.

Soares (1997), tendo analisado o projeto “Escola é Vida”, desenvolvido nas Escolas Públicas do Estado de São Paulo no período de 1991 a 1994, voltado para a prevenção de uso indevido de drogas, enfatiza a necessidade do posicionamento do sistema de ensino para fornecer diretrizes da prevenção: objetivos, filosofia e metodologias de trabalho, mas também indica que a escola, por sua vez, além de incorporar uma educação contextualizada, seus educadores devem estar aptos a elaborar um diagnóstico da escola e a tomar decisões pertinentes e com competência. A autora também faz referência à descontinuidade dos programas e as re-orientações político-administrativas que conduzem a escola ao descompromisso e o desânimo da comunidade escolar, em relação a esse projeto.

Infelizmente faltam referências sobre metodologias, estratégias e políticas institucionais para garantir a manutenção dos programas nas escolas. Faltam também referências e informações sobre as atuais situações das escolas que desenvolveram projetos associados com outras instituições e que, no momento, já não desfrutam dessa associação, como, por exemplo, aqueles citados anteriormente a título de ilustração – “Viva a Vida” e “AIDS na Escola” .

Como os exemplos citados anteriormente, as amplas pesquisas realizadas pelos Estados Unidos e França, que culminaram com a caracterização e posicionamento dos adolescentes frente à AIDS e situações de risco, não podem ser utilizadas como indicadores de comportamentos de adolescentes por razões

óbvias tais como as diferenças culturais, econômicas, educacionais, entre outras, que definem e dão rumo à epidemia do HIV/AIDS no Brasil.

No Brasil, pesquisa sobre a percepção da AIDS e comportamento sexual foi desenvolvida no período de 1997 a 1998, pela equipe de Berquó do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP, Ministério da Saúde – PNDST/AIDS, cujos resultados foram apresentados em setembro de 2.000.

Essa pesquisa, de âmbito nacional, envolveu 3.600 sujeitos, com idade entre 16 a 65 anos, oriundos das regiões Norte-Nordeste, Sul expandido e Centro-Oeste expandido, apresenta várias conclusões altamente importantes e significativas, dentre as quais aquelas que apontam que 44% dos jovens sexualmente ativos com idade entre 16 a 25 anos usam camisinha. Esse uso está relacionado com o alto grau de instrução e de estrato sócio-econômico.

Dada a amplitude da pesquisa de Berquó com relação à distribuição geográfica e o grande intervalo da faixa etária – 16 a 65 – da população estudada, embora seja possível ter uma visão geral do perfil da população brasileira com relação ao início das atividades sexuais, uso de preservativo, grau de conhecimento sobre o HIV/AIDS, estado conjugal, entre outros, não é possível examinar mais cuidadosamente os adolescentes que freqüentam a escola de ensino médio, quais seus comportamentos frente ao HIV/AIDS e as influências que têm recebido do processo educacional. Os dados do relatório CEBRAP (2000), além das informações, também constituem-se indicadores importantes para pesquisas adicionais.

Uma das linhas de pesquisas adicionais, na opinião do Autor, e sugeridas e propostas pelo Relatório do Planejamento Estratégico do Governo do Estado de São Paulo e pela Agenda de Compromisso as Secretaria de Políticas de Saúde da CNDST e AIDS - MS, deve ser aquela voltada para os adolescentes que freqüentam as escolas públicas de ensino médio, fundamental e técnico, tendo como objetivo buscar informações mais detalhadas sobre comportamentos de risco, atitudes, crenças, conhecimentos sobre a AIDS e sobre situações de vulnerabilidade.

Essas linhas de pesquisas também aparecem entre as conclusões e recomendações sobre Prevenção contidas no Relatório do I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST, realizado de 6 a 11 de novembro de 2.000, em que estão incluídas: a) basear-se no diagnóstico de fatores sócio-culturais e psico-afetivos para o desenvolvimento de estratégias de prevenção; b) trabalhar a gestão do risco individual; c) avaliar os significados culturais dos riscos comportamentais; d) considerar os novos significados culturais sobre a construção da sexualidade, a partir da dinâmica social existente – globalização e transformações sociais – e as intervenções – campanhas de comunicação e processos educativos (MS, 2000).

Um endosso altamente relevante, que também aparece nas conclusões do mencionado Relatório, vem das recomendações para que sejam incluídos nos estudos Epidemiológicos sobre as DSTs/AIDS “o conceito de risco relacional e

a exposição ao risco motivado por representações sociais, psicológicas e culturais, . . . diminuição da idade de início das relações sexuais e uma baixa utilização do preservativo, com uma tendência de uso crescente em setores com maior escolaridade” (MS, p. 10, 2000).

f) Representações Sociais

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).

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 tampouco é produtor independente. A ação de construir as representações sociais só é possível de forma contextualizada, embora mantenha a expressão intra-individual em que 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 um 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 nesse momento, 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 ancoragem é o primeiro mecanismo para reduzir uma idéia ou objeto estranho a uma categoria ou imagem ordinária e, assim, colocá-lo num contexto familiar. Essa idéia ou objeto estranho pode ser algo que intriga ou causa algum distúrbio dentro do sistema de categoria individual, quando comparado com o paradigma de categoria considerado já “adaptado”. A ancoragem, portanto, classifica e nominaliza o objeto. O que não é classificado, nem identificado ou

avaliado constitui uma ameaça. Trata-se de um processo de aproximação e conciliação sobrepondo à resistência. Ao falar do objeto estranho, procede-se também a sua avaliação e, no processo comunicativo seguinte, o não usual torna-se usual, reproduzido numa réplica familiar (Moscovici, 2001).

O segundo mecanismo é a objetivação, que torna a idéia ou objeto abstrato em “quase concreto”, transformando o que está na “mente” em algo “físico”.

Esses mecanismos, segundo Moscovici (2001), tornam algo que não é familiar em familiar, primeiramente transferindo para a esfera particular, onde se pode comparar e interpretar, e, em seguida, reproduzir algo que se possa ver, tocar e assim controlar.

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.

Abric (1998) atribui às representações sociais quatro funções essenciais: 1) função do saber; 2) função identitária; 3) função de orientação e 4) função justificadora.

A função do saber diz respeito ao saber prático do senso comum. São os conhecimentos adquiridos, assimiláveis, compreensíveis e coerentes com a capacidade cognitiva e com os valores nos quais se integram. Esses saberes são utilizados no processo de comunicação e trocas sociais e definem um quadro comum de referência.

As características de um grupo são marcadas por suas representações, daí a função identitária das representações sociais. Essa função situa e identifica os indivíduos no campo social. As representações que identificam um dado grupo podem ser utilizadas no controle social de cada um de seus membros.

A função orientadora das representações sociais surge para guiar as ações da condutas, isto é, intervém definindo os tipos de relações e nas estratégias cognitivas que serão adotadas em uma dada tarefa. Essa intervenção, segundo Abric (1998), ocorre independentemente da realidade objetiva da tarefa a ser realizada, e tem papel importante na determinação do comportamento.

Na função justificadora as representações sociais “permitem, *a posteriori*” justificar as decisões e os comportamentos. Assim esta função

preserva e justifica posições de diferenciações sociais, como por exemplo, podem contribuir para as discriminações entre grupos.

As representações sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, traduzem pensamentos fragmentários limitados a aspectos da experiência de vida, apresentam contradições e graus diversos de clareza e nitidez com relação à realidade. As representações constituem-se em frutos das contradições do dia-a-dia dos grupos sociais e devem ser analisadas, a partir das estruturas e comportamentos sociais (Minayo, 1995).

O conhecimento das representações dos adolescentes torna-se relevante porque “tanto os Programas de Prevenção do HIV quanto os indivíduos são fortemente influenciados pelas normas comunitárias de comportamentos e discursos vigentes” (Mann,; Tarantola & Netter, 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 de 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 & Struchiner, 1995).

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).

g) Representações Sociais sobre AIDS

O advento da AIDS tem afetado a vida das pessoas em todas as dimensões com impactos na organização dos espaços das experiências humanas e sociais do mundo. Segundo Delor & Hubert (2000), embora atualmente a AIDS possa ser cientificamente explicada e tecnicamente evitada, continua a apresentar problemas cruciais de gerenciamento.

A AIDS, em particular, sobrepõe o modelo biomédico tradicional sobre doença que negligencia os indivíduos assim como sua aceitação acrítica dos conhecimentos científicos. Os modelos tradicionais também tendem a reduzir os contextos culturais e sociais característicos de cada grupo para algumas características comportamentais cuidadosamente escolhidas (Brown, 2000).

O processo saúde-doença modifica a vida individual, a inserção social e o equilíbrio coletivo gerando a necessidade de discursos interpretativos. Nesses discursos, é possível identificar a construção das representações sociais com

possibilidades de analisar os conteúdos mais estáveis e assim como suas ressignificações.

Segundo Brown (2000), a AIDS é um fato socialmente significativo que, por meio dos discursos jornalísticos, políticos e médicos, tem-se utilizado regularmente de termos técnicos que conduzem à suposição de uma estreita relação com as ciências biomédicas e humanísticas. Essas suposições são geradas devido ao fato de que tais termos já embeberem os discursos e as muitas linguagens da AIDS nos mais diversos segmentos sociais. Apesar da popularização dos termos técnicos, o discurso médico ainda mantém o foco de interesse concentrado no vírus e nos processos infecciosos. Também constituem interesses da área biomédica os aspectos epidemiológicos baseados na dispersão, distribuição e difusão da AIDS no espaço e no tempo. Esses interesses têm negligenciado os indivíduos “em risco”.

As classificações médico-científicas dos riscos da AIDS também foram “normalizadas” nos discursos da população em geral. Essa “normalização” tem sido utilizada como objeto de práticas regulatórias de promoção à saúde e utilizadas nos discursos governamentais. Esses discursos centraram-se, no início da epidemia, nos chamados “grupos de risco” e isentando a população “normal” dos riscos.

A evolução dos conhecimentos epidemiológicos sobre a AIDS, mostrando a contaminação da população “normal”, também geraram evoluções dos discursos governamentais, que passam a considerar a possibilidade do

“vazamento” do vírus dos “grupos de risco”, por meio dos homens bissexuais, profissionais do sexo e parceiros sexuais usuários de drogas injetáveis.

A normalização dos conhecimentos de especialistas com relação aos comportamentos individuais permite que ocorra um alinhamento da promoção da saúde com interesses e objetivos sócio-políticos. Assim, muitas instituições e agências associadas com a promoção da saúde mantêm crenças sobre as práticas comportamentais (Brown, 2000).

A construção das representações sociais sobre a AIDS é discutida por Wuo (1998), assim como as práticas educativas mantidas nas escolas que reforçam e reconstroem essas representações (Guzzo & Wuo, 2001).

O surgimento da AIDS traz de volta conteúdos mais antigos do imaginário social sobre a peste, a idéia de contágio e adoecimento. Também surgem os preconceitos e atitudes irracionais, ao mesmo tempo em que os conhecimentos científicos orientam a construção de modalidades de prevenção, a elaboração de legislações específicas e deveres do cidadão para se proteger da doença.

As representações sociais sobre a AIDS são fortemente influenciadas pelos conhecimentos produzidos e divulgados. Nestes estão incluídos os conhecimentos consistentes ou não, produzidos por médicos ou cientistas, contaminados com suas pré-concepções sobre sexualidade, religião, crenças, formação moral ou interesses outros. Assim esses conhecimentos são disseminados na sociedade (Camargo Jr., 1995).

O professor constitui um importante elemento de divulgação e articulação desses conhecimentos sobre a AIDS. Dada a sua posição de credibilidade social, destaca-se nesse mister. Não obstante, o professor também encontra-se sob as mesmas influências da sociedade, embebido nos discursos dos quais toma para si na construção de suas próprias representações.

Dentre as representações sociais de professores, destacam-se seus conhecimentos satisfatórios sobre o HIV/AIDS, as omissões sobre a susceptibilidade dos adolescentes e a transmissão vertical do vírus. Essas representações dos professores são fortemente marcadas pelos conhecimentos medicalizados. Sobre as ações preventivas, desconsideram o potencial do processo educativo para conduzir à saúde e à prevenção à AIDS. Não reconhecem ou identificam situações ou condições de vulnerabilidade dos adolescentes (Wuo, 1998).

Nas representações sociais dos professores, a transmissão do HIV entre os adolescentes ocorre com a mesma intensidade pela via sexual e pelo uso de drogas. Admitem, portanto, a situação de uso de drogas injetáveis como uma prática comum no cotidiano dos adolescentes.

Essas representações são reforçadas no ambiente escolar durante o desenvolvimento de atividades e/ou programas de prevenção à AIDS. Nessas atividades, há ênfase nos aspectos médicos-biológicos do HIV/AIDS, e são apresentados, predominantemente, por profissionais na área médica (Wuo, 1998; Guzzo & Wuo, 2001).

Fora do ambiente escolar a construção das representações da AIDS é fortalecida pela mídia e mesmo nas campanhas de prevenção (Almeida, 2002), ou nos discursos de setores governamentais (Brown, 2000).

Muza & Costa (2002), na pesquisa dos discursos e percepções sobre saúde de adolescentes do Distrito Federal, mostram que o tema sexualidade, embora de grande interesse dos adolescentes e com maiores oportunidades de trocas de informações, apresenta-se para eles como superficial, com preconceitos e gerador de desconfortos e de vergonhas. As informações que os adolescentes dispõem são generalizadas e de qualidade duvidosa cujas fontes indicadas são os irmãos mais velhos e amigos mais experientes. Essas informações não são mantidas entre os interlocutores em diálogos consistentes, uma vez que acabam em vulgarizações. Nesses diálogos, aparecem as justificativas para o não uso da camisinha, por exemplo, com a já tão usada expressão “chupar bala sem tirar o papel”.

Camargo, Botelho & Souza (2001) encontraram, nas representações sociais de adolescentes sobre a AIDS, sentimentos de vulnerabilidade e medo de se submeter ao teste sorológico. Apontam a televisão como uma das principais fontes de informações sobre a AIDS.

A possibilidade de se adquirir AIDS doando sangue, utilizando banheiros públicos ou pela picada de mosquitos, aparecem nas representações sociais de adolescentes de Santa Catarina, como mostrou Souza (2002). Também aparecem os amigos como fonte de informações, ao lado da escola e da televisão.

As explicações de Souza (2002) sobre a não adoção de práticas preventivas frente a AIDS pelos adolescentes, como por exemplo o não uso da camisinha, ou adoção de práticas preventivas inadequadas, como a redução do número de parceiros e confiança no parceiro, mostram que as representações sociais desses adolescentes se consolidam sobre falsas crenças sobre comportamentos protetivos associadas às angústias geradas pela contaminação.

Os resultados da pesquisa de Morin (1994) sobre as representações sociais de alunos dos ensinos médio e universitários franceses em 1989 e 1990, mostram a presença de modalidades do discurso médico, assim como crenças errôneas ou falsas sobre a transmissão e a prevenção à AIDS.

Infelizmente a literatura sobre as representações sociais de adolescentes de ensino médio sobre a AIDS ainda é escassa no Brasil. Os estudos mais sistemáticos e pertinentes, até o momento, parecem ser aqueles iniciados por Camargo, Botelho & Souza (2001), como uma linha de pesquisa na UFSC.

No processo de construção das representações sociais sobre a AIDS, Roso (2000) mostra que, nas representações de mulheres, após terem sido submetidas a sete propagandas oficiais sobre prevenção à AIDS veiculadas pela televisão, há permanência de medos da morte e de serem infectadas pelo HIV durante tratamento odontológico. Aparecem também representações associadas com estereótipos dos doentes como a magreza, deficiência física e mesmo atitudes vingativas dos portadores do HIV em transmitir propositalmente o vírus a outras pessoas. A confiança no parceiro é uma das razões apontadas pelas mulheres

para o não uso da camisinha, que também demonstram vergonha para comprar ou usar a camisinha.

É importante fazer um registro sobre a participação da mídia na construção das representações sociais sobre a AIDS, como mostrada no estudo sobre a veiculação em jornais de notícias sobre a AIDS, desenvolvido por Spink, Medrado, Menegon, Lyra & Lima (2001), no Núcleo de Pesquisa de Psicologia Social e Saúde da PUC-SP, patrocinada pela Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde. Nesse estudo, é citada pesquisa de Herzlich & Pierret sobre a AIDS na mídia jornalística, realizada na França em 1988 e publicada em 1992, indicando que a AIDS, já em 1986, tinha-se tornado um dos elementos da vida social com definições estabelecidas, não importando os acontecimentos posteriores. Esta é uma afirmação de peso que admite a incorporação de conhecimentos e associações metafóricas que definem coletivamente o evento AIDS.

De acordo com Spink et al (2001), a mídia tem um papel fundamental na produção dos sentidos, faz circular repertórios e introduz práticas discursivas cotidianas. O conceito de mídia adotado apresenta uma dimensão simbólica e contextual. Na dimensão simbólica “estão as construções e reconstruções, armazenamento, reprodução e circulação de produtos repletos de sentidos” (Spink et al., 2001, p. 854), para quem os produz e para quem os consome. Na dimensão contextual, esses “produtos” são fenômenos sociais, contextualizadas, com propriedades estruturais e técnicas que permitem seu uso nos processos

comunicativos entre as pessoas nos mais variados ambientes e situações. Esse uso “popular” é possível pela capacidade da mídia jornalística em transformar a matéria científica e inteligível para muitos em discurso ou linguagem passível de entendimento.

Também é mostrado no estudo de Spink et al (2001), que a palavra AIDS, aidético ou HIV, passou de 3,87 citações diárias em 1994 para 2,27 em 1999 no jornal A Folha de São Paulo. Essa diminuição, provavelmente devido a perda do componente exótico e trágico da epidemia, acompanha a crescente tendência de colocar as notícias sobre AIDS em setores específicos ou especializados dos jornais.

Embora as notícias veiculadas pelos jornais sejam acessíveis somente a uma pequena parcela da sociedade brasileira, essa parcela é constituída, na maioria das vezes, por formadores de opiniões com algum poder ou espaço de decisão.

h) Atitudes

Atitudes, segundo Medway & Cafferty (1990), são questões que emergem em muitos contextos e, no ambiente escolar, relacionam alunos com objetos específicos. Os estudos das atitudes têm sido um campo de grande interesse da psicologia social, cujas contribuições para com a psicologia escolar envolvem a

definição de atitudes, determinação das relações entre atitudes e comportamentos e as estratégias utilizadas para promover mudanças nas atitudes.

Greenwald (1989) explica que os conhecimentos sobre atitude se revestem de importância, uma vez que ela apresenta reações avaliativas de uma ampla variedade de objetos ou interesses pessoais; está relacionada com comportamentos; pode prever comportamentos sobre um dado objeto e, em determinadas circunstâncias, apresenta forças seletivas nas percepções.

Socci (1983) discute as dificuldades de se construir uma definição para atitude e considera, amparada pelas exposições críticas e argumentações de vários autores, ser a atitude uma pré-disposição latente que, juntamente com outras variáveis, determina uma variedade de comportamentos. Considera a atitude como um constructo multidimensional, composto de componentes cognitivos, afetivos e intencionais. Interações desses componentes propicia ao indivíduo um estado de prontidão que, se ativado numa dada situação específica, desencadeia um determinado comportamento. A atitude é passível de medições e o “conhecimento da formação e mudança de atitudes e das relações entre atitudes e comportamentos” (Socci, p.66, 1983), permite buscar e utilizar meios de promover modificações nos comportamentos.

Mesmo existindo diferenças e ambigüidades nas definições de atitude, a maioria dos pesquisadores e teóricos concorda que estão envolvidos no processo de construção de atitudes elementos cognitivos, afetivos e comportamentais,

embora discussões sobre como esses elementos interagem tenham-se mantidas (Medway & Cafferty, 1990).

Segundo Fishbein & Ajzen *apud* Medway & Gafferty (1990), a atitude é determinada pelas crenças sobre um dado objeto, considerando as avaliações feitas para cada uma dessas crenças. Essas crenças, por sua vez, constituem os conhecimentos ou predições das pessoas sobre um dado objeto. As avaliações são as atribuições de julgamento “bom” ou “mau” de cada crença.

As atitudes são determinadas pelas crenças; estas definem as intenções comportamentais sobre o objeto. As percepções pessoais, as normas subjetivas e as motivações para agir conforme essas normas contribuem para determinar as intenções de comportamentos. No modelo de Fishbein & Ajzen, a atitude constitui uma das etapas do processo de construção de um dado comportamento.

Segundo Fishbein, Middlestadt & Hitchcock (1994), os comportamentos são produtos imediatos das intenções. Estas, por sua vez, dependem das atitudes direcionadas a um dado comportamento e das influências das normas subjetivas e da motivação para agir conforme essas normas. As normas subjetivas são determinadas pelas percepções pessoais das pressões sociais às quais os indivíduos estão sujeitos.

Camargo, Botelho & Souza (2001) apresentam um exemplo bastante ilustrativo nessa questão, envolvendo jovens em relação à AIDS, p. 30:

“... a intenção em usar o preservativo, neste modelo, estaria condicionada à intenção do uso (suportada pelas atitudes em relação ao uso e pelas normas relativas ao uso). As normas referem-se, por exemplo, às expectativas familiares e à motivação em cumprir as normas. O que motivaria mais: cumprir normas subjetivas relacionadas às crenças compartilhadas na família, ou normas subjetivas relacionadas às crenças compartilhadas com amigos ou namorada?”

Eagly (1992) apresenta a definição de atitude como uma tendência psicológica expressada por uma avaliação de uma entidade particular com algum grau de aprovação ou desaprovação. A entidade é o objeto da atitude, podendo ser qualquer coisa discriminada pelo indivíduo. A tendência também pode ser entendida como um estado interno da pessoa que a predispões ou a direciona a uma resposta avaliativa com algum grau para o favorável ou para o desfavorável com relação à entidade específica. O direcionamento para a resposta favorável é considerado como uma atitude positiva, enquanto que a resposta direcionada ao desfavorável é considerada uma atitude negativa. As respostas francas ou dissimuladas podem ser de ordem cognitiva, afetiva ou comportamental.

A importância da atitude, segundo Eagly (1992), está na sua força presumida, diretiva e dinâmica, capaz de influenciar uma resposta.

i) Atitude e Comportamento

De acordo com a teoria da ação refletida de Fishbein & Ajzen *apud* Eagly (1992), o engajamento em um dado comportamento tem como fator causal a intenção para este comportamento e não a atitude. A intenção de engajamento é fruto da decisão avaliativa pessoal para agir de um determinado modo, combinada com as normas subjetivas. Neste modelo, as pessoas constroem suas atitudes, avaliando as conseqüências de suas ações comportamentais – a ação refletida. Ações são, portanto, volitivas ou voluntárias, isto é, os comportamentos são produtos de decisões racionais das pessoas.

Eagly (1992) propõe ir além deste modelo, argumentando que somente os comportamentos mais simples e facilmente executados, mas não rotineiros, estão sob o controle das pessoas. Assim as pessoas constroem suas intenções comportamentais e prontamente as traduzem em ações. A execução de comportamentos mais complexos requer uma seqüência de comportamentos e esforços para atingir os resultados pretendidos. Nesses requisitos, inclui-se o planejamento, a mobilização de recursos, a cooperação de outras pessoas, entre outros.

Além desses requisitos, outro fator relevante considerado é a percepção do controle do comportamento. Esse novo elemento se refere à percepção do quão fácil ou difícil é desempenhar um dado comportamento. Essa percepção permite fazer predições sobre comportamentos menos controláveis. A introdução desse

novo elemento permite a evolução do modelo para a teoria do comportamento planejado (Ajzen, 1991).

Essa teoria permite aplicações em diversas áreas de interesse, como, por exemplo, o uso de camisinha, com o objetivo de entender o comportamento e implementar intervenções para modificá-lo. As intenções, a percepção do controle do comportamento, a atitude em direção a um dado comportamento e as normas subjetivas revelam os diferentes aspectos de um dado comportamento. As crenças constituem a base fundamental dos determinantes dos comportamentos (Ajzen, 1991).

j) Atitudes e Representações Sociais

Gaskell (2001) apresenta a evolução dos estudos sobre atitudes, a partir das primeiras concepções como a “contraparte individual dos valores sociais, embebidas nas relações de grupo” até as atuais discussões sobre as similaridades entre atitudes e representações sociais e os desafios de um possível programa de pesquisas conjuntas para o século XXI.

A noção de atitude foi introduzida por Thomas e Znaniecki em 1918, constituindo, desde então, um importante campo de estudos da psicologia. Atualmente estudam-se diferentes tipos de atitudes, em diferentes contextos, envolvendo sondagens de opiniões em pesquisas de laboratório ou de campo (Doise, 1997).

No trajeto dessa apresentação, podem ser observados os movimentos dos estudos das atitudes, inicialmente nos anos de 1920 e 1930, caracterizadas como um processo individual, passando pela construção das escalas de Guttman e Thurstone, nas quais estão implicitamente baseadas a presunção de representações compartilhadas de um objeto de atitude (Doise, 1997).

No período de 1936 a 1956 destacam-se diversos trabalhos sobre a estrutura das atitudes, como os de Sherif & Sherif demonstrando que normas, atitudes e comportamentos são construídos socialmente, enquanto Lewin, em 1952, localiza as atitudes nos contextos sociais, ligando mudança de atitudes com normas de grupos. No período de 1965 a 1985 os interesses voltam-se para a cognição social (Gaskell, 200; Doise, 1997).

As similaridades estruturais entre atitudes e representações sociais são discutidas por Gaskell (2001). Dentre essas similaridades, existem as idéias sobre as atitudes que são mais estáveis e mais resistentes a mudanças que outras. Essas diferenças entre as atitudes são reconhecidas como propriedades estruturais nas quais estão implícitas as noções de reforço de atitude.

Outra questão analisada por Gaskel (2001) está relacionada aos modelos estruturais de cognição que conduzem a idéia da existência de uma estrutura de memória de atitudes e representações. Existem evidências do envolvimento de mecanismos de ativação, acessibilidade e disponibilidade de conceitos. O aumento da ativação de um conceito aumenta a acessibilidade desse conceito na memória e a sua pronta disponibilidade. Essa disponibilidade do conceito

reforça a associação entre o conceito e o objeto, aumentando a consistência entre a configuração estrutural da cognição e a ação.

Quanto ao elemento crença que configura a base fundamental das atitudes (Ajzen, 1991), Gaskell (2001) cita os estudos de Rokeach que indicam serem estas crenças constituídas de duas dimensões: a central e a periférica. A dimensão central é constituída pelas crenças consensuais, resistentes a mudanças e que influenciam as demais crenças.

Além dessas duas dimensões, as crenças também podem ser identificadas e categorizadas como primitivas, segmentadas com apoio social e as periféricas. As crenças primitivas têm o apoio do consenso universal e estão associadas aos grandes aspectos da vida. As crenças segmentadas com apoio social estão ligadas a figuras de autoridades ou grupos podendo ser percebidas as diferenças de opiniões ou as controvérsias. As crenças periféricas são derivadas das outras formas de crenças e têm função social Gaskell (2001).

A estrutura de determinação social dessas três categorias de crenças está muito próxima das estruturas das representações sociais.

Os elementos periféricos das representações sociais assemelham-se às crenças periféricas pelas suas propriedades de flexibilidade e adaptação em circunstâncias particulares, com função de maximizar os resultados numa dada situação.

Moscovici (2001) concebe as atitudes como uma das dimensões das representações sociais. Embora as atitudes encerrem conhecimentos, não

constituem expressões de conhecimentos, mas uma relação de certezas e de incertezas, crenças ou descrenças sobre um dado objeto.

Portanto, as atitudes, na explicação de Moscovici (2001), constituem uma relação binária entre a subjetividade ou objetividade e o objeto, enquanto que, nas representações sociais existe uma tríade de relações envolvendo as representações sociais, as representações individuais e o objeto.

Os estudos iniciais de Moscovici já preconizavam a necessidade de situar as atitudes num sistema no qual envolve os indivíduos com seus sistemas simbólicos e suas ações sociais. Atualmente, estudos sobre atitudes devem envolver também estudos sobre representações sociais, uma vez que as atitudes articulam as relações simbólicas e as representações sociais (Doise, 1997).

1) Risco, vulnerabilidade e fator protetivo

Blum, McNeely & Nonnemaker (2002) consideram duas maneiras de usar o conceito de risco. Uma delas é o comportamento de risco assumido que encerra uma predisposição negativa à saúde tais como fumar, beber e dirigir e ter relações sexuais sem camisinha. Os riscos assumidos podem levar aos danos à saúde como o enfisema pulmonar, acidentes e às DSTs. A outra maneira de usar o conceito de risco refere-se a situação “em risco” que considera a situação social do indivíduo como a pobreza, baixa escolaridade, condição biológica e genética, estrutura familiar ou relacionamentos com pares.

Paulilo (1999), ao discutir o sentido do risco com relação a AIDS, indica que nos programas de prevenção desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, o conceito de risco é tido como falta de informação para a mudança de comportamento. Esse conceito projeta a prevenção baseada numa lógica racional, na qual os conhecimentos e as iniciativas individuais seriam suficientes para as mudanças de comportamento.

Essa lógica racional é mostrada por Camargo Jr. (1999), quando da análise dos materiais e textos, produzidos pelo Ministério da Saúde, destaca no documento “Objetivos, estratégias e ações” de 1993, o modelo apresentado para a mudança de comportamento sob a forma de um fluxograma. Esse modelo racional pressupõe que as pessoas sejam capazes de perceber e, de maneira consciente, dirigir seus comportamentos evitando os riscos.

Segundo Almeida (2002), o conceito de risco apresenta variações em função da natureza, da origem e do campo considerado. Na associação entre risco e epidemia da AIDS, o conceito de risco trouxe uma conotação moral e estigmatizante, uma vez que o conceito surgiu e evoluiu, a partir dos comportamentos dos então considerados *grupos de risco*. A evolução do conceito de risco levou à noção de vulnerabilidade a qual incorpora elementos mais amplos tais como a política e a cultura assim como subjetividades individuais.

O conceito de risco é processo construído socialmente. A percepção do risco, o medo e a confiança, envolvidos nesse processo, apresentam diferenças e

combinações particulares em cada sociedade ou segmento delas. Portanto, é possível admitir a existência de hierarquias de riscos em função das relações sociais e dos valores culturais de cada grupo ou sociedade. Como exemplo, pode-se citar aquele em que os homens percebem “mais” riscos nas DSTs e AIDS do que na gestação, parto ou uso de contraceptivos orais (Almeida, 2002).

Individualmente o risco surge com as dificuldades pessoais e assimetrias entre os sexos, como apontados por Muza & Costa (2002) em estudos com adolescentes escolares de cidades-satélites do Distrito Federal. As dificuldades apresentadas pelos adolescentes envolviam desconhecimentos sobre como rasgar o envelope da camisinha assim como sobre contraceptivos femininos. Esses riscos podem decorrer da maior liberalização do sexo entre os adolescentes. Resultados semelhantes foram descritos por Souza (2002) com adolescentes de Santa Catarina.

Para a compreensão do risco, segundo Paulilo (1999), há necessidade de se conhecer: a) a posição hierárquica do risco para a pessoa; b) a intersubjetividade na tomada de decisão e c) o contexto de ocorrência do risco. Assim o conceito de risco é entendido como resultados prováveis de um evento, dentro de um valor social que se atribui a esses resultados, em um contexto sócio-cultural determinado.

O conceito de vulnerabilidade e a noção do fator de risco definem um processo que pode conduzir ou aumentar a probabilidade de produzir um dano (Serrano, 1996). A vulnerabilidade é um processo interativo entre os contextos

sociais e um conjunto de fatores subjacentes que, quando presentes, colocam a pessoa em risco. Fatores biológicos ou cognitivos, por exemplo, predispõem à vulnerabilidade (Blum, McNeely & Nonnemaker, 2002).

A compreensão e utilização do conceito de fator protetivo permite incorporar um importante mecanismo de prevenção e promoção da saúde, contrabalançando a vulnerabilidade. Os fatores protetivos dizem respeito aos recursos, aos bens e a resiliência, incluindo as habilidades sociais, a inteligência, a crença na própria capacidade ou poder de enfrentar um risco ou situação de risco, os estilos parentais, as redes sociais e sistema escolar, entre outros.

Os fatores de risco assim como os fatores protetivos não surgem espontaneamente ou por acaso. Constituem resultados de processos anteriormente incorporados aos valores sociais. Apresentam uma história dinâmica ao longo do tempo e do espaço podendo ser fortalecidos, debilitados ou mesmo desaparecer.

São considerados ao mesmo tempo fatores protetivos ou de risco: a estrutura familiar, políticas sociais, atendimento às necessidades bio-psico-sociais, os microambientes familiares, escolares, recreativos, as crenças, o autocuidado sexual, as redes sociais de apoio, as possibilidades de desenvolver projetos de vida, os valores sociais, entre outros.

Esses fatores constituem as condições ou sistemas que propiciam os ajustes aos diversos níveis de saúde. O dinamismo das interações e dos inter-relacionamentos dos fatores resulta em fortalecimento da proteção ou do risco.

Vários modelos descrevendo os fatores assim como as interações entre os mesmos já foram propostas em diversas ocasiões e por diversos pesquisadores. Segue-se a descrição de alguns desses modelos.

No modelo proposto por Serrano (1996) as interrelações ocorrem em três sistemas ou macroambientes: a) o biológico; b) o psicossocial e c) o ecológico. No sistema ou macroambiente biológico incluem-se os estados físicos e funcionais do organismo, o patrimônio genético, nutrição e crescimento, saúde reprodutiva e os cuidados com o corpo. No sistema psicossocial encontra-se o grau de desenvolvimento psicossocial, escala de valores e normas, estilos de vida e comportamento, atividade escolar, fontes de resistências psíquicas, aspectos psico-afetivos, entre outros. O sistema ecológico é constituído dos microambientes físicos e sociais da família, da escola e dos locais de recreação e de trabalho, as redes de apoio social e as possibilidades de uso do tempo livre.

Jessor (1992) *apud* Blum, McNeely & Nonnemaker (2002) considera que os comportamentos não são randômicos nem constituem buscas intencionais, mas sim propositais, funcionais, instrumentais e dirigidos a uma determinada meta. Admite a existência de variações nos comportamentos de risco entre adolescentes, embora indique a ocorrência de padrões regionais, em grupos étnicos e estratos econômicos.

Fatores comuns podem ligar ou dissipar comportamentos. No modelo proposto por Jessor, é incluído o conceito de *redes de causação* de comportamentos e descrição de cinco domínios (ou sistemas): 1) biológico e

genético; 2) ambiente social; 3) ambiente percebido; 4) personalidade e 5) comportamentos.

Em cada um desses domínios, encontram-se associados fatores protetivos e de risco, exercendo influências diretas ou indiretas. No domínio biológico ou genético, por exemplo, a história de alcoolismo na família constitui um fator de risco enquanto que inteligência elevada constitui um fator protetivo.

O ambiente social é constituído por fatores de risco, tais como pobreza, iniquidades sociais ou raciais, falta de oportunidades e fatores protetivos como a qualidade da escola, coesão familiar e interesse dos adultos.

No ambiente percebido inclui, como risco, conflitos parentais ou entre amigos, modelos de comportamentos desviantes; e, como proteção, alto controle sobre comportamentos desviantes e modelos convencionais de comportamentos.

Os fatores de risco incluídos no domínio da personalidade são a baixa estima e a propensão aos riscos, e os fatores protetivos, valores a serem alcançados, valores de saúde e intolerância aos desviantes.

Em comportamentos, encontram-se como risco problemas com bebida e baixo rendimento escolar; e, como proteção, envolvimento escolar, participação como voluntários em atividades de clubes, grupos ou de igrejas.

Blum, McNeely & Nonnemaker (2002) propõem a inclusão de mais um domínio no modelo de Jessor – o sexto, classificando-os da seguinte maneira: 1) individual; 2) escola; 3) família; 4) pares; 5) ambiente social e 6) macroambiente. O macroambiente é constituído da realidade política, das leis e

políticas voltadas para os adolescentes e situação econômica, entre outros. Nesse modelo os domínios macroambiente e individual localizam-se em pólos opostos e todos os fatores de risco podem ser convertidos em fatores protetivos.

Considera as interações entre todos os elementos que constituem cada um dos domínios e que podem existir fatores que não são protetivos ou de risco num dado momento, mas podem influenciar no futuro ou tornarem-se protetivos ou de risco. O conhecimento das complexas inter-relações deste modelo, como indicam os autores, sugere que os fatores protetivos devem ser construídos ativamente, indo, portanto, além da eliminação dos fatores de risco.

Delor & Hubert (2000) propõem um modelo, partindo da análise da AIDS como um processo que envolve o social e as relações sexuais em que toma lugar o evento infecção. Consideram a infecção como “ponto de condensação ou de intersecção” do processo que é influenciado pelo contexto social, desqualificando, assim, as leituras diretas da AIDS como causa-efeito.

As influências do contexto social conduzem à intersecção e sobreposição de vários “espaços” ou campos de vulnerabilidade. As sobreposições dos espaços reforçam a vulnerabilidade das pessoas, ou seja, os intercruzamentos dos espaços diminuiriam a mobilização de recursos protetivos e aumentariam a probabilidade de ocorrência de riscos. Os espaços são entendidos como, por exemplo, pobreza, as permissividades, uso de álcool e outras drogas, marginalidade e precocidade sexual, entre outros.

A proposta do Institut Canadien de Recherche Avancé apresentada por Contandriopoulos (1998), também faz referência às contínuas interações entre os níveis macro e o bio-psico-social e inclui o fator temporal que pode variar de alguns segundos a várias dezenas de anos. Nessa proposta, podem ser identificados sete campos ou domínios: 1) da cultura e ideologia ou sistema de crenças dominantes; 2) a modalidade de organização social – instituições políticas, estrutura econômica, ciência e tecnologia; 3) as condições de vida – nos quais encontram-se os riscos sociais como educação e seguro social; 4) sistema assistencial de saúde com seus recursos e sua organização; 5) Indivíduo psicossocial, considerando os hábitos de vida como riscos comportamentais, o senso de coerência como riscos psicológicos e os recursos disponíveis para enfrentamentos dos riscos; 6) o indivíduo biológico no qual estão incluídos os riscos biológicos tais como estrutura orgânica e patrimônio genético e 7) o ambiente físico com seus riscos biológicos, químicos e físicos.

Todos os modelos apresentados aqui, embora não discutidos exhaustivamente, mostram a extensão das questões ligadas à saúde bio-psico-social dos adolescentes e que devem ser consideradas no processo AIDS. Os modelos apresentam tanto as dimensões internas, subjetivas do indivíduo, como externas, de ordem política, histórica e social. Além disso, mostram que existe um intrincado e complexo fluxo interacional entre os fatores protetivos e de risco, assim como a dinâmica ao longo da vida e dos contextos nos quais as pessoas estão inseridas.

Os temas e elementos apresentados e discutidos aqui – representações sociais sobre a AIDS, atitudes, vulnerabilidade, fatores e risco, comportamentos e as relações entre atitudes e representações sociais – não esgotam, e nem pretendem esgotar, a imensa complexidade da equação HIV-adolescente-AIDS. Constituem, entretanto, elementos essenciais na busca de um maior conhecimento e compreensão da inserção dos adolescentes em seus contextos psicossociais, e para “identificação, o mais precocemente possível, de condições de vulnerabilidade ou exposições a situações de risco” (Guzzo, p. 13, 1999).

Espera-se que esses conhecimentos venham contribuir para o planejamento, desenvolvimento e/ou implementação do Programas de Prevenção à AIDS nas Escolas.

OBJETIVOS

a) Gerais

A presente pesquisa teve como objetivo geral explorar as contextualizações e as Representações Sociais de adolescentes sobre a AIDS Atividades e/ou Programas de Prevenção à AIDS, desenvolvidos nas unidades de ensino do Centro Estadual de Educação Tecnológica “Paula Souza”

b) Específicos

1. Caracterizar os contextos familiares e sociais de adolescentes.
2. Identificar situações de risco apontadas pelos adolescentes.
3. Descrever e caracterizar as representações sociais de adolescentes sobre a AIDS.
4. Identificar as atitudes de risco apontadas pelos adolescentes.
5. Descrever e caracterizar as representações sociais de adolescentes sobre as Atividades e/ou Programas de Prevenção à AIDS desenvolvidos nas escolas.

MÉTODO

a) A Instituição

O Centro Estadual de Educação Tecnológica “Paula Souza” – CEETEPS – é uma Instituição Pública de Ensino que mantém cursos técnicos, supletivos, qualificação básica e de ensino médio no Estado de São Paulo.

Conta atualmente com 110 unidades de Escolas Técnicas, distribuídas em 92 municípios do Estado de São Paulo, que oferecem ensino médio, 49 habilitações técnicas, 24 habilitações na qualificação básica, uma qualificação técnica, ensino supletivo fundamental e supletivo de ensino médio.

O ensino médio tem a duração de três anos. As diversas modalidades de cursos técnicos – técnico, qualificação básica e qualificação técnica – são realizados em ciclos. Cada ciclo tem a duração de um semestre. Assim, o curso técnico tem a duração de quatro ciclos; a qualificação básica, um ciclo e a qualificação técnica, dois ciclos.

Segundo os dados de 2.001, o corpo docente é constituído de 4.156 servidores docentes de diversas formações e áreas e 1.796 servidores administrativos.

Como é mostrado na **Tabela 1** a seguir, existem 81.678 matrículas, distribuídas nas diversas modalidades de ensino.

Tabela 1Distribuição das matrículas do ano de 2.001 nas modalidades de ensino

Modalidade de Ensino	F	%
Habilitações	53.571	65,59
Qualificação Técnica	2.991	3,66
Qualificação Básica	807	0,99
Ensino Médio	24.133	29,55
Supletivo Ensino Médio	96	0,12
Supletivo Ensino Fundamental	80	0,1
Totais	81.678	100

b) Sujeitos

Foram sujeitos desta pesquisa alunos, de ambos os sexos, matriculados nas 1^a e 3^a séries do ensino médio.

As amostras foram obtidas randomicamente de cada unidade de ensino pelo método amostragem proporcional estratificada.

Os alunos matriculados na 1^a série do ensino médio são aqueles que ainda não foram submetidos aos processos de ensino do CEETEPS e, portanto, não participaram de atividades envolvendo orientações sobre a prevenção ao HIV/AIDS que pudessem ter ocorrido nas Unidades de Ensino. Os alunos de 3^a série, último ano do ensino médio, possivelmente já tenham participado de

alguma atividade e/ou programa de prevenção ao HIV/AIDS, desenvolvido na Unidade de Ensino.

A distribuição das matrículas dos alunos nas respectivas séries do ensino médio e ciclos de habilitação técnica e o número de turmas é mostrada na **Tabela 2** a seguir.

Tabela 2

Total de matrículas em 2.001

Modalidade de Ensino	Alunos		Turmas	
	F	%	F	%
Supletivo Fundamental	80	0,1	2	0,1
Supletivo Médio	96	0,1	4	0,2
Médio - 1.ª Série	8.052	9,9	205	8,8
Médio - 2.ª Série	8.166	10,0	212	9,1
Médio - 3.ª Série	7.915	9,7	219	9,4
Técnico - 1.º Ciclo	24.297	29,7	622	26,8
Técnico - 2.º Ciclo	14.067	17,2	420	18,1
Técnico - 3.º Ciclo	15.139	18,5	513	22,1
Técnico - 4.º Ciclo	68	0,1	2	0,1
Qualificação Básica - 1.º Ciclo	807	1,0	35	1,5
Qualificação Técnica - 1.º Ciclo	1.762	2,2	48	2,1
Qualificação Técnica - 2.º Ciclo	1.229	1,5	40	1,7
TOTAIS	81.678	100	2.322	100

Do total de alunos, 7.572 (9,3%) estão matriculados simultaneamente na 2^a ou 3^a séries do ensino médio e em alguma das habilitações. É facultado ao aluno cursar o ensino médio e uma habilitação simultaneamente, desde que esses cursos existam na unidade em turnos diferentes. Portanto, o aluno matriculado no ensino médio e em uma habilitação é considerado pelo CEETEPS como duas matrículas distintas, e assim computadas para todas as finalidades. Para efeito desta pesquisa, foram consideradas apenas as matrículas no ensino médio, uma vez que se trata do mesmo sujeito com dois registros distintos na Unidade de Ensino.

Com esta observação e, considerando somente as matrículas do ensino médio, os dados devidamente ajustados são mostrados na Tabela 3 abaixo.

Tabela 3

Distribuição dos alunos nas modalidades de ensino

Modalidade de Ensino	F	%
Habilitações	45.999	62,07
Qualificação Técnica	2.991	4,04
Qualificação Básica	807	1,09
Ensino Médio	24.133	32,57
Supletivo Ensino Médio	96	0,13
Supletivo Ensino Fundamental	80	0,11
Totais	74.106	100

As tabelas 4 e 5 a seguir apresentam as idades e sexo dos sujeitos. A 3^a. série (Tabela 4) apresentou predomínio da idade de 17 anos (72,7%), seguida da idade de 18 anos (23,6%), cuja diferença é significativa ($\chi^2_o = 25,3$, $\chi^2_c = 3,84$, gl = 1 para $\alpha = 0,05$) . As diferenças de frequências entre as idades de 17 e 18 anos para os sexos masculino (68,2% e 27,3%) e feminino (77,3% e 20,0%), não são significativas ($\chi^2_o = 0,05$, $\chi^2_c = 3,84$, gl = 1 para $\alpha = 0,05$). Na 1^a. série, as idades de 14 e 15 anos aparecem com frequências de 49,5% e 47,3%, cuja diferença não é significativa ($\chi^2_o = 0,82$, $\chi^2_c = 3,84$, gl = 1 para $\alpha = 0,05$), sendo que as diferenças entre os sexos masculino (46,4% e 50,0%) e feminino (52,8% e 44,5%) para essas idades também não foram significativas ($\chi^2_o = 0,22$, $\chi^2_c = 3,84$, gl = 1 para $\alpha = 0,05$).

Tabela 4

Idade e sexo dos alunos da 3^a série

Idades	Masculino		Feminino		Totais	
	F	%	F	%	F	%
16	0	0	03	2,7	03	1,4
17	75	68,2	85	77,3	160	72,7
18	30	27,3	22	20,0	52	23,6
19	03	2,7	0	0	03	1,4
20	02	1,8	0	0	02	0,9
Totais	110	100	110	100	220	100

Tabela 5Idade e sexo dos alunos da 1ª série

Idades	Masculino		Feminino		Totais	
	F	%	F	%	F	%
14	51	46,4	58	52,8	109	49.5
15	55	50,0	49	44,5	104	47.3
16	4	3,6	2	1,8	6	2.7
19	0	0	1	0,9	1	0.5
Totais	110	100	110	100	220	100

c) Material

Foi utilizado um questionário contendo 66 questões, sendo 59 fechadas e sete abertas, além de um espaço para que os sujeitos pudessem exprimir suas opiniões ou sugestões sobre assuntos não tratados nos questionários (Anexo 1).

O questionário foi construído a partir da experiência do Autor, das discussões, reflexões e análises da literatura sobre representações sociais, atitudes, vulnerabilidade e risco. Definiu-se as dimensões e as temáticas que permitissem a obtenção de informações sobre os adolescentes e seu meio psicossocial.

Foram incluídas as dimensões: contexto familiar, contexto social, situações de risco, representações sociais sobre a AIDS e Escola e prevenção. Em cada uma das dimensões foram definidos os aspectos que melhor indicassem

e permitissem a contextualização dos adolescentes e as suas representações sociais sobre AIDS e Programas e/ou Atividades de Prevenção à AIDS na Escola.

Foi testado um questionário piloto em duas classes de ensino médio, sendo uma da 1^a. série e outra da 3^a. série, que contavam com alunos de ambos os sexos, de uma das unidades do CEETEPS não sorteada para a realização da pesquisa.

O questionário piloto foi aplicado pelo Autor e feitas as seguintes observações: a) tempo médio gasto pelos alunos para completar os questionários; b) perguntas ou dúvidas apresentadas pelos sujeitos durante o preenchimento; c) horários e dia da semana mais adequados para a aplicação; d) procedimentos necessários e as possíveis dificuldades para a aplicação.

O questionário definitivo foi obtido após as análises e as correções do questionário piloto.

As dimensões contidas no questionário envolveram a identificação dos sujeitos com relação a idade, sexo, série e período; o contexto familiar; o contexto social; as situações de risco – consumo de bebidas e drogas ilícitas; as Representações Sociais sobre o HIV/AIDS – conhecimentos, prevenção, transmissão, riscos, preconceitos, atitudes; as fontes de informações; as percepções e interesse sobre os programas e/ou atividades de prevenção na escola. Também foi incluído espaço para que os sujeitos pudessem apresentar

suas opiniões e considerações sobre assuntos que achassem relevantes e que não foram tratados no questionário.

O questionário era composto de um caderno contendo doze páginas com as questões e uma página de apresentação. Nas páginas contendo as questões, havia espaços para assinalar as alternativas escolhidas e para escrever as respostas das questões abertas. A primeira página continha a apresentação do questionário, as explicações e objetivos da pesquisa, a garantia da privacidade e do anonimato, esclarecimentos sobre a não obrigatoriedade de responder o questionário; e o termo de consentimento para uso das respostas e opiniões apresentadas no questionário. Continha também as instruções para responder as questões e as recomendações para não apresentar nenhuma identificação ao longo do questionário. Essa primeira página era destacada do caderno de questões e entregue separadamente evitando a identificação do questionário. Os procedimentos de consentimento para uso das respostas dos sujeitos seguiram as recomendações da resolução CFP 16/2000.

As questões sobre opiniões, uso de bebidas alcoólicas e contexto de vida foram modificadas e adaptadas, a partir do questionário de García (1998). Questões sobre conhecimentos acerca de AIDS, uso de camisinha modificadas e adaptadas a partir dos questionários “HIV/AIDS/DST Behavioral, surveillance survey (BSS)”, “Knowledge, attitudes, sexual behavior, stigma”, ambos propostos pela UNAIDS (2.000). As questões abertas sobre Programas e Atividades de Prevenção nas escolas foram construídas pelo Autor.

Foi utilizada uma escala do tipo Likert para medir as intensidades de atitude dos sujeitos nas dimensões estabelecidas (Goode & Hatt, 1979).

O Quadro 1 a seguir apresenta as dimensões contidas no questionário e os respectivos aspectos e questões.

Quadro 1 – Distribuição das questões nas dimensões

Dimensões	Aspectos	Números das Questões		Número de Questões
		Fechadas	Abertas	
Identificação	Idade, sexo, série, curso e período que estuda	1, 2, 3		3
Contexto familiar	Relações familiares	8, 27		2
Contexto social	Projeto de vida	4, 10		2
	Preocupações	5, 6		2
	Envolvimento social	7, 9, 11, 12, 13, 30		6
Situações de risco	Uso de álcool	14, 15, 16		3
	Uso de drogas ilícitas	17		1
	Sexo	18, 19, 20, 21, 22		5
Representações sobre a AIDS	Conhecimentos		36, 40	2
	Doença	32, 33, 34, 35		4
	Transmissão	56	37	2
	Prevenção	23, 24	39	3
	Riscos		38	3
	Preconceitos	41, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55		12
	Atitudes	25, 28, 29, 31, 42, 43, 44, 57		8
	Fontes de informações	59		1
Escola e prevenção à AIDS	Atividades e/ou Programas de Prevenção	61, 61, 62, 63, 65, 66	64	7
Manifestação Pessoal	Espaço para críticas, comentários, sugestões e opiniões		67	1
TOTAIS		60	7	67

d) Procedimento da coleta de dados

- **Obtenção da amostra e constituição da amostra**

A amostra foi obtida pelo processo de randomização em três níveis, na seguinte seqüência:

- 1) Foram selecionados randomicamente 15 Municípios, do total de 92, que mantêm Escolas Técnicas do CEETEPS, o que corresponde a 16,3% do total de Municípios;
- 2) Nos Municípios que apresentavam duas ou mais Unidades de Ensino (ETEs), a escolha da ETE desses Municípios também foi feita randomicamente;
- 3) Das 15 Unidades, correspondente a aos 15 Municípios, foram selecionadas randomicamente 10 Unidades;
- 4) De cada uma das Unidades foram selecionados randomicamente 22 questionários de cada uma das séries estudadas (1^a. e 3^a. séries);
- 5) Dos 22 questionários selecionados de cada série e Unidade, 11 haviam sido respondido por alunos do sexo masculino e 11 por alunos do sexo feminino.
- 6) A amostra, portanto, foi constituída do total de 440 alunos, sendo 220 alunos da 3^a. série e 220 da 1^a. série, 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino.

- **Aplicação do Questionário**

Os questionários foram aplicados a todos os alunos das 1^a. e 3^a. séries de Ensino Médio das Unidades de Ensino (ETEs) selecionadas.

Foi encaminhado um ofício do Senhor Superintendente do CEETEPS aos Diretores das ETEs, explicando os objetivos da pesquisa assim como a indicação do Autor para conduzir e orientar os professores no processo de aplicação dos questionários.

Para os alunos das 3^a. séries, os questionários foram aplicados no início de dezembro de 2.001, enquanto que, para os alunos das 1^a. séries, a aplicação ocorreu no período compreendido entre o final de fevereiro e início de março de 2.002. O dia destinado às aplicações foi estabelecido dentro do período – dezembro de 2001 e fevereiro/março de 2002 – definido em comum acordo com a Administração Superior do CEETEPS, a Direção da Unidade e a disponibilidade do professor aplicador, sem alterar a rotina de atividades da unidade e sem avisos antecipados. Durante o período de aplicação, o Autor esteve à disposição das Unidades em local pré-estabelecido com acesso via telefones e e-mail.

A **Tabela 6** mostra o número de questionários respondidos em cada série e os respectivos números de alunos.

Tabela 6Questionários respondidos pelos alunos das 1^as e 3^as Séries

Séries	Número de Alunos Matriculados	Questionários Respondidos	
		F	%
1 ^a . Série	1.062	987	93,0
3 ^a . Série	983	783	79,6
Totais	2.045	1.770	86,5

Após a aplicação dos questionários, os mesmos foram colocados em envelopes já endereçados ao CEETEPS aos cuidados do Autor, lacrados e enviados via “malote” exclusivo e reservado dos serviços do setor de Comunicações do CEETEPS. Os Diretores das ETes foram os responsáveis pelo envio dos envelopes, conforme as instruções aprovadas pela Superintendência do CEETEPS.

A aplicação dos questionários nas Unidades de Ensino foi realizada por um professor – *professor aplicador* – previamente contatado e devidamente instruído pelo Autor.

e) Procedimento da análise dos dados

As respostas dadas às questões abertas foram categorizadas e analisadas, utilizando-se da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1978) e

Navarro e Diaz (1995). As frequências das categorias e das respostas dadas às questões fechadas foram computadas em porcentagens.

Utilizou-se o Programa Biostat 2.0 para tabulação e análises estatísticas dos dados (Ayres, Ayres Jr., Ayres & Santos, 2000).

f) Sujeito Juiz

Serviram como juizes das questões tratadas por análise de conteúdo duas professoras universitárias de Língua Portuguesa com mais de 20 anos no magistério, sendo uma Mestre em Psicologia Escolar pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), e a outra Doutora em Semiótica e Lingüística pela Universidade de São Paulo (USP).

Os juizes analisaram todas as respostas dadas às questões abertas de todos os sujeitos. Utilizaram os critérios de categorização elaborados pelo Autor. As porcentagens de concordância, entre as análises dos dois juizes e as do Autor, foram de 78% e 85%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizou-se a análise estatística χ^2 de homogeneidade e correlação de Pearson (r), Spearman (r_s) e Mann-Whitney (U) para as análises das mensurações entre as amostras considerando as diferenças de gênero, grau de escolaridade e idade, entre outras. Essas provas estatísticas foram utilizadas com a finalidade de verificar as correlações, a predominância e a significância de determinadas respostas ou categorias em relação a outras de uma mesma questão ou de outras questões. Nas questões abertas submetidas à análise de conteúdo, as provas utilizadas tiveram como objetivo oferecer bases para que se pudesse afirmar que as representações estudadas achavam-se centradas ou não em determinados temas – as categorias globais – de acordo com o modelo teórico de Moscovici (1978).

Os dados coletados, assim como as análises e discussões deles decorrentes, estão aqui apresentados de maneira a atender aos objetivos que nortearam este trabalho. Os resultados foram subdivididos em três partes, a saber:

Parte I – Quem é esse adolescente?

Parte II – Situações de risco do adolescente

Parte III – Representações Sociais e atitudes do adolescente

Na Parte III, também estão incluídas as fontes de informações sobre AIDS, uma vez que estas fontes constituem importantes elementos de construção das Representações Sociais.

A seguir é apresentado um roteiro com a seqüência dos itens tratados neste capítulo.

Parte I – Quem é esse adolescente?

1. No contexto familiar

a) Percepções dos limites e normas da família

2. No contexto social

a) Projeto de vida

b) Preocupações predominantes neste momento

c) Envolvimento social

d) Possibilidades e preferências de lazer e diversão

e) Intimidade com os amigos – eles usam camisinha?

Parte II – Situações de risco do adolescente

3. Consumo de drogas lícitas e ilícitas

a) Quanto e onde consome bebidas alcoólicas

b) Consumo de drogas ilícitas

4. Experiências sexuais

a) Importância do sexo

- b) Condições ou compromissos para que as pessoas tenham relações sexuais
- c) Relações sexuais

- d) Idade da primeira relação sexual

- e) Número de parceiros sexuais

- f) Uso da camisinha

Parte III – Representações sociais e atitudes do adolescente

5. Representações Sociais sobre AIDS

- a) Conhecimentos sobre AIDS
- b) Identificação do portador do HIV
- c) Transmissão do HIV/AIDS
- d) Cuidados para não “pegar” AIDS
- e) Por que os jovens não usam camisinha?
- f) Mas afinal, quem está sujeito a “pegar” AIDS?
- g) Preconceitos contra o HIV/AIDS

6. Atitude com relação ao uso da camisinha

7. Atitude em situação de risco

8. Fontes de informações sobre AIDS

9. Representações Sociais sobre Programas de Prevenção à AIDS na Escola

- a) Conhecimentos sobre DSTs e AIDS
- b) Percepções sobre as atividades ou programas de prevenção
- c) Como os alunos gostariam que fossem as atividades de prevenção à AIDS?

Parte I – Quem é esse adolescente?

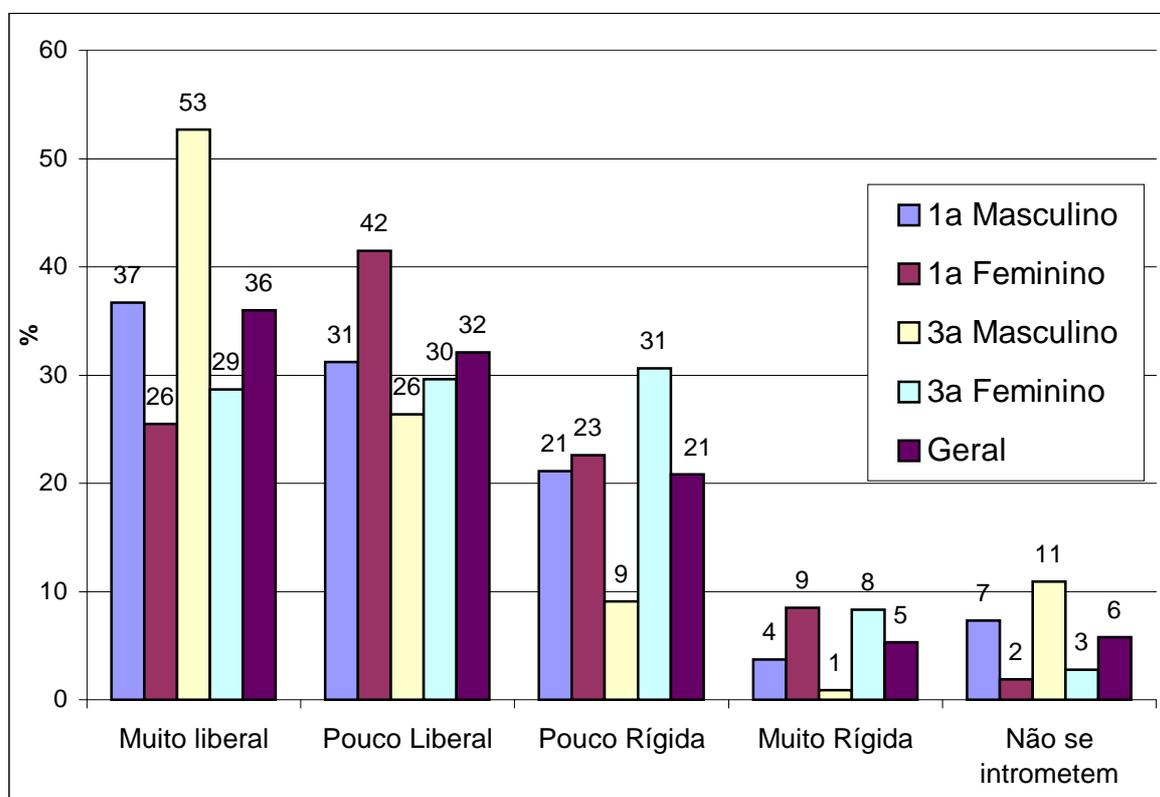
1. No contexto familiar

a) Percepções dos limites e normas familiares

As percepções dos alunos sobre as atitudes, os limites e as normas familiares envolvendo questões tais como horários, amigos, uso de bebida alcoólica, rotina de estudo e trabalho, dinheiro, assim como sobre experiências sexuais e ao uso de camisinha foram obtidas por meio das respostas dadas às questões oito a 27.

A Figura 1, a seguir, mostra as percepções dos alunos quanto aos limites da família com relação aos **horários de diversão e lazer**.

Figura 1 : Percepções dos alunos das normas e limites da família quanto a horários de diversão e lazer



Do total de 440 alunos da amostra, 433 (98,4%) responderam a questão, cujas freqüências das indicações distribuíram-se da seguinte maneira: em primeiro lugar, aparece *muito liberal* com 36%, seguida de *pouco liberal* com 32%, *pouco rígida* com 21%, *não se intrometem* com 6% e *muito rígida* com 5%. As diferenças entre as freqüências são altamente significativas ($\chi^2_o = 41,1$, $\chi^2_c = 9,4$, gl = 4 para $\alpha = 0,05$).

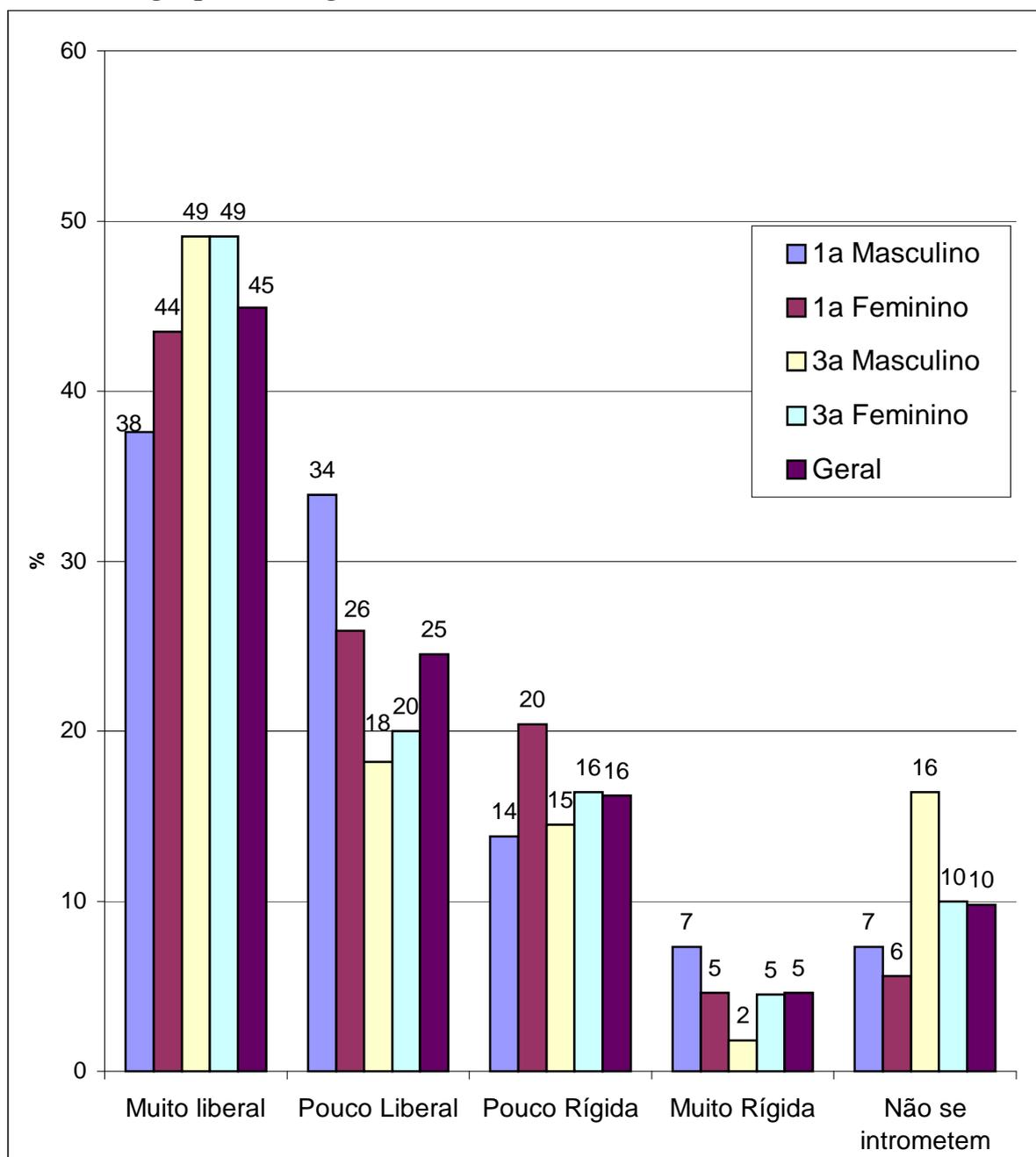
Quanto à distribuição das freqüências das indicações das percepções na categoria *muito liberal* , aparece em primeiro lugar os alunos da 3^a. série 53%, seguida dos alunos da 1^a. série com 37%, alunas da 3^a. série com 29% e, finalmente, alunas da 1^a. série com 26%. As diferenças entre as freqüências são significativas ($\chi^2_o = 14,2$, $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

No item *pouco liberal* aparece em primeiro lugar a freqüência das indicações das alunas da 1^a. série com 42%, seguida dos alunos da 1^a. série com 31%, alunas da 3^a. 3^a. série com 30% e, por último, os alunos da 3^a. série com 26%. As diferenças entre as freqüências das indicações não são significativas ($\chi^2_o = 4,3$, $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

Dentre as freqüências das indicações sobre a percepção de que a família é *um pouco rígida* quanto aos horários de diversão e lazer, destaca-se aquela das alunas da 3^a. série com 31%. Seguem-se as freqüências das indicações das alunas da 1^a. série com 23% e dos alunos da 1^a. e 3^a. séries com 21% e 9%, respectivamente. As diferenças entre as freqüências das indicações são significativas ($\chi^2_o = 11,8$, $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

As percepções dos alunos quanto às normas e limites da família com relação ao **grupo de amigos** são mostradas na Figura 2.

Figura 2 : Percepções dos alunos das normas e limites da família quanto ao grupo de amigos.



As freqüências das indicações dos 437 alunos que responderam a questão aparecem em primeiro lugar o item *muito liberal* com 45%, seguida dos itens *pouco liberal* com 25%, *pouco rígida* com 16%, *não se intromete* com 10% e *muito rígida* com 5%, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 49,5$, $\chi^2_c = 9,4$, gl = 4 para $\alpha = 0,05$).

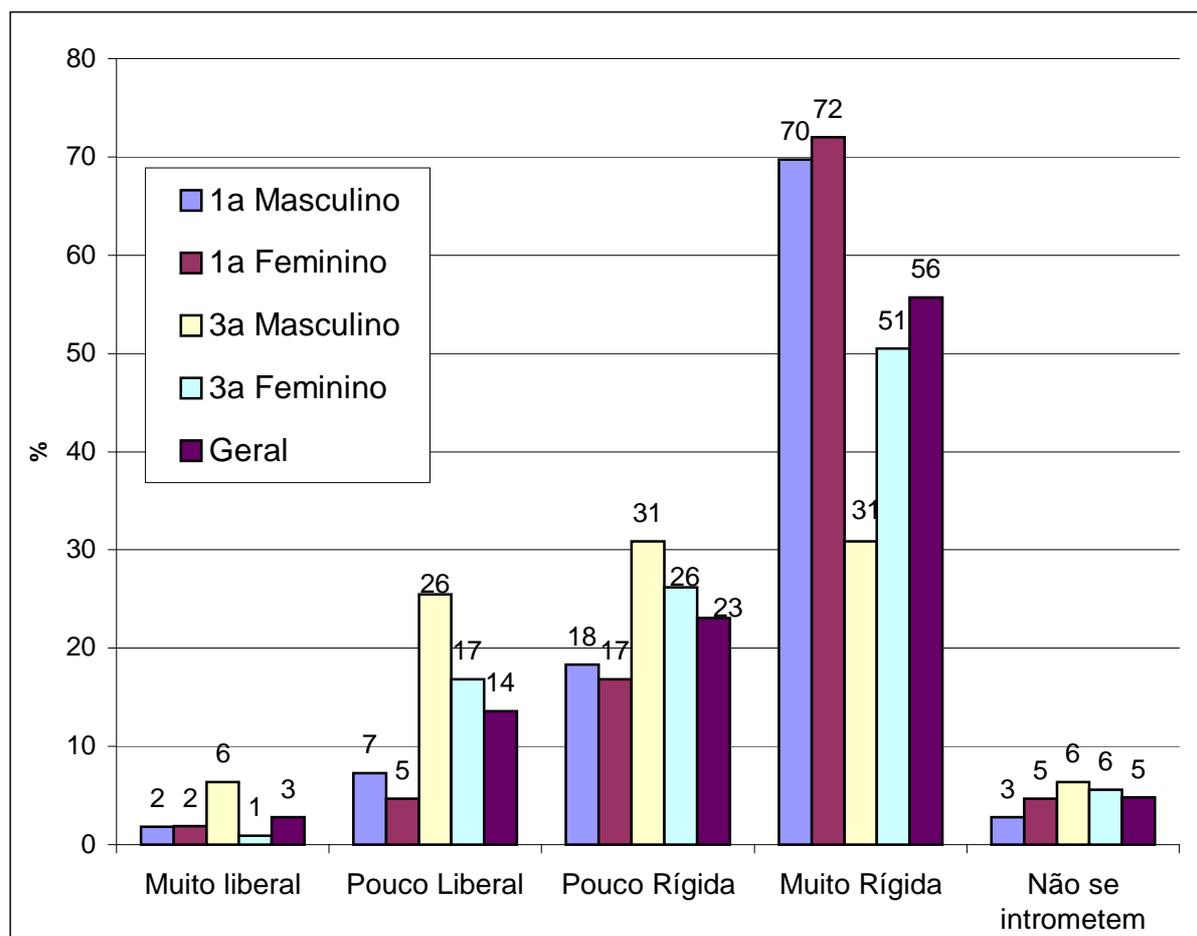
Na distribuição das freqüências das indicações do item *muito liberal* aparecem em primeiro lugar os alunos e alunas da 3^a. série, ambos com 49%, seguida das alunas da 1^a. série com 44% e alunos da 1^a. série com 38%. As diferenças entre as freqüências não são significativas ($\chi^2_o = 1,82$, $\chi^2_c = 7,8$, gl=3 para $\alpha = 0,05$).

As freqüências das indicações no item *pouco liberal* aparecem na seguinte ordem: na 1^a. série alunos com 34% e alunas com 26%, seguidos das alunas e alunos da 3^a. série com 20% e 18%, respectivamente, cujas diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 6,3$, $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

Embora as diferenças entre as freqüências das indicações para item *não se intrometem* não seja significativa para os quatro grupos de alunos ($\chi^2_o = 6,2$, $\chi^2_c = 7,8$, gl=3 para $\alpha = 0,05$), as indicações dos alunos da 3^a. série com 16% aparecem em destaque sobre os demais.

Quanto ao **consumo de bebida alcoólica**, as freqüências das indicações das percepções dos 433 alunos que responderam, são mostradas na Figura 3, a seguir.

Figura 3 : Percepções dos alunos das normas e limites da família quanto ao consumo de bebidas alcoólicas.



Em primeiro lugar, aparece a indicação para o item *muito rígida* com 56%, seguida do item *pouco rígida* com 23%, *pouco liberal* com 14% e *não se intrometem* com 5%. As diferenças entre as freqüências das indicações são altamente significativas ($\chi^2_o = 60,6$, $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$). O item *muito liberal* aparece com 3% das indicações.

No item *muita rígida*, as diferenças entre as freqüências das indicações das alunas da 1ª. série (72%), seguida dos alunos da 1ª. série (70%), alunas da

3^a. série (51%) e alunos da 3^a. série (31%), são significativas ($\chi^2_o = 19,6$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

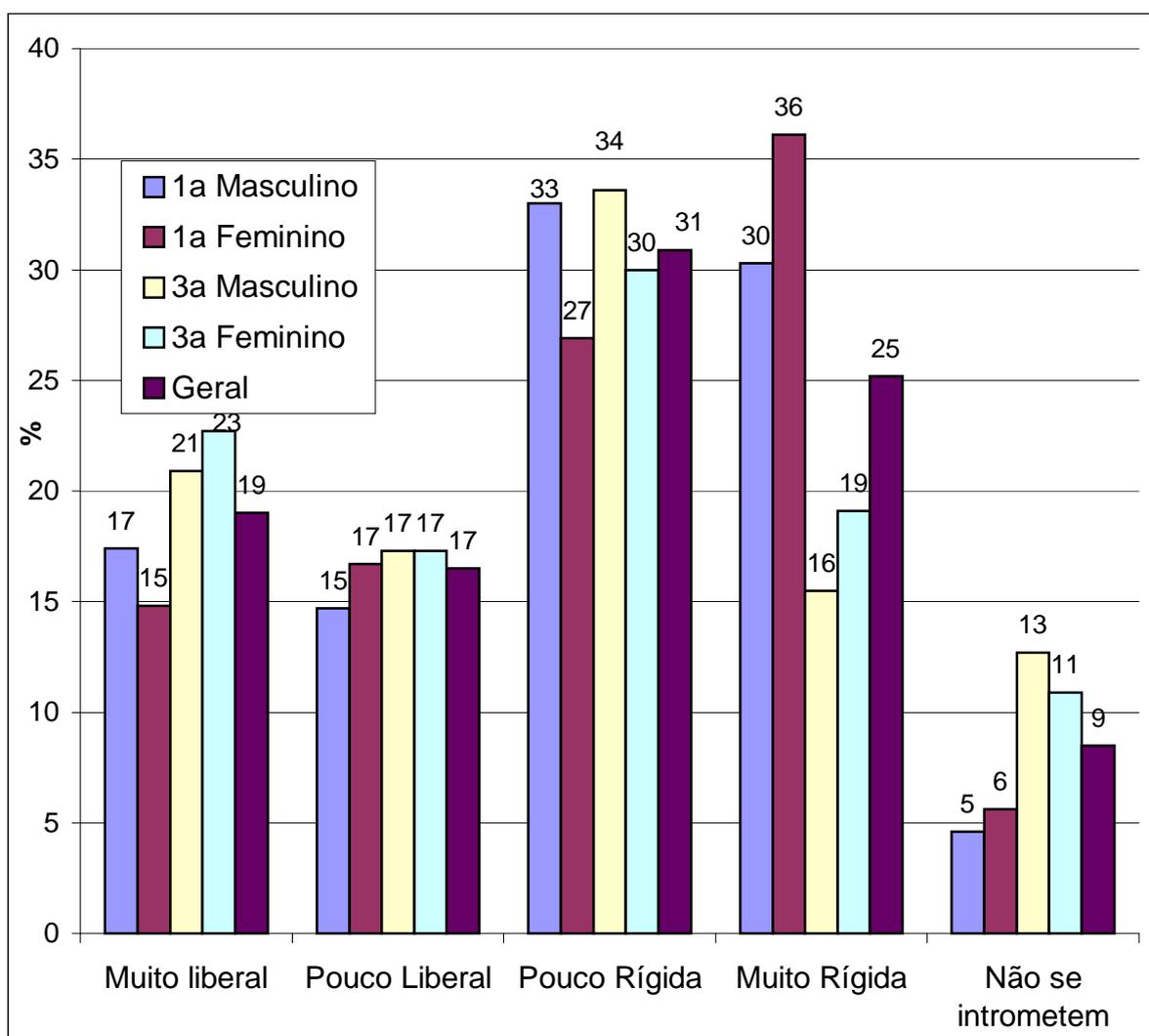
Destacam-se as freqüências das indicações das percepções dos alunos da 3^a. série com relação aos itens *muito rígida* (31%), *pouco rígida* (31%) e *pouco liberal* (26%), cujas diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 0,5$, $\chi^2_c = 5,9$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$). As freqüências dos itens *muito liberal* (6%) e *não se intrometem* (6%), somam 12% das indicações, indicando que os alunos da 3^a. série possuem uma percepção de permissividade da família com relação ao consumo de bebidas alcoólicas. As somas nesses itens para os alunos da 1^a. série é de 5% enquanto que para as alunas da 1^a. e 3^a. série é de 7%. As diferenças entre as freqüências nos quatro grupos não são significativas ($\chi^2_o = 3,4$, $\chi^2_c = 5,9$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

As freqüências das indicações das percepções dos 436 alunos que responderam a questão, quanto às normas e limites da família com relação à **rotina de estudos ou trabalho** (Figura 4), aparecem na seguinte ordem: em primeiro lugar o item *pouco rígida* com 31%, seguida de *muito rígida* com 25%, *muito liberal* com 19%, *pouco liberal* com 17% e *não se intrometem* com 9%, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 13,7$, $\chi^2_c = 9,49$, $gl = 4$ para $\alpha = 0,05$).

As diferenças significativas entre os quatro grupos de alunos somente aparecem no item *muito rígida* ($\chi^2_o = 10,4$, $\chi^2_c = 5,9$, $gl = 3$ para

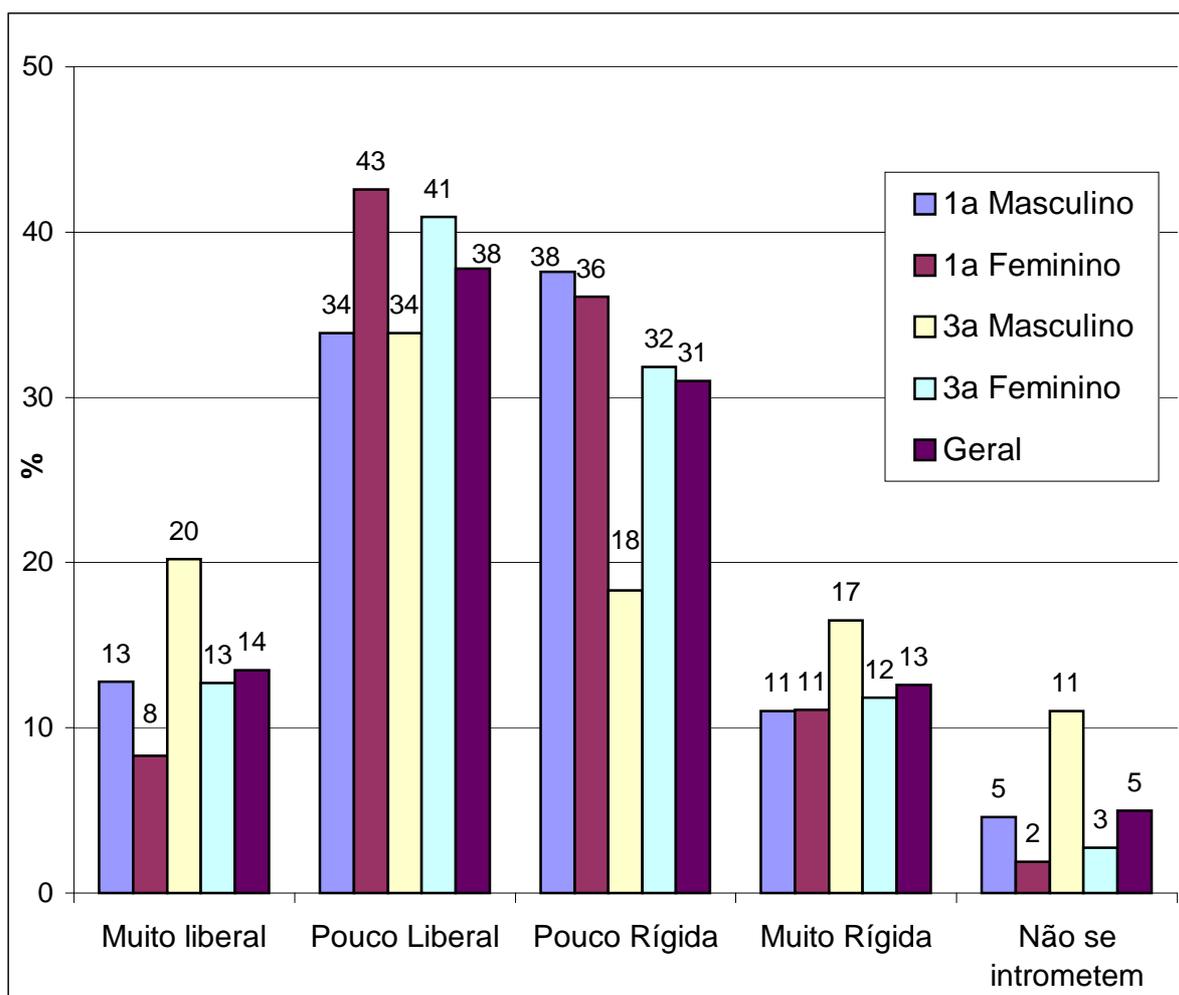
$\alpha = 0,05$), cujas frequências aparecem na seguinte ordem: alunas da 1^a. série com 36%, seguida dos alunos da 1^a. série com 30%, alunas da 3^a. série com 19% e, finalmente, alunos da 3^a. série com 16%. Nos demais itens, as diferenças entre os grupos não são significativas (os valores para χ^2_o são: 0,9 para *pouco rígida*, 0,1 para *pouco liberal*, 2,1 para *muito liberal* e 5,1 para *não se intrometem*, e 5,9, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

Figura 4 : Percepções dos alunos das normas e limites da família quanto à rotina de estudos ou trabalho.



A questão sobre a **necessidade e ao uso de dinheiro** foi respondida por 436 alunos, cujas frequências das percepções são mostradas na Figura 5, a seguir.

Figura 5 : Percepções dos alunos das normas e limites da família quanto ao uso de dinheiro.



Considerando as respostas de todos os alunos, aparece em primeiro lugar a frequência das indicações das percepções do item *pouco liberal*, com 38%, seguida, de *pouco rígida* com 31%, *muito liberal* com 14%, *muito rígida* com 13% e por último o item *não se intrometem*, com 5%. As diferenças entre as

freqüências são altamente significativas ($\chi^2_o = 37,3$, $\chi^2_c = 9,49$, $gl = 4$ para $\alpha = 0,05$).

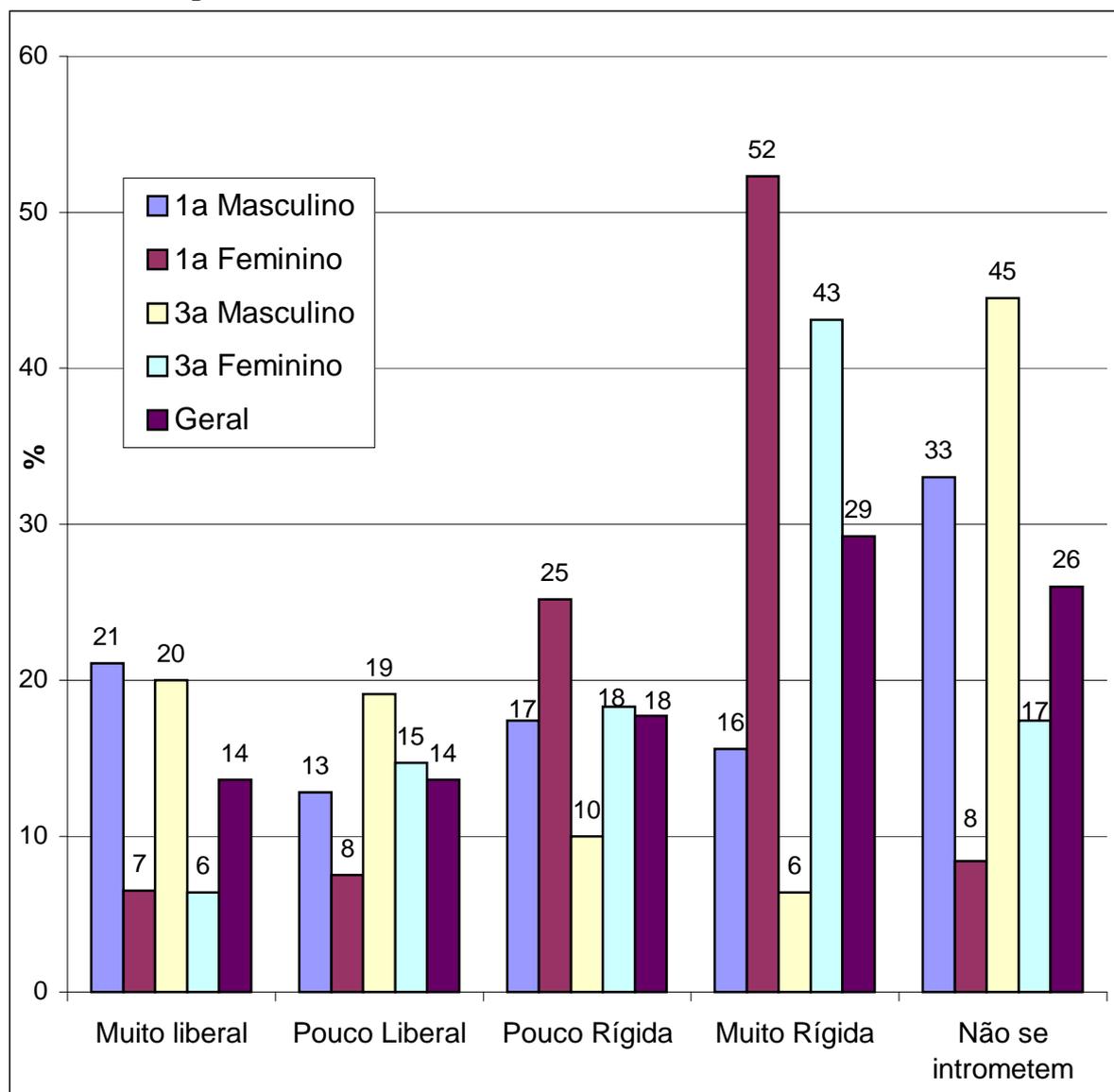
As diferenças entre as freqüências das indicações dos quatro grupos de alunos para o item *pouco rígida* são significativas ($\chi^2_o = 37,3$, $\chi^2_c = 5,9$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$), aparecendo em primeiro lugar as freqüências das indicações dos alunos da 1^a. série com 38%, seguidas das freqüências das alunas com 36%, alunas da 3^a. série com 32% e, finalmente, os alunos da 3^a. série com 18%. Nos demais itens, *muito rígida*, *pouco liberal* e *muito liberal* as diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 1,9$, 1,7 e 5,4, respectivamente, $\chi^2_c = 5,9$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

As percepções das normas e limites da família com relação às **experiências sexuais** foram apresentadas por 435 alunos que responderam a questão (Figura 6). As freqüências dos itens aparecem na seguinte ordem: em primeiro lugar, *muito rígida* com 29%; *não se intrometem* com 26%; *pouco rígida* 18%; e *pouco liberal* e *muito liberal* com 14% . As diferenças entre as freqüências das indicações são significativas ($\chi^2_o = 9,5$, $\chi^2_c = 9,49$, $gl = 4$ para $\alpha = 0,05$) .

É possível observar que os maiores valores aparecem nos itens *não intrometem* para os alunos da 3^a. série e 1^a. série com 45% e 33%, respectivamente, e no item *muito rígida* para as alunas da 1^a, e 3^a. série com 52% e 43%, respectivamente. As diferenças das freqüências não são significativas

nos dois grupos ($\chi^2_o = 1,5$ entre os alunos e $0,6$ entre as alunas, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$).

Figura 6 : Percepções dos alunos das normas e limites da família quanto às experiências sexuais



Somente no item *pouco liberal* as diferenças entre as frequências das indicações dos quatro grupos de alunos não são significativas

($\chi^2_o = 4,5$, $\chi^2_c = 5,9$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$), enquanto que no item *muito rígida* são altamente significativas ($\chi^2_o = 48,6$, $\chi^2_c = 5,9$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

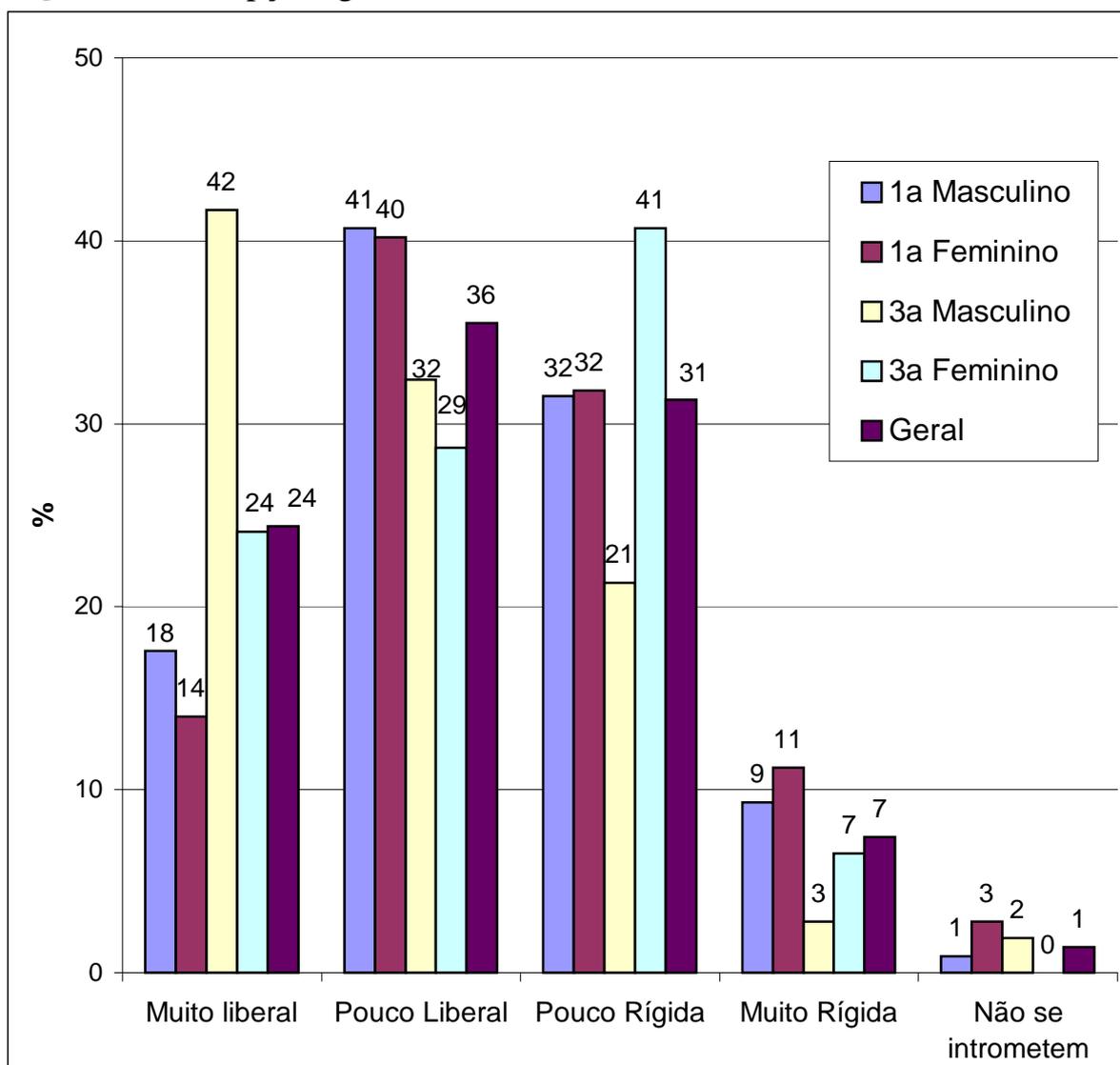
Existem correlações fortes e positivas entre os alunos da 1ª. e 3ª. séries ($r = 0,88$) e entre as alunas da 1ª. e 3ª. séries ($r = 0,93$). Entre os alunos e as alunas todas as correlações apresentam-se moderadas e negativas, sendo na 1ª. e 3ª. séries $r = -0,37$ e $-0,44$, respectivamente, entre alunos da 1ª. série e alunas da 3ª. série $r = -0,24$ e entre as alunas da 1ª. série e alunos da 3ª. série $r = -0,66$.

As freqüências das indicações das percepções dos alunos com relação às normas e limites da família “**no geral**” são apresentadas na Figura 7, a seguir.

Aparece em primeiro lugar as indicações para o item *pouco liberal* com freqüência de 36% das indicações, seguida de *pouco rígida* com 31%, *muito liberal* com 24%, *muito rígida* com 7%, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 19,3$, $\chi^2_c = 5,9$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

Embora a freqüência das indicações das percepções dos alunos para o item *muito liberal* apareça em terceiro, é neste item que aparece a freqüência de 42% das indicações dos alunos da 3ª. série, que é a maior freqüência de indicações dentre todos os grupos de alunos. As diferenças entre as freqüências nesse item são significativas ($\chi^2_o = 18,7$, $\chi^2_c = 5,9$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

No item *pouco rígida*, a maior freqüência aparece nas indicações das alunas da 3ª. série com 41%. As diferenças entre as freqüências nesse item são significativas ($\chi^2_o = 6,3$, $\chi^2_c = 5,9$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

Figura 7 : Percepções gerais dos alunos das normas e limites da família.

As frequências das indicações das percepções no item *pouco liberal* não são significativas ($\chi^2_o = 2,9$, $\chi^2_c = 5,9$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

É possível observar uma inversão de percepções entre os alunos e alunas da 3ª. série com aos itens *muito liberal* (42% e 24%), *pouco liberal* (32% e 29) e *pouco rígida* (21% e 42%), cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 11,5$, $\chi^2_c = 5,9$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$). O mesmo não acontece com os alunos e alunas

da 1^a. série, cujas diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 0,3$, $\chi^2_c = 5,9$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

As percepções dos alunos sobre as normas da família apresentam características distintas para sexo e idade. Assim, a Figura 7 mostra que os alunos da 3^a. série têm uma percepção de uma grande liberalidade de seus pais e familiares, e, possivelmente, desfrutam de uma grande liberdade, alto grau de autonomia e independência. Os demais alunos, em suas percepções, permanecem dentro de certos limites de respeitabilidade, ou seja, ainda estão sujeitos a determinadas normas ou limites.

Esta situação, de uma maneira geral, que tende para uma maior liberalidade nas percepções dos alunos da 3^a. série, aparece com muita clareza nos horários de diversão e lazer (Figura 1), com os grupos de amigos (Figura 2) e com relação ao sexo (Figura 6). Mesmo quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, a percepção desses alunos é mais liberalizante quando comparada com os demais grupos de alunos.

O contexto familiar é interesse particular dos adolescentes. Contrariando o senso comum, os adolescentes não deixam de relacionar-se com seus pais e familiares durante a puberdade. Os pais continuam tendo um impacto substancial sobre seus filhos adolescentes nesse período (Whalen, Henker, Hollinshead & Burgess, 1996; Stage & Brandt, 1999). Assim, os pais devem usar suas habilidades de persuasão, com objetivos de controlar os ambientes das crianças e dos adolescentes, para manter suas influências como agentes de

prevenção primária ou como um fator protetivo (Pintz, 2002). As ausências ou silêncios dos pais estimulam os adolescentes a buscar respostas e atenções em outros lugares que se mostrem acessíveis e, possivelmente, com novos valores e possíveis riscos (Arce, 1999; UNICEF, 2002).

Pais e familiares são elementos constantes na vida da maioria dos jovens e os influenciam ao longo da vida. O desenvolvimento ao lado dos pais proporciona bem-estar psicossocial positivo e competência comportamental. A convivência com pais e familiares constitui uma demonstração de atitudes para a vida no dia-a-dia.

As influências da família e as percepções dos adolescentes dessas influências permitem que fatores ambientais sejam compartilhados, como a cultura, eventos de vida e normas, cujas interações contribuem para a configuração de condições familiares particulares. Essas condições, por sua vez, podem ser consideradas como importantes fatores de risco ou protetivos (Merikangas, Rounsaville & Prusoff, 1996)

Os pais são importantes no desenvolvimento dos adolescentes e das crianças, uma vez que podem exercer uma certa autoridade sobre os filhos e, direta ou indiretamente, acabam influenciando as interações ou configurações sociais nas quais seus filhos se envolvem.

Os estudos apresentados pela “Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes” (OMS, 1999), mostram que a atenção dos pais ajuda os adolescentes a evitar atividades ou situações de riscos elevados. Os pais também

podem promover a adaptabilidade ou a alienação de seus filhos adolescentes utilizando-se de suas regras e graus de suas autoridades ou permissibilidade.

As percepções dos alunos das normas e limites da família, constituem elementos indicadores das relações com seus pais e familiares que, indiretamente, podem constituir em fatores e protetivos ou de riscos (Jackson, 2002; Blum, McNeely & Nonnemaker, 2002). A convivência com os familiares, traduzida em situações vivenciadas pelos adolescentes, promovem maiores e mais permanentes mudanças nos comportamentos das crianças e dos adolescentes (Zamora, Toledo, Santi & Martinez, 1996),

Darling & Steinber (1993) indicam que os valores, metas e atitudes dos pais são determinantes no processo de socialização dos filhos. Consideram as práticas e os estilos parentais como atributos que influenciam o desenvolvimento dos filhos.

As práticas parentais têm efeitos diretos sobre comportamentos específicos tais como desempenho na escola, aquisição de valores, auto-estima. O estilo parental, por sua vez, influencia indiretamente o desenvolvimento dos filhos. O estilo parental é definido como uma “constelação de atitudes” capaz de comunicar com os filhos e criar um clima emocional no qual os pais expressam seus comportamentos. É entendido como um moderador das práticas parentais e não tem uma meta ou objetivo definido. O estilo parental inclui o tom de voz, a linguagem, negligências, temperamento explosivo, entre outros (Darling & Steinber, 1993).

As interações entre o estilo e as práticas parentais contribuem na construção da personalidade, das atitudes e comportamentos específicos dos filhos, assim como influencia as diversas áreas de desenvolvimento psicossocial de adolescentes. Os estilos parentais autoritário e permissivo têm maior influência na fase pré-escolar, embora o estilo permissivo tenha maior relevância na pré-adolescência (Oliveira, Marin, Pires, Frizzo, Ravanello, & Rossato, 2002; Costa, Teixeira & Gomes, 2000).

Mounts (2002), aponta em suas pesquisas que adolescentes cujos pais eram restritivos eram também mais seletivos na escolha de pares e menos influenciados por estes, enquanto que, os adolescentes cujos pais eram permissivos apresentavam maiores probabilidades de serem influenciados por seus pares no uso de drogas.

Os dados desta pesquisa parecem concordar com aqueles obtidos por Costa, Teixeira & Gomes (2000), em estudo sobre estilos parentais com estudantes do Ensino Médio de escolas Públicas de Porto Alegre, no qual o grupo feminino indicou maior percepção nas exigências dos pais do que o grupo masculino. Nessa percepção diferencial, os autores propõem duas hipóteses explicativas. Na primeira hipótese admitem que, de fato, as meninas são submetidas a práticas educativas mais intensas do que os meninos. Na segunda, admitem que as meninas passam por um modelo socializador com maior valorização dos aspectos interpessoais resultando em maior percepção da prática educativa.

Outro ponto interessante e preocupante é o não envolvimento dos pais, na percepção dos alunos, com relação ao sexo. Embora Costa, Teixeira & Gomes (2000), não tenham trabalhado com a questão sexo, indica que existe um grupo significativo de jovens que não percebe nos pais algum tipo de controle ou de limite.

Vivona (2000) explica que para o desenvolvimento do adolescente, é necessário um vínculo seguro com os pais. Esse vínculo permite a criança e ao adolescente explorar o mundo, ajustar as demandas da vida, desenvolver relações interpessoais e comprometer-se com metas de vida. O atendimento e as respostas adequadas e consistentes dos pais para os filhos geram sentimentos de segurança e confiança, enquanto que as inconsistências, ambivalências ou ausências geram a adoção de uma pseudo-auto-confiança para explorar o mundo.

Parte I – Quem é esse adolescente?

2. No contexto social

a) Projeto de vida

A questão de número quatro buscou informações sobre a situação atual dos sujeitos com relação a estudos e trabalho (Tabela 7).

Tabela 7

Situação atual com relação a estudos e trabalho

Situação	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Estudo e Não Procuo Trabalho	68	61,8	82	74,5	150	68,2	32	29,1	39	35,4	71	32,2	221	50,2
2. Estudo e Procuo Trabalho	24	21,8	19	17,3	43	19,5	40	36,4	50	45,5	90	41,0	133	30,2
3. Estudo e Trabalho	18	16,4	9	8,2	27	12,3	38	34,5	21	19,1	59	26,8	86	19,6
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

Dos 440 sujeitos, 221 (50,2%) indicaram que somente estudam sem a preocupação de procurar trabalho, 133 (30,2%) estudam e procuram trabalho e 86 (19,6%) estudam e trabalham. As diferenças são significativas ($\chi^2_o = 14,48$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$).

As comparações das frequências entre os alunos da 1^a. série que indicaram *somente estudar* (68,2%), *estudam e procuram trabalho* (19,5%) e

estudam e trabalham (12,3%), com as frequências dos alunos da 3^a. série que indicaram *somente estudar* (32,2%), *estudam e procuram trabalho* (41%) e *estudam e trabalham* (26,8%), são significativas ($\chi^2_o = 25,92$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$).

Quando se comparam as frequências totais dos alunos que trabalham com aqueles que não trabalham, e nesta incluindo aqueles que procuram trabalho, observa-se que 80,4% não trabalham e 19,6 trabalham. Assim, na 1^a.série a frequência de alunos que não trabalham é de 87,7% enquanto que na 3^a. série a frequência é de 73,2%, cuja diferença não é significativa ($\chi^2_o = 1,13$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$).

Embora a maioria dos alunos não esteja trabalhando, nota-se que a preocupação com o trabalho é evidente entre os alunos da 3^a. série, quando comparados com os alunos da 1^a. série. Os valores para cada uma das situações – *estudo e não procuro trabalho*, *estudo e procuro trabalho* e *procuro trabalho* – apresentam-se inversamente para as séries, cujas frequências apresentam uma correlação negativa ($r = -0,01$).

As pretensões de realizações pessoais e do projeto de vida, considerando o momento atual que os alunos estão vivendo, foram indicadas nas respostas dadas à questão de número dez e apresentadas na Tabela 8, a seguir. Dentre todos os alunos, a maioria (78,9%) indicou ter um projeto de vida que pretende realizar, enquanto que 21,1% indicaram não ter um projeto definido, sendo que

destes 17,7% indicaram sentirem-se perdido sem saber o que pretendem no futuro e 3,4% indicaram não pensar no assunto. A diferença entre as frequências daqueles que indicaram possuir um projeto e aqueles que não o possuem é altamente significativa ($\chi^2_o = 32,26$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$).

Tabela 8

Como está vivendo no momento atual

No momento	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Tenho um projeto	82	74,5	86	78,2	168	76,4	83	75,5	96	87,3	179	81,4	347	78,2
Sinto-me perdido	19	17,3	18	16,4	37	16,8	27	24,5	14	12,7	41	18,6	78	17,7
Não penso no futuro	9	8,2	6	2,4	15	6,8	0	0	0	0	0	0	15	3,4
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

Para o item “tenho um projeto”, as frequências das indicações foram 74,5% para os alunos e 78,2% para as alunas da 1^a. série, enquanto que, para a 3^a. série, as indicações foram de 75,5% para os alunos e 87,3% para as alunas. No item “sinto-me perdido”, na 1^a. série as frequências foram de 17,3% para os alunos e 16,4% para as alunas, e na 3^a. série 24,5% e 12,7%, respectivamente para alunos e alunas. Embora as diferenças entre as frequências das indicações dos alunos e das alunas das 1^a. e 3^a. para os dois itens não tenham sido significativas ($\chi^2_o = 4,73$, $\chi^2_c = 7,82$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$), as alunas da 3^a.

série apresentaram maior determinação quanto ao projeto de vida a ser realizado, enquanto que os alunos da 3ª série indicaram ter mais dúvidas quanto à realização de seus projetos.

As indicações para o item “*não penso no futuro*” só apareceram entre os alunos e alunas da 1ª. série com 8,2% e 2,4%, respectivamente.

Os adolescentes que são capazes de controlar seus comportamentos com esquemas cognitivos possuem um projeto de vida que elaboram e executam. Esses projetos de vida muitas vezes são entendidos ou citados como estilos de vida (Baldivieso & Perotto, 1996).

O projeto de vida é explicado sob a ótica da psicologia cognitiva, que considera a realidade como um conjunto de possibilidades. O ambiente, ou contexto, no qual o adolescente está imerso oferece oportunidades para ação com o intuito de melhora de vida. O projeto de vida é a pré-determinação do que ocorrerá no futuro, considerando as possibilidades oferecidas pelo ambiente atual.

Executar um projeto de vida exige uma planificação determinística da realidade que necessita de elementos motivacionais, cognitivos e executivos do comportamento.

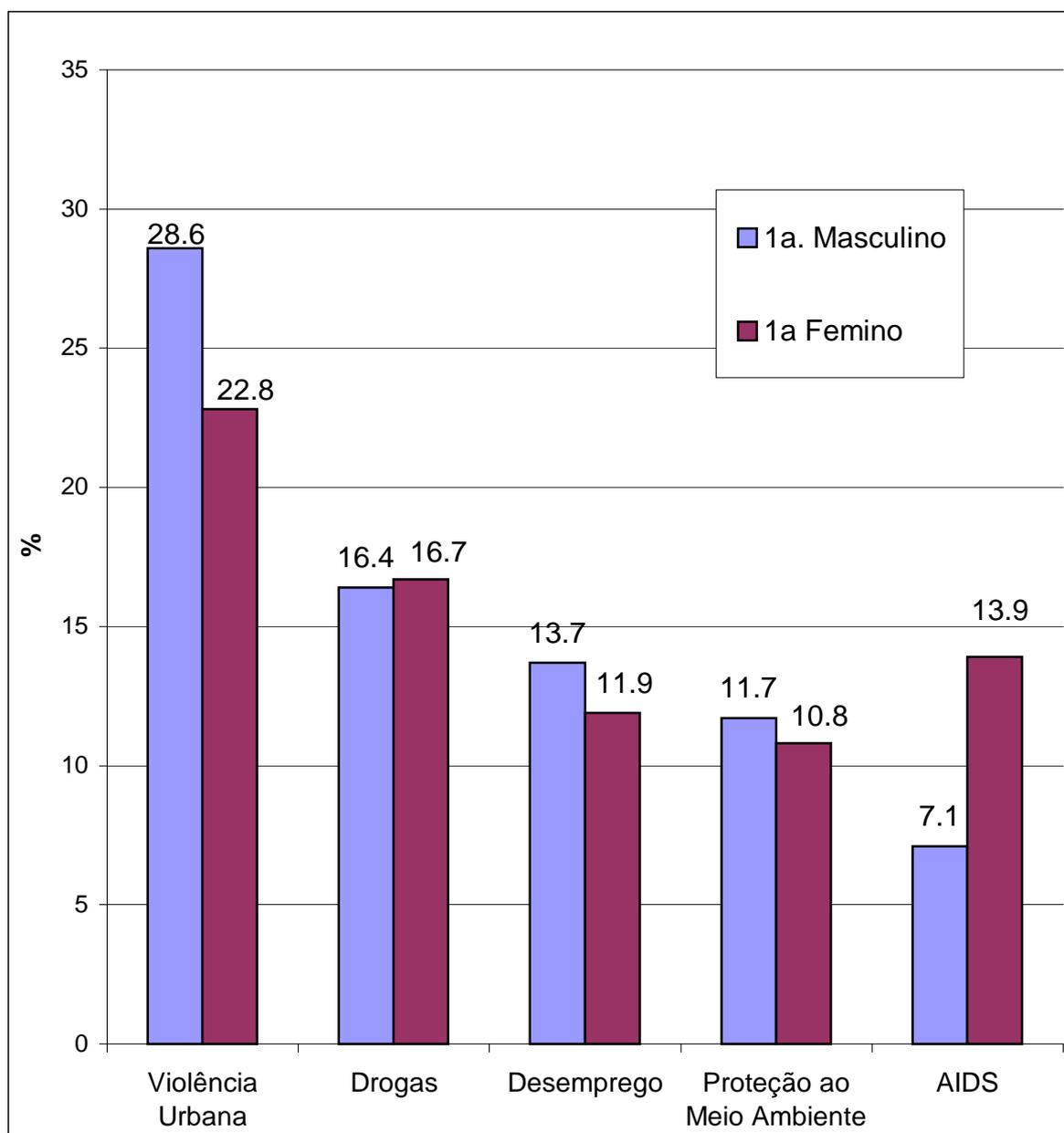
Assim, um projeto de vida envolve questões altamente complexas tais como o auto-domínio, definições de finalidades e tarefas, aquisição de competências, independência e responsabilidades, entre outros.

b) Preocupações predominantes neste momento

A questão cinco procurou identificar as principais preocupações atuais dos alunos e, dentre essas preocupações, a posição e a importância dada à AIDS.

A Figura 8, a seguir, mostra as cinco primeiras preocupações dos alunos da 1^a. série.

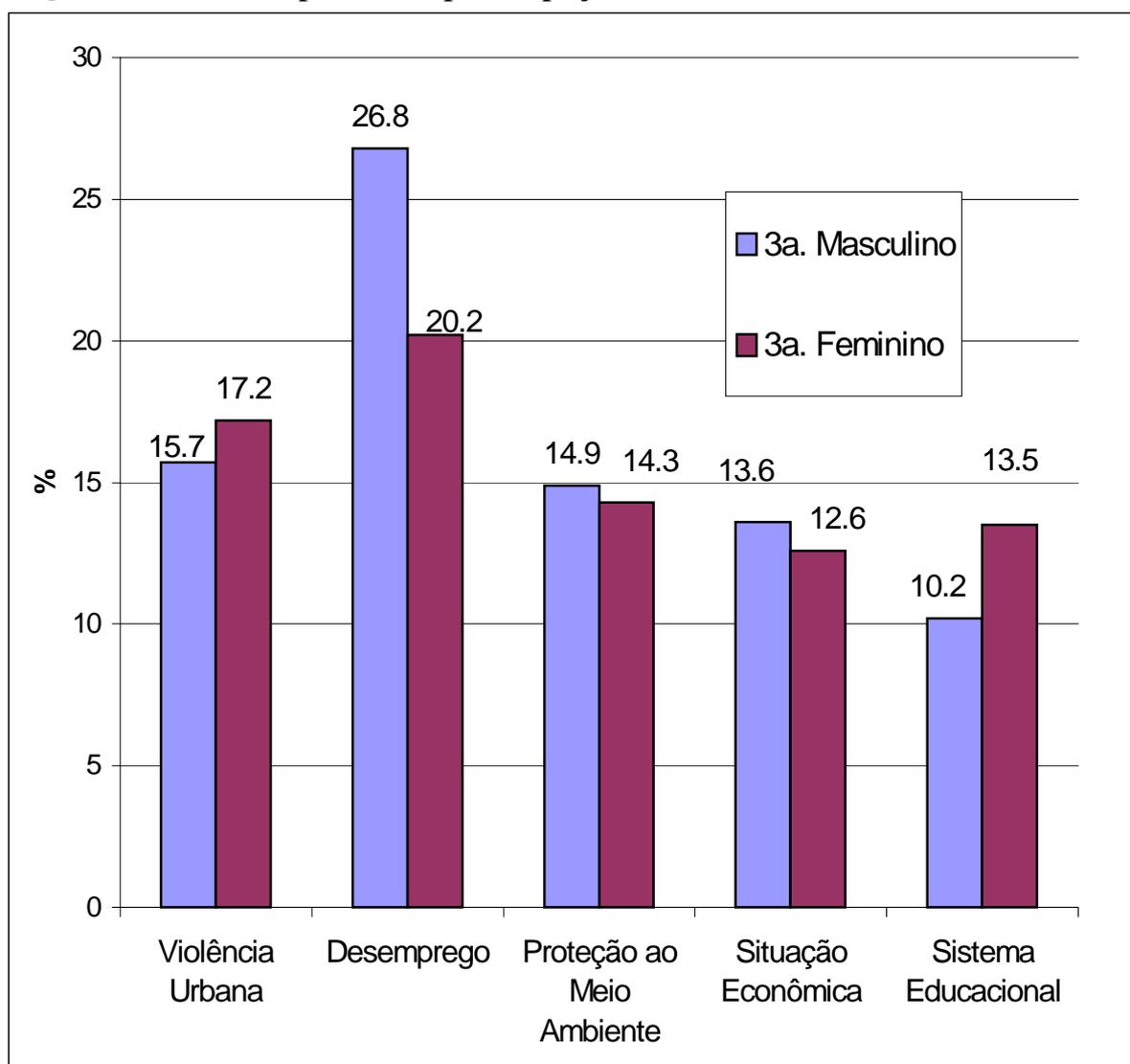
Figura 8: As cinco primeiras preocupações atuais dos alunos da 1^a. série



A AIDS aparece como a 5^a. preocupação dos alunos, com 7,1% das indicações, e como a 3^a. preocupação entre as alunas, com 13,9% das indicações. A violência aparece como a primeira preocupação entre os alunos e alunas com 28,6% e 22,8% das indicações, respectivamente, seguidas das preocupações sobre as drogas (16,4% e 16,7%), desemprego (13,7% e 11,9%) e proteção ao meio ambiente (11,7% e 10,8%). As diferenças entre as frequências das indicações dos alunos e alunas não é significativa ($\chi^2_o = 3,14$, $\chi^2_c = 9,49$, $gl=3$ para $\alpha = 0,05$) e apresenta uma correlação positiva moderada ($r = 0,86$).

As indicações das preocupações dos alunos e alunas da 3^a. série são apresentadas na Figura 9. Em primeiro lugar, aparece a preocupação com o desemprego com 26,8% das indicações dos alunos e 20,2% das alunas, seguem-se as preocupações com a violência urbana com 15,7% entre os alunos e 17,2% entre as alunas e proteção ao meio ambiente com 14,% e 14,3%. A situação econômica aparece como a 4^a preocupação entre os alunos e é seguida do sistema educacional com 13,6% e 10,2%, respectivamente. Entre as alunas, a 4^a. preocupação é o sistema educacional com 13,5% das indicações seguida da situação econômica com 12,6%. As diferenças entre as frequências das indicações dos alunos e alunas não é significativa ($\chi^2_o = 1,43$, $\chi^2_c = 9,49$, $gl = 4$ para $\alpha = 0,05$) e apresenta uma correlação positiva moderada ($r = 0,89$).

A AIDS não aparece entre as cinco primeiras preocupações dos alunos e alunas da 3^a. série.

Figura 9: As cinco primeiras preocupações atuais dos alunos da 3^a. série

As preocupações comuns entre os alunos e alunas das 1^a. e 3^a. série são: violência urbana, desemprego e proteção ao meio ambiente. As preocupações sobre *drogas* e *AIDS* entre os alunos e alunas da 1^a. série são substituídas pela *situação econômica* e *sistema educacional* entre os alunos e alunas da 3^a. série.

A Tabela 9 a seguir mostra as posições ocupadas pela preocupação com a *AIDS* em relação aos cinco principais preocupações dos alunos. Os alunos da 1^a. série apresentam uma preocupação relativamente maior com a

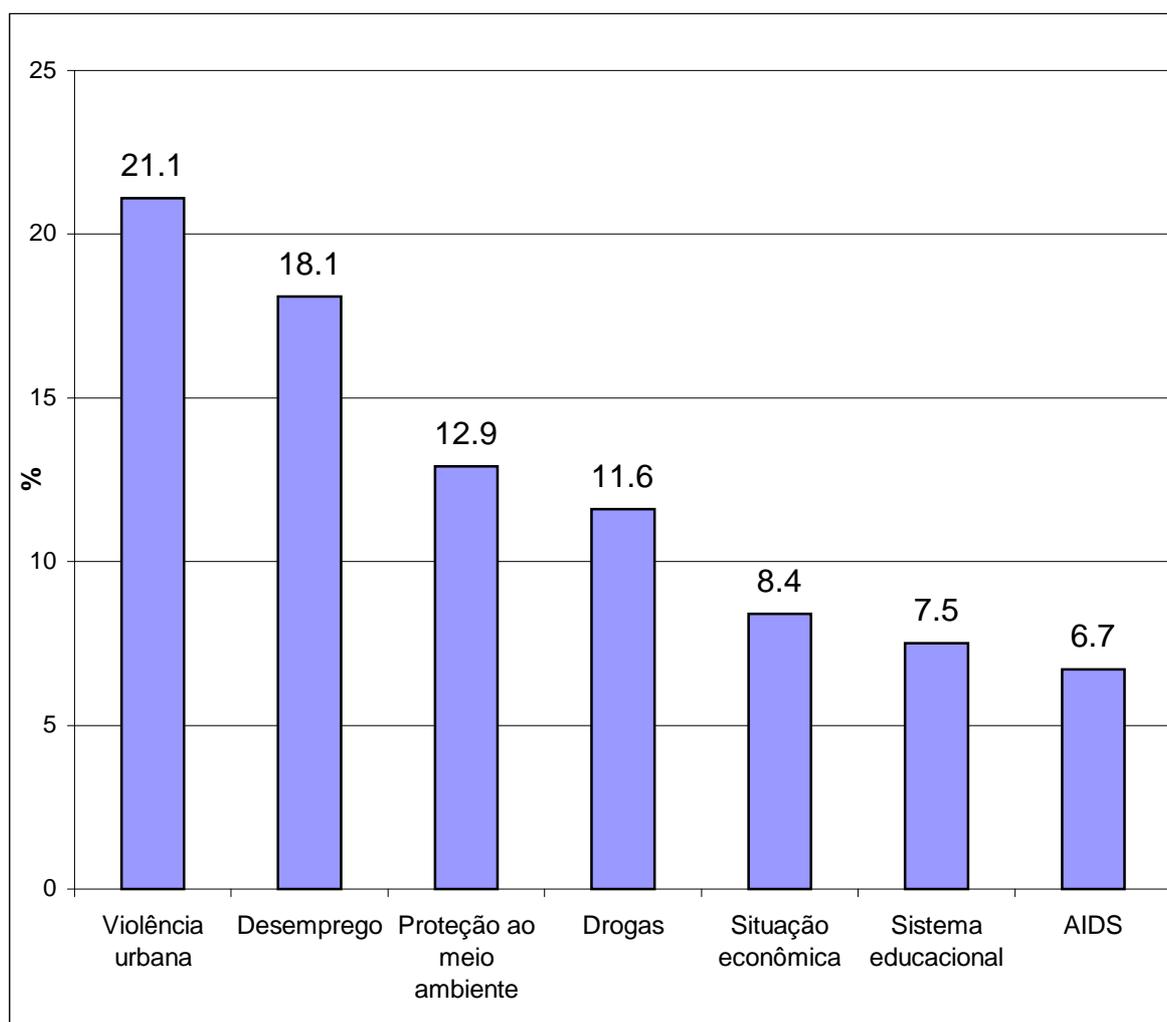
AIDS do que os alunos da 3^a. série. Mesmo assim esta não parece constituir uma questão de alta relevância entre os alunos e alunas das 1^a. e 3^a. séries. As posições ocupadas pelas indicações de todos os grupos de alunos não apresentam correlações estatísticas significativas (Anexo 4).

Tabela 9

Posição da AIDS como preocupação relacionada às cinco primeiras indicações

Cinco Principais Preocupações	Posição da Preocupação com a AIDS			
	1 ^a . Série		3 ^a . Série	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
1	5 ^a .	3 ^a .	8 ^a .	10 ^a .
2	4 ^a .	1 ^a .	4 ^a .	5 ^a .
3	2 ^a .	6 ^a .	6 ^a .	5 ^a .
4	4 ^a .	4 ^a .	8 ^a .	1 ^a .
5	5 ^a .	8 ^a .	10 ^a .	6 ^a .
Geral	5^a.	4^a.	8^a.	6^a.

Considerando as indicações de todos os alunos, a AIDS ocupa a 7^a. posição nas preocupações, como mostrado na Figura 10. Em primeiro lugar, aparece a preocupação com a violência urbana com 21,1% das indicações, seguida do desemprego com 18,1%, Proteção ao meio ambiente com 12,9%, drogas com 11,6%, situação econômica com 8,4%, sistema educacional com 7,5% e AIDS com 6,7%. As diferenças entre as indicações das preocupações são significativas ($\chi^2_o = 14,72$, $\chi^2_c = 12,59$, gl = 6 para $\alpha = 0,05$).

Figura 10 : Posição da preocupação sobre a AIDS

Com relação à distribuição das frequências das primeiras indicações sobre os valores sociais, mostradas na Tabela 10, a seguir. Observa-se que os valores sociais *segurança e cidadania* e *igualdade social*, que aparecem com as indicações mais altas, constituem um grupo separado dos valores *liberdade individual* e *solidariedade* para todos os alunos e alunas da 1^a. e 3^a. séries. As diferenças entre as frequências dos valores nos quatro grupos de alunos são significativas ($\chi^2_o = 31,75$, $\chi^2_c = 16,92$, $gl = 9$ para $\alpha = 0,05$).

Tabela 10Primeira das indicações dos Valores Sociais mais importantes

Valores Sociais	1 ^a . Série		3 ^a . Série	
	Sexo		Sexo	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
	%	%	%	%
Segurança e Cidadania	49,1	46,1	33,6	32,8
Igualdade social	33,4	36,6	37,6	32,3
Liberdade individual	10,9	3,5	20,7	12,0
Solidariedade	6,6	13,8	8,1	22,9
Totais	100	100	100	100

Quando comparadas as frequências de todos os valores sociais entre os alunos e alunas da 1^a. série não se observa diferenças significativas ($\chi^2_o = 6,58$, $\chi^2_c = 7,82$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$), embora *liberdade individual* e *solidariedade* ocupem a 3^a. e 4^a. posições entre os alunos e 4^a. e 3^a. posições entre as alunas. Entre os alunos e alunas da 3^a. série, as diferenças das frequências são significativas ($\chi^2_o = 9,79$, $\chi^2_c = 7,82$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$), com a inversão dos valores nos grupos *segurança e cidadania* e *liberdade social* e no grupo *liberdade individual* e *solidariedade*. Existe correlação entre as alunas da 1^a. e 3^a. séries, r_s significativo ($r_s = 1,00$, N = 4, para $\alpha = 0,05$), as demais comparações não apresentam correlações estatisticamente significantes (Anexo 4).

O posicionamento dos adolescentes diante da sociedade atual é discutido e analisado por Alberti (1996), à luz dos movimentos do ensino médio (antigo

segundo grau) em 1992 conhecido como “caras-pintadas”. A notável resposta dos adolescentes que “escancararam para o mundo o que não queriam mais esperar” (p.228), expressando seus desejos com as “caras-pintadas” de verde-amarelo e vestidos de preto em protestos ao governo Collor, é comparada aos protestos dos estudantes secundaristas na França, em 1988, contra a lei Duvaquet que restringia o acesso à universidade.

A resposta dos adolescentes, antes de uma rebelião política, é a expressão da necessidade de garantir ser um sujeito desejante. Elegem, portanto, garantir o acesso aos seus futuros, melhores condições de vida e educação e contra-atacar a corrupção, a discriminação e a desigualdade (Aberti, 1996).

Lyra, Medrado, Nascimento, Galindo, Moraes & Pedrosa (2002) também discutem os posicionamentos dos adolescentes contrapondo as representações sociais construídas que associam a adolescência a um problema social, à desordem e à irresponsabilidade.

Millstein & Halpern-Felsher (2002) consideram que a percepção de vulnerabilidade pelo adolescente está associada à expressão de suas preocupações. Essas preocupações diferem com a idade do adolescente. Os autores também apontam que os adultos, muitas vezes, não reconhecem e subestimam as preocupações dos adolescentes, assim como mantêm conceitos inadequados a respeito dos níveis de conhecimentos dos adolescentes sobre tópicos específicos, como, por exemplo, a AIDS.

Os dados desta pesquisa mostram claramente os posicionamentos dos adolescentes, concordando com os autores acima citados. Infelizmente a AIDS não aparece entre as primeiras preocupações dos adolescentes.

Os estudos sobre Representações Sociais, como apresenta Sá (1998), devem levar em conta o sujeito e o objeto da representação. É preciso destacar que as questões relacionadas à AIDS não configuram com uma “espessura social” (Sá, 1998, p. 45), uma vez que a posição relativa da AIDS – uma vez que oscila entre os quatro grupos de alunos e dentre as principais preocupações, encontra-se em sétimo lugar.

c) Envolvimento social

As informações sobre as relações com os grupos de amigos mais habituais foram obtidas por meio da questão sete, são mostradas na Figura 11, a seguir.

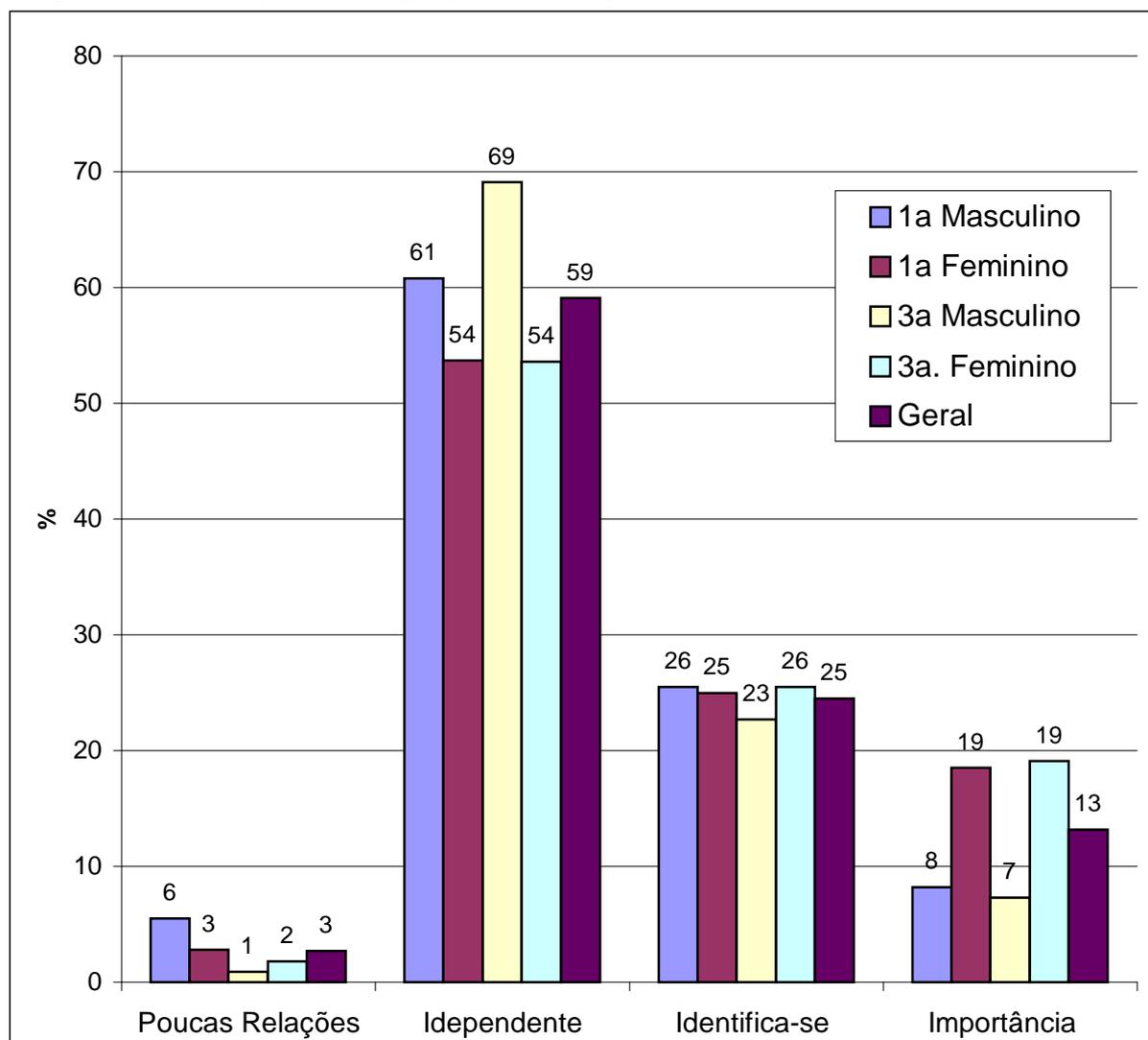
A maioria dos alunos e alunas indicou que existem relações com os grupos de amigos. Os tipos de relações aparecem e distribuem-se nas classes:

- 1) tenho relações com amigos, mas sou bastante *independente* em minhas opiniões e critérios;
- 2) tenho amigos e me *identifico* bastante com eles e
- 3) tenho amigos e o que eles pensam ou fazem tem *muita importância* para mim.

As diferenças das distribuições das frequências entre as classes de tipos de

relações e entre os grupos não foi significativa ($\chi^2_o = 11,56$, $\chi^2_c = 12,59$, $gl = 6$ para $\alpha = 0,05$).

Figura 11: Relações com grupos de amigos mais habituais



Aparece em primeiro lugar, em todos os grupos, a indicação da existência *independente*, sendo que na 1^a. série as frequências foram de 61% entre os alunos e 54%; entre as alunas e na 3^a. série, 69% entre os alunos e 54% entre as alunas, cujas diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 2,33$, $\chi^2_c = 7,82$, $gl = 3$

para $\alpha = 0,05$). Em segundo lugar, apareceram as indicações sobre as relações nas quais ocorrem a *identificação* entre os pares, cujas freqüências são, para a 1^a. série, de 26% entre os alunos e 25% entre as alunas, enquanto que, na 3^a. série, foram de 23% para os alunos e 26% para as alunas, não ocorrendo diferenças significativas

Na classe de relações *muita importância*, as diferenças entre as freqüências da 1^a. série, 8% entre os alunos e 19% entre as alunas, e na 3^a. série, 7% entre os alunos e 19% entre as alunas, foram significativas ($\chi^2_o = 10,01$, $\chi^2_c = 7,82$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$). As alunas, tanto da 1^a. como da 3^a. séries, indicaram ser mais sensíveis às opiniões das amigas ou dos amigos.

A disponibilidade semanal de dinheiro para gastos pessoais é apresentada na Tabela 11. Do total de alunos 65,7% indicou dispor de “menos de R\$ 50,00”, seguida da indicação de “não tenho dinheiro” 25,0% e 7,7% para a indicação “de R\$ 50,00 a R\$ 100,00”, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 54,03$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$). Os demais valores, “de R\$ 100,00 a R\$ 200,00” e “mais de R\$ 200,00”, constituem exceções.

Na 3^a. série, as freqüências das indicações dos alunos e alunas, respectivamente, apareceram em primeiro lugar “menos de R\$ 50,00”, com 75,5% e 60%, seguida de “não tenho dinheiro” com 12,7% 30%, e 9,1% e 8,2% para “de R\$ 50,00 a R\$ 100,00”, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 8,82$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$).

Tabela 11Disponibilidade de dinheiro Semanal para “gastar no que quiser”

Quantidades	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total G
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Não Tenho Dinheiro	29	26,3	34	30,9	63	28,6	14	12,7	33	30	47	21,3	110
Menos de R\$ 50,00	73	66,4	67	61,0	140	63,6	83	75,5	66	60	149	67,7	289
De R\$ 50,00 a R\$ 100,00	8	7,3	7	6,3	15	6,8	10	9,1	9	8,2	19	8,6	34
De R\$ 100,00 a R\$ 200,00	0	0	0	0	0	0	1	0,9	0	0,0	1	0,5	1
Mais de R\$ 200,00	0	0	0	0	0	0	2	1,8	1	0,9	3	1,4	3
Não Respondeu	0	0	2	1,8	2	1,0	0	0,0	1	0,9	1	0,5	3
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440

Embora diferenças entre as frequências das indicações dos alunos a 1^a. e 3^a. séries – 66,4% e 75,5% para “menos de R\$ 50,00”, seguida das frequências 26,3% e 12,7% para “não tenho dinheiro” e 7,3% e 9,1% para “de R\$ 50,00 a R\$ 100,00”, respectivamente – não tenham apresentado diferenças significativas ($\chi^2_o = 5,48$, $\chi^2_c = 5,99$, gl = 2 para $\alpha = 0,05$), e das alunas da 1^a. e 3^a. séries – 61,% e 60% , 30,9% e 30% para “não tenho dinheiro” e 6,3% e 8,2% “de R\$ 50,00 a R\$ 100,00” para, respectivamente – também não tenham sido significativas ($\chi^2_o = 0,27$, $\chi^2_c = 5,99$, gl = 2 para $\alpha = 0,05$), observa-se que as variações de disponibilidade de dinheiro ocorreram entre os alunos.

A questão número 11 buscou informações sobre a participação dos alunos em atividades de associações ou grupos. A Tabela 12, a seguir, apresenta as freqüências das indicações dos alunos da 1^a. e 3^a. séries quanto às suas ligações com as associações ou grupos.

Tabela 12

Pertence a associações ou grupos

Pertence	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Sim	94	85,5	98	89,1	202	91,8	90	81,8	94	85,5	184	83,6	376	85,5
Não	16	14,5	12	10,9	18	8,2	20	18,2	16	14,5	36	16,4	64	15,5
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

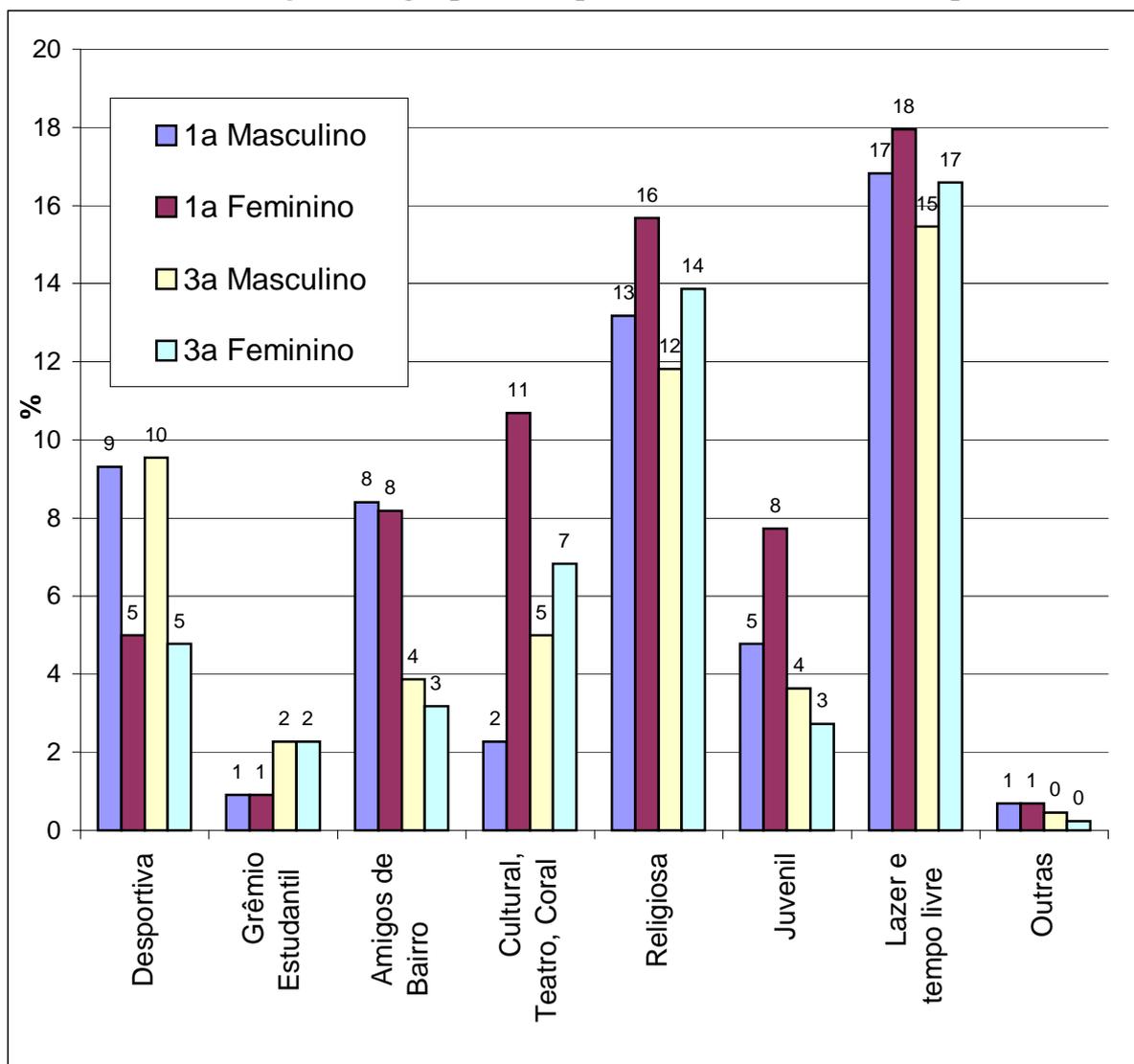
A maioria dos alunos (85,5%) indicou pertencer a alguma associação ou grupo. A 1^a. série apresentou maior freqüência, com 91,8%, e a 3^a. série 83,6%, cuja diferença não é significativa ($\chi^2_o = 0,30$, $\chi^2_c = 3,84$, gl = 1 para $\alpha = 0,05$). As diferenças entre as freqüências entre os sexos nas duas séries também não se apresentaram significativas ($\chi^2_o = 0,31$, $\chi^2_c = 7,82$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

Os tipos de associações ou grupos aos quais os alunos indicaram pertencer são mostrados na Figura 12. Foi facultado aos alunos a indicação de mais de uma associação.

Em primeiro lugar, aparecem as freqüências das indicações para as associações ou grupos de *lazer e tempo livre* entre todos os alunos. Na 1^a. série,

o grupo das alunas aparecem em primeiro lugar com frequência de 18%, seguido do grupo dos alunos da 1^a. série e das alunas da 3^a., ambos com 17% e o grupo dos alunos da 3^a. série com 15%, cujas diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 0,28$, $\chi^2_c = 7,82$, $gl = 3$ para $\alpha=0,05$).

Figura 12: Associações ou grupos aos quais os alunos indicaram pertencer



A segunda indicação, também entre todos os alunos, foram as associações ou grupos religiosos. As alunas da 1^a. série aparecem em primeiro lugar com

frequência de 16% de indicações, seguida das alunas da 3^a. série com 14%, alunos da 1^a. série com 13% e alunos da 3^a. série com 12%. As diferenças também não são significativas ($\chi^2_o = 0,63$, $\chi^2_c = 7,82$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

As indicações sobre a intensidade da participação nas associações ou grupos variaram, predominantemente, entre muito (57,5%) e pouco (40,8%) (Tabela 13), cuja diferença não é significativa ($\chi^2_o = 2,50$, $\chi^2_c = 3,84$, gl = 1 para $\alpha = 0,05$).

Tabela 13

Indicações do grau de participação nas associações ou grupos desportivos

Grau de participação	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Muito	24	58,5	8	36,4	32	50,8	30	71,4	7	33,3	37	65,0	69	57,5
Pouco	17	41,5	14	63,6	31	49,2	11	26,2	7	33,3	18	31,5	49	40,8
Nada	0	0	0	0	0	0	1	2,4	1	4,8	2	3,5	2	1,7
Totais	41	100	22	100	63	100	42	100	15	100	57	100	120	100

As comparações entre as frequências das indicações de participar *muito* das atividades entre os alunos (58,5%) e alunas (36,4%), com as indicações de participar *pouco* entre os alunos (41,5%) e alunas (63,6%) da 1^a. série, indicaram diferenças significativas ($\chi^2_o = 9,92$, $\chi^2_c = 3,84$, gl = 1 para $\alpha = 0,05$). Entre os alunos e alunas da 3^a. série, as comparações entre as frequências para o item participa *muito* entre os alunos (71,4%) e alunas (33,3%), seguidas das

indicações para o item participa *pouco* entre os alunos (26,2%) e alunas (33,3%), também mostraram-se significativas ($\chi^2_o = 8,21$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$).

Embora as frequências das indicações de pertencer a associações e grupos tenham sido maiores entre as alunas da 1^a. e 3^a. séries, a participação nos grupos ou associações é maior entre os alunos das 1^a. e 3^a. séries.

Os hábitos de “sair” e relacionar-se socialmente são apresentados na Tabela 14 a seguir.

Tabela 14

Indicações sobre os hábitos de “sair”

Sai com	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
A família	63	18,9	87	25,1	150	22,1	66	19,5	75	22,2	141	20,9	291	21,5
Só	63	18,9	46	13,3	109	16,0	53	15,7	38	11,2	91	13,5	200	14,7
Amigos/as do mesmo sexo	81	24,3	92	26,5	173	25,4	86	25,4	83	24,6	169	25,0	342	25,2
Namorado/a	32	9,6	33	9,5	65	9,6	38	11,2	51	15,1	89	13,2	154	11,4
Amigo/as de ambos os sexos	94	28,2	89	25,6	183	26,9	95	28,1	91	26,9	186	27,5	369	27,2
Totais	333	100	347	100	680	100	338	100	338	100	676	100	1.356	100

De todos os 440 alunos, apenas um indicou “não sair”. Ocorreram 1.356 indicações sobre as diversas maneiras de sair, sendo que, sair *com amigo/as de*

ambos os sexos apareceu em primeiro lugar com 27,2% das indicações, seguida de sair com *amigos/as do mesmo sexo* com 25,2%, *com a família* 21,5%, sair *só* com 14,7% e, finalmente, sair *com namorado(a)* com 11,4%. As diferenças entre as frequências das indicações não são significativas, embora o χ^2_o esteja muito próximo ao χ^2_c para $\alpha = 0,05$ ($\chi^2_o = 9,1$, $\chi^2_c = 9,4$, $gl = 4$ para $\alpha = 0,05$).

As diferenças das frequências das indicações das maneiras de sair nos grupos de alunos da 1^a. série, alunas da 1^a. série e alunos da 3^a. série são significativas, não sendo significativa para o grupo de alunas da 3^a. série ($\chi^2_o = 9,8$, $\chi^2_o = 12,7$, $\chi^2_o = 9,5$ e $\chi^2_o = 8,7$. respectivamente, $\chi^2_c = 9,4$, $gl = 4$ para $\alpha = 0,05$). Existem correlações estatísticas entre o total de alunos da 1^a. e 3^a. série, alunos e alunas da 3^a. série, alunos da 1^a. série e alunos da 3^a. série e alunas da 1^a. série e alunos da 3^a. série (Anexo 4).

d) Possibilidades e preferências de lazer e diversão

Todos os alunos indicaram alguma atividade preferida no tempo livre ou nas horas de lazer. As frequências de indicações de oito das nove categorias de lazer ou atividades preferidas nas horas livres são mostradas na Tabela 15, a seguir.

A categoria *participar de atividades culturais e artísticas* não foi incluída, uma vez que aparece em último lugar em todos os grupos com frequências de indicações abaixo de 5%.

Tabela 15

Indicações sobre as atividades preferidas durante o tempo livre ou horas de lazer

Atividades ou Lazer	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Escutar música	87	14,4	90	13,9	177	14,1	98	14,5	103	14,9	201	14,7	378	14,4
Ver televisão	89	14,8	84	12,9	173	13,8	92	13,6	96	13,9	188	13,7	361	13,8
Estar com amigos	86	14,3	88	13,6	174	13,9	92	13,6	96	13,9	188	13,7	362	13,8
Estar com familiares	76	12,6	92	14,2	168	13,4	90	13,3	99	14,3	189	13,8	357	13,6
Ouvir Rádio	70	11,6	87	13,4	157	12,5	82	12,1	93	13,4	175	12,8	332	12,7
Assistir espetáculos	66	10,9	71	10,9	137	10,9	84	12,4	66	9,5	150	11,0	287	11,0
Praticar esportes	82	13,6	62	9,6	144	11,5	82	12,1	53	7,7	135	9,9	279	10,6
Ler	47	7,8	75	11,6	122	9,7	56	8,3	86	12,4	142	10,4	264	10,1
Totais	603	100	649	100	1.252	100	676	100	692	100	1.368	100	2.620	100

Todos os 440 alunos fizeram indicações sobre atividades ou lazer nas horas livres, Do total de 2.620 indicações de todos os alunos, a categoria que aparece em primeiro lugar é *escutar música* com frequência de 14,4%, seguida das categorias *ver televisão* e *estar com amigos*, ambas com 13,8%, *estar com familiares* com 13,6%, *ouvir rádio* com 12,7%, assistir a espetáculos com 11,0%, *praticar esportes* com 10,6% e, finalmente, *ler* com 10,1%, As diferenças entre as frequências das indicações de todos os alunos não são

significativas ($\chi^2_o = 1,5$, $\chi^2_c = 14,7$, $gl = 7$ para $\alpha = 0,05$), Também não são significativas as diferenças entre as frequências das indicações entre os quatro grupos

Existem correlações positivas fortes entre os alunos da 1^a e 3^a séries ($r = 0,90$) e entre as alunas da 1^a e 3^a séries ($r = 0,95$). Ocorrerem correlações positivas fracas entre os alunos e alunas da 1^a série ($r = 0,31$), entre alunos e alunas da 3^a série ($r = 0,34$), entre alunos da 1^a série e alunas da 3^a série ($r = 0,22$) e entre alunos e, finalmente, entre alunas da 1^a série e alunos da 3^a série, a correlação é positiva moderada ($r = 0,48$).

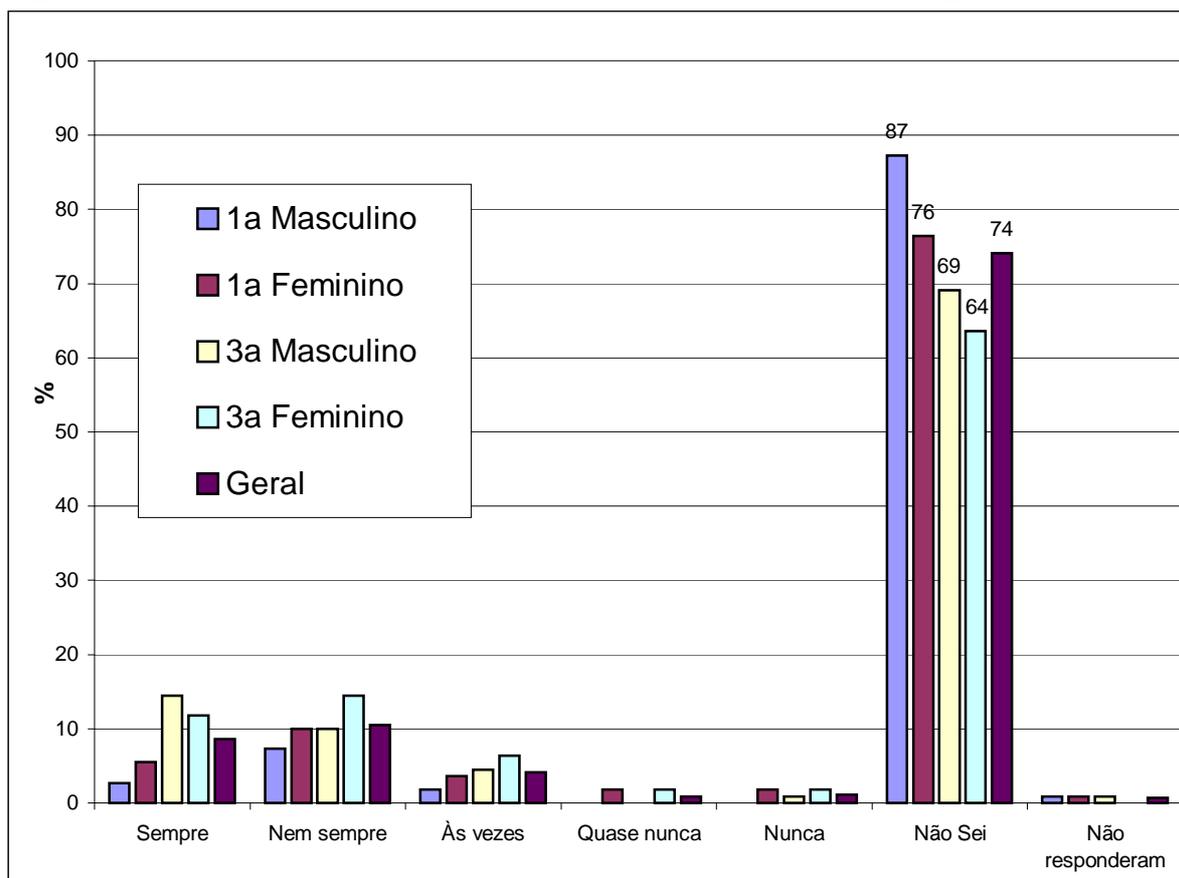
e) Intimidade com os amigos – eles usam camisinha?

A questão número 30 teve por objetivo obter informações sobre o grau de intimidades das relações de amizade entre os alunos e as alunas. A questão versou sobre o grau de percepção dos alunos e alunas sobre o uso de “camisinha” por seus/suas colegas. Cinco alunos não responderam a questão. As distribuições das indicações dos demais 395 que responderam são mostradas na Figura 13.

A maioria dos alunos (74%) indicou que *não sabe* se o seu/sua colega usa camisinha. Segue a indicação *nem sempre usa* com 10,5% e *sempre usa* com 8,6%. As diferenças entre as frequências dessas indicações é altamente

significativa ($\chi^2_o = 89,4$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$). As diferenças entre as frequências de indicações entre os quatro grupos nessas categorias também são significativas ($\chi^2_o = 16,7$, $\chi^2_c = 12,5$, $gl = 6$ para $\alpha = 0,05$).

Figura 13: Conhecimento sobre o uso de camisinha pelos colegas.



Dentre as indicações, as frequências nas categorias usam *sempre* camisinha entre os alunos e alunas da 3ª. série com 14,5% e 11,8%, respectivamente, enquanto que entre os alunos e alunas da 1ª. série, as frequências são 2,7% e 5,5%, na mesma categoria.

Com relação às relações com grupos de amigos mais habituais, a maioria dos alunos e alunas consideram-se independentes. Um quarto de todos os alunos

indicou identificar-se com seus pares. No item “tenho amigos e o que eles pensam ou fazem tem *muita importância* para mim”, aparece em terceiro lugar, mas com destaque para as alunas, com 19% das indicações, enquanto que, entre os alunos, essas indicações são de 8%.

Predominantemente os alunos possuem algum dinheiro para seus gastos pessoais. Os alunos da 3^a. série indicaram possuir maiores disponibilidades de dinheiro. As quantias indicadas por todos os alunos parecem configurar uma situação de restrição, uma vez que não ultrapassa a casa dos R\$ 50,00 (US\$ 15,00) semanais.

A maioria indicou pertencer a algum grupo ou associação, envolvendo lazer, recreação e religião. A participação nesses grupos ou associações varia de “pouco” ao “muito” com predomínio do “muito”.

Destacam-se três principais maneiras de “sair”: 1. com a família; 2. com amigos ou amigas do mesmo sexo e 3. em grupos de amigos e amigas de ambos os sexos. Não apareceram diferenças significativas entre alunos e alunas quanto às maneiras de sair.

Quanto às atividades preferidas nas horas de lazer, não aparece predominância por uma ou outra atividade. Os resultados mostram uma diversidade de opções sem uma tendência ou concentração em um único tipo de lazer.

Embora o convívio entre amigos e amigas apareça em todas as indicações das situações apresentadas, as questões relacionadas com o uso de camisinha

não parecem ser tema comum entre os alunos. Estes resultados não concordam com as análises de Lear (1995) que indicam existir conversas sobre sexo entre os adolescentes. Essas conversas acabam por influenciar os pares inibindo ou encorajando a prática de sexo seguro. Essas análises também fazem referências às diferenças entre conversas sobre sexo seguro entre homens e mulheres, homens e homens e mulheres e mulheres, evidenciando que, entre estas, as conversas sobre sexo seguro são mais comuns.

Um outro aspecto importante das conversas sobre o uso da camisinha está relacionado com a teoria da aprendizagem social na qual, segundo Albarracín, Ho, McNatt, Williams, Rhodes, Malotte, Hoxworth, Bolan, Zenilman & Iatesta (2000), os engajamentos ou não das pessoas em comportamentos de saúde provêm de satisfações psicológicas e sociais. Essas satisfações estão relacionadas aos medos de reações negativas ou positivas e os sentimentos de aprovação ou não dos padrões de sexo seguro de cada um, resultando assim no uso ou não da camisinha.

Os contextos psicossociais, políticos e econômicos nos quais os adolescentes estão envolvidos têm uma relação direta com seus estilos de vida e padrões de desenvolvimento. As oportunidades encontradas no ambiente permitem que os adolescentes construam suas redes sociais, as quais, por sua vez, afetam, favoravelmente ou não, o desenvolvimento dos estilos de vida desses adolescentes.

As redes sociais caracterizam as exposições aos fatores de riscos e devem ser foco de investigação, como recomenda Serrano (1996). Nos microambientes familiares, na escola, nos locais de trabalho e de recreação, podem ser detectados aspectos positivos ou negativos à saúde psicossocial do adolescente. Assim as possíveis intervenções, quando necessárias, podem ser construídas para atender os adolescentes em seus próprios ambientes.

Também deve ser considerada a socialização do adolescente, condicionada pela cultura e pelas restrições econômicas. A socialização aqui deve ser entendida como um processo de aprendizagem que permite ao adolescente desenvolver suas percepções e condutas. Dentre essas percepções e condutas estão incluídas a expressão da sexualidade e dos padrões e valores sociais.

Rojas (1996) e Blum, McNeely & Nonnemaker (2002) explicam que os elementos de recreação dos adolescentes são produzidos pelos adultos sem considerar aspectos importantes da saúde biopsicossocial. Assim a cultura e a socialização dos adolescentes são amplamente manipuladas pelos interesses comerciais dos adultos, quer nos ambientes escolares, familiares ou dos pares, quer pelos meios de comunicação.

O estudo de Barros, Coscarelli, Coutinho & Fonseca (2002), sobre adolescentes de uma comunidade urbana do Rio de Janeiro mostrou que, dentre as atividades realizadas fora da escola, predominavam à assistir televisão, indicado por 91% dos adolescentes, seguidas de praticar esportes e “ficar na

rua” e, em quarto lugar, estavam as atividades realizadas com a família. Embora assistir à televisão seja uma atividade “caseira”, os autores consideram que a televisão, no nosso país, apresenta programas perniciosos, “com excessiva sexualidade, distorções de valores morais e incentivo ao consumo de álcool e drogas ilícitas”.

Parte II – Situações de Risco

3. Consumo de drogas lícitas e ilícitas

a) Quando e onde consomem bebidas alcoólicas

O consumo e os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas foram obtidos por meio das questões de número 14, 15 e 16.

A questão de número 14 buscou informações sobre o consumo diário e em fins de semana de bebidas alcoólicas, tipo de bebida preferida e as quantidades consumidas durante os dias de semana e nos fins de semana. A Tabela 16, a seguir, apresenta a distribuição das indicações dos alunos sobre o consumo ou não de bebidas alcoólicas em dias de semana.

Tabela 16

Consumo de algum tipo de bebida alcoólica em dias de semana

Consumem	1ª. Série						3ª. Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Sim	18	16,4	11	10,0	29	13,2	28	25,5	20	18,2	48	21,8	77	17,5
Não	92	83,6	99	90,0	191	86,8	69	62,7	71	64,5	140	63,6	331	75,2
Não Responderam	0	0	0	0	0	0	13	11,8	19	17,3	32	14,6	32	7,3
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

Dentre todos os alunos, 77 (17,5%) indicaram que consomem algum tipo de bebida alcoólica em dias de semana e 331 (75,2%) indicaram não consumir e

32 (7,3%) não responderam a questão. A diferença entre as frequências das indicações para consumo e não consumo são significativas ($\chi^2_o = 34,6$, $\chi^2_c = 3,8$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$).

Considerando os quatro grupos de alunos, observa-se que os alunos da 3ª série aparecem em primeiro lugar com 25,5% das indicações, seguidos dos alunos das alunas da 3ª série com 18,2%, alunos da 1ª série com 16,4% e alunas da 1ª série com 10,0%, cujas diferenças entre as frequências não são significativas ($\chi^2_o = 6,9$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

Ocorre um aumento de consumidores de bebidas em fins de semana com as indicações de 45,2% para o consumo, 49,1% não consumo e 5,7% não responderam. A diferença entre as frequências das indicações para consumo e não consumo não são significativas ($\chi^2_o = 0,08$, $\chi^2_c = 3,8$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$) (Tabela 17).

Tabela 17

Consumo de algum tipo de bebida alcoólica em fins de semana

	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Sim	37	33,6	43	39,0	80	36,4	62	56,3	57	51,8	119	54,1	199	45,2
Não	73	66,4	67	61,0	140	63,6	36	32,7	40	36,4	76	34,5	216	49,1
Não Responderam	0	0	0	0	0	0	12	11,0	13	11,8	25	11,4	25	5,7
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

A distribuição das frequências das indicações aparece na seguinte ordem: em primeiro lugar alunos da 3^a. série com 56,3%, alunas da 3^a. série com 51,8%, alunas na 1^a. série com 39,0% e alunos da 1^a. série com 33,6%, cujas diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 7,5$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

Embora o aumento de consumidores de bebidas alcoólicas tenha ocorrido em todos os grupos, as alunas da 1^a. série apresentaram o maior aumento passando de 10,0% para 39,0%, com um aumento aproximado de 400%. As alunas da 3^a. série aparecem em segundo lugar, passando de 18,2% para 51,8%, com um aumento aproximado em torno de 300%. Os alunos da 1^a. como da 3^a. série apresentam um aumento de 100% de consumidores.

Quanto à preferência pelas bebidas consumidas durante os dias de semana aparece em primeiro lugar o vinho, seguido da cerveja em lata e “batidinhas”. Durante os fins de semana, as preferências foram as mesmas indicadas, ficando as “batidinhas” em segundo lugar e a cerveja em lata em terceiro.

As indicações sobre ter ficado embriagado nos últimos três meses são mostradas na Tabela 18. De todos os alunos, 63 (14,3%) indicaram ter ficado embriagado e 377 (75,7%) não.

Os alunos da 3^a. série aparecem em primeiro lugar com 31,8% das indicações, seguidos das alunas da 3^a. série e alunos da 1^a. série, ambos com 10% e, por último, as alunas da 1^a. série com 5,5%. As diferenças entre as indicações são significativas ($\chi^2_o = 29,3$ $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

Tabela 18Já ficaram embriagados nos últimos três meses

Bêbado	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Sim	11	10,0	6	5,5	17	7,7	35	31,8	11	10,0	46	20,9	63	14,3
Não	99	90,0	104	94,5	203	92,3	75	68,2	99	90,0	174	79,1	377	85,7
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

Os locais preferidos para beber são mostrados na [Figura 14](#). Nas análises a seguir, envolvendo as 416 indicações dos 207 alunos que indicaram beber, estão contidas, portanto, mais de uma indicação por aluno conforme as instruções contidas no questionário.

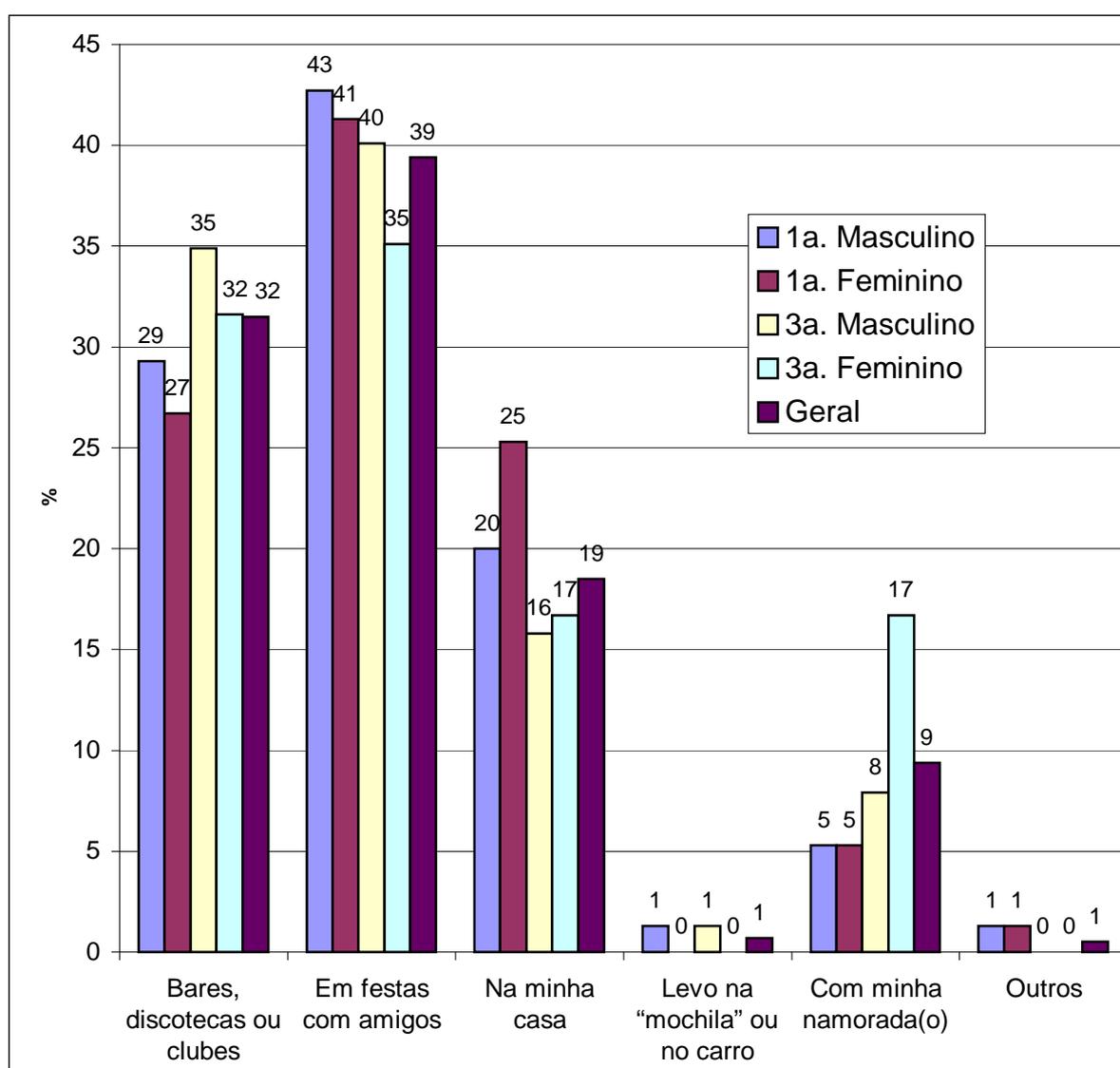
Em primeiro lugar, observa-se as indicações de beber *em festas com amigos* com 39%, seguida de *bares, discotecas ou clubes* com 32%, *na minha casa* com 19% e com *o/a namorado/a* 9%. As diferenças entre as frequências das indicações são significativas ($\chi^2_o = 21,6$ $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

As comparações entre as diferenças das frequências das indicações entre os grupos de alunos em cada um dos locais de preferência de beber mostram-se não significativas nos *bares, discotecas ou clubes* ($\chi^2_o = 1,1$ $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$), *em festas com amigos* ($\chi^2_o = 0,8$ $\chi^2_c = 7,8$, gl=3 para $\alpha = 0,05$), *na minha casa* ($\chi^2_o = 2,5$ $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$) e, finalmente, as

diferenças são significativas nas indicações com *o/a namorado/a* ($\chi^2_o = 11,0$ $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

Destacam-se nesses resultados as maiores freqüência das indicações das alunas da 1ª. série para beber *na minha casa* (25%) e as alunas da 3ª. série que indicam beber *com meu namorado* (17%).

Figura 14: Indicações dos locais preferidos para beber



b) Consumo de drogas ilícitas

A questão número 17 buscou informações sobre o uso de drogas ilícitas ou sem indicações médicas tais como, maconha, cocaína, crack, heroína, LSD, mescalina, éter, clorofórmio, benzina, morfina, entre outros, ou medicamentos para emagrecer ou calmantes sem receita médica.

Dos 430 alunos que responderam a questão, 58 (13,2%) indicaram já ter feito uso de algum tipo de droga, 372 (84,5%) indicaram que não fizeram uso e 10 (2,3%) não responderam (Tabela 19).

Tabela 19

Uso de drogas ilícitas

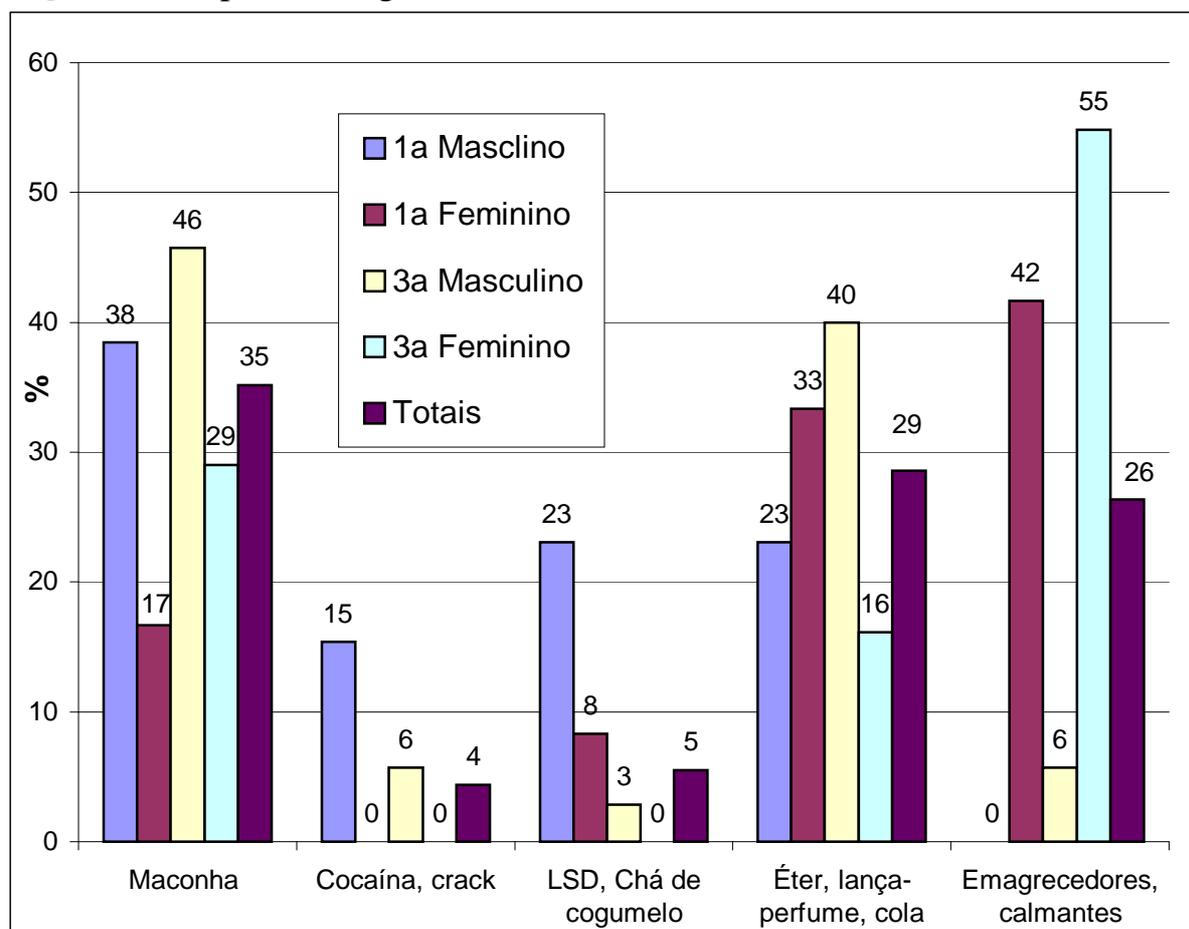
Uso de drogas	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	8	7,3	9	8,2	17	7,7	20	18,2	21	19,1	41	18,6	58	13,2
Não	101	91,8	99	90,0	200	90,9	89	80,9	83	75,4	172	78,2	372	84,5
Não Responderam	1	0,9	2	1,8	3	1,4	1	0,9	6	5,5	7	3,2	10	2,3
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

Dentre os quatro grupos de alunos destacam-se, em primeiro lugar, as alunas da 3^a. série com 19,1% das indicações sobre uso de algum tipo de droga, seguidas dos alunos da 3^a. série com 18,2%, alunas da 1^a. série com 8,2% e , finalmente, os alunos da 1^a. série com 7,3%. As diferenças entre as frequências

das indicações dos quatro grupos são significativas ($\chi^2_o = 9,0$ $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

A Figura 15, a seguir, mostra os tipos de drogas mais utilizadas pelos alunos.

Figura 15: Tipos de drogas utilizadas.



Do total de indicações dos usuários, a *maconha* é a droga mais utilizada, aparecendo com frequência de 35% das indicações, seguida do *éter, lança-perfume, cola* com 29%, *emagrecedores e calmantes sem receita médica* com 26%, *Chá de cogumelo, LSD* com 5% e *cocaína e crack* com 4%. Considerando

as freqüências das quatro primeiras indicações, as diferenças são significativas ($\chi^2_o = 21,5$ $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

A droga indicada como a mais utilizada pelos alunos da 3^a. e 1^a. séries foi a maconha, com freqüências de 46% e 38%, respectivamente, enquanto que, entre as alunas da 3^a. e 1^a. séries, os emagrecedores e calmantes sem receita médica aparecem com 55% e 42%. As diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 3,5$, $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$) e não existem correlações estatísticas significantes entre os grupos de alunos (Anexo 4).

O número de consumidores de bebidas alcoólicas é duas vezes maior em fins de semana, passando de 17,5% para 45,2%. O aumento mais notável ocorre entre as alunas, com um aumento de quatro vezes entre as alunas da 1^a. série e de, aproximadamente, três vezes entre as alunas da 3^a. série.

Os locais preferidos de beber são em festas e clubes. A opção de beber em casa aparece em terceiro lugar.

Quanto à indicação de ter ficado embriagado nos últimos três meses, os alunos da 3^a. série aparecem em primeiro lugar. Suas indicações são três vezes maiores que os alunos e alunas da 1^a. e 3^a. séries e seis vezes mais que as alunas da 1^a. série.

O uso de drogas ilícitas é indicado por 13,2% do total de alunos. As maiores indicações são das alunas da 3^a. série, seguidas dos alunos da 3^a. série com 19,1% e 18,2%, respectivamente. Os alunos e alunas da 1^a. série aparecem com 7,3 e 8,2%, respectivamente. Portanto o uso de drogas ilícitas é mais que o

dobro entre os alunos e alunas da 3^a. série. Nota-se também que há predomínio do uso de drogas entre as alunas, embora as diferenças com os alunos das respectivas séries não sejam significativas.

A diferença entre os alunos e alunas se dá no tipo de drogas consumida. Entre os alunos, há predomínio do uso da maconha, enquanto que, entre as alunas, há predomínio do uso de emagrecedores sem receita médica.

As drogas que aparecem em segundo lugar no consumo entre todos os alunos são do grupo dos inalantes.

O maior número de uso de cocaína aparece entre os alunos da 1^a. série quando comparado com os demais alunos. O uso da cocaína chega a ser duas vezes e meia maior que os alunos da 3^a. série enquanto que o uso dos alucinógenos chega a ser quatro vezes maior.

Os dados obtidos no levantamento sobre o uso de drogas desta pesquisa estão de acordo com os dados apresentados nas pesquisas-referência de Galduróz, Noto & Carlini (1997), sobre o uso de drogas entre estudantes de ensino médio e fundamental em 10 capitais brasileiras.

O uso de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas é considerado, e amplamente demonstrado, como um importante fator relacionado aos comportamentos sexuais de risco, como indicam vários estudos ⁶.

⁶ (Misovich, Fisher & Fischer, 1997; Mezzich, Tarter, Giancola, Lu, Kirisci & Parks, 1997; Walters & Simoni, 1999; Huba, Melchior, Greenberg, Trevithick, Feudo, Tierney, Sturtevant, Hodgins, Remafedi, Woods, Wallace, Schneir, Kawata, Brady, Singer, Marconi, Wright & Panter, 2000; Tapert, Aarons, Sedlar & Brown, 2001; Anteghini, Fonseca, Ireland & Blum, 2001; Gerrar, Gibbons & Bushman, 1996; Kulbok & Cox, 2002).

Os estudos de Castilla, Barrio & Fuente (1999) e Guo, Chung, Hill, Hawkins, Catalano & Abbott (2002) mostram a ocorrência de diferenças qualitativas na trajetória do uso de drogas associadas aos comportamentos de riscos dos adolescentes. Dentre os achados nesses estudos, destacam-se que os adolescentes usuários crônicos e moderados de bebidas têm, significativamente, mais parceiros sexuais que os não usuários. O uso moderado de drogas também estava associado com maiores probabilidades do uso inconsistente da camisinha, enquanto que os usuários crônicos de maconha não estão fortemente associados ao comportamento sexual de risco.

Essas associações, admitem aqueles autores, possivelmente se devem ao fato de que o uso moderado de álcool e maconha estejam positivamente associados aos ajustamentos psicossociais e às habilidades e capital social requeridos para envolver um parceiro sexual.

A pesquisa de Manzanera & Martin (2002) mostram que existe uma interação entre consumo de drogas lícitas e ilícitas com os estilos de vida entre os jovens. As diferenças nos tipos de drogas consumidas e o perfil de consumo apontam variações dadas as características individuais. Indicam também que o consumo pode ser caracterizado como recreacional e está relacionado com o tempo livre e a socialização. Constitui uma espécie de ritual de passagem da adolescência para a vida adulta. Nesse processo de passagem, o risco é visto pelos adolescentes como um valor positivo, uma conquista, assim o proibido se converte em desejado.

Também existem fortes indicações, apontadas naqueles estudos, sobre as características específicas dos tipos de situações de riscos associados com cada tipo de droga. Os riscos são maiores quando o consumo de drogas é “mensal”. Aqueles que bebem mais em “dias de semana” usam menos a camisinha, enquanto que aqueles que bebem mais em “fins de semana” têm um grande número de parceiros sexuais. Os mecanismos comportamentais psicossociais associados aos altos riscos parecem ser diferentes nos dois grupos.

As preferências pelos locais de consumo de bebidas, indicados neste estudo, indubitavelmente permitem a ampliação das redes sociais e, assim, aumentam também as possibilidades de encontros com parceiros sexuais. Nessas condições a bebida seria um elemento importante funcionando ao mesmo tempo como pretexto e ativador dos envolvimento sexuais, como demonstrado em outras pesquisas citadas anteriormente.

Camargo, Botelho & Souza (2001) apontam o uso abusivo de álcool como um dos “fatores complicadores para a manutenção” (p.30) de atitudes protetivas com relação ao sexo entre os adolescentes do ensino médio em Santa Catarina.

Segundo Marques & Cruz (1999) o encontro do adolescente com a droga ocorre, quando ele se afasta naturalmente da família, tornando-se mais vulnerável, e adere a outros jovens que, naquele momento, estão fazendo uso de drogas. Usar droga é uma interação entre as oportunidades, a vulnerabilidade e as pressões dos pares.

O uso do álcool, as influências de seus efeitos e as expectativas a respeito desses efeitos são aprendidas vicariamente tendo como modelos pais e amigos, pela propaganda e pelas experiências diretas. As expectativas dos efeitos do álcool incluem prazer e desempenho sexual, redução da tensão e mudanças no comportamento social (Araújo & Gomes, 1998).

O uso de substâncias durante os primeiros estágios da adolescência é extremamente preocupante, uma vez que interfere nos processos cognitivos, emocionais e com o desenvolvimento social. O uso freqüente ou regular de substâncias e o aumento de seu consumo ao longo do tempo afeta a vida adulta física e mentalmente (Guo, Chung, Hill, Hawkins, Catalano & Abbott, 2002).

Jackson (2002) indica que existe uma continuidade de relacionamentos e influências dos pais durante a adolescência de seus filhos, assim como estes aceitam os valores de seus pais. O reconhecimento da legitimidade da autoridade dos pais quanto ao uso de álcool pelos filhos está associado com o estilo parental. Filhos cujos pais são relativamente irresponsáveis e não exigentes são seis ou sete vezes mais prováveis a negar a autoridade de seus pais com relação ao uso de álcool. Enquanto que pais altamente responsáveis e exigentes, mas judiciosos, eram reconhecidos pelos filhos como uma fonte de influência com relação ao uso de álcool.

Note-se que, nestes estudos, consumir álcool “na minha casa” aparece em terceiro lugar, configurando um certo grau de tolerância e permissividade da família, com destaque para as alunas da 1^a. série, dada a sua precocidade.

Parte II – Situações de risco

4. Experiências sexuais

a) Importância do sexo

As questões de números 18 a 22 buscaram informações sobre a importância do sexo, experiências sexuais e uso de camisinha entre todos os alunos.

As frequências das respostas dadas pelos alunos sobre a importância da relação sexual, questão 18, são mostradas na Figura 16, a seguir.

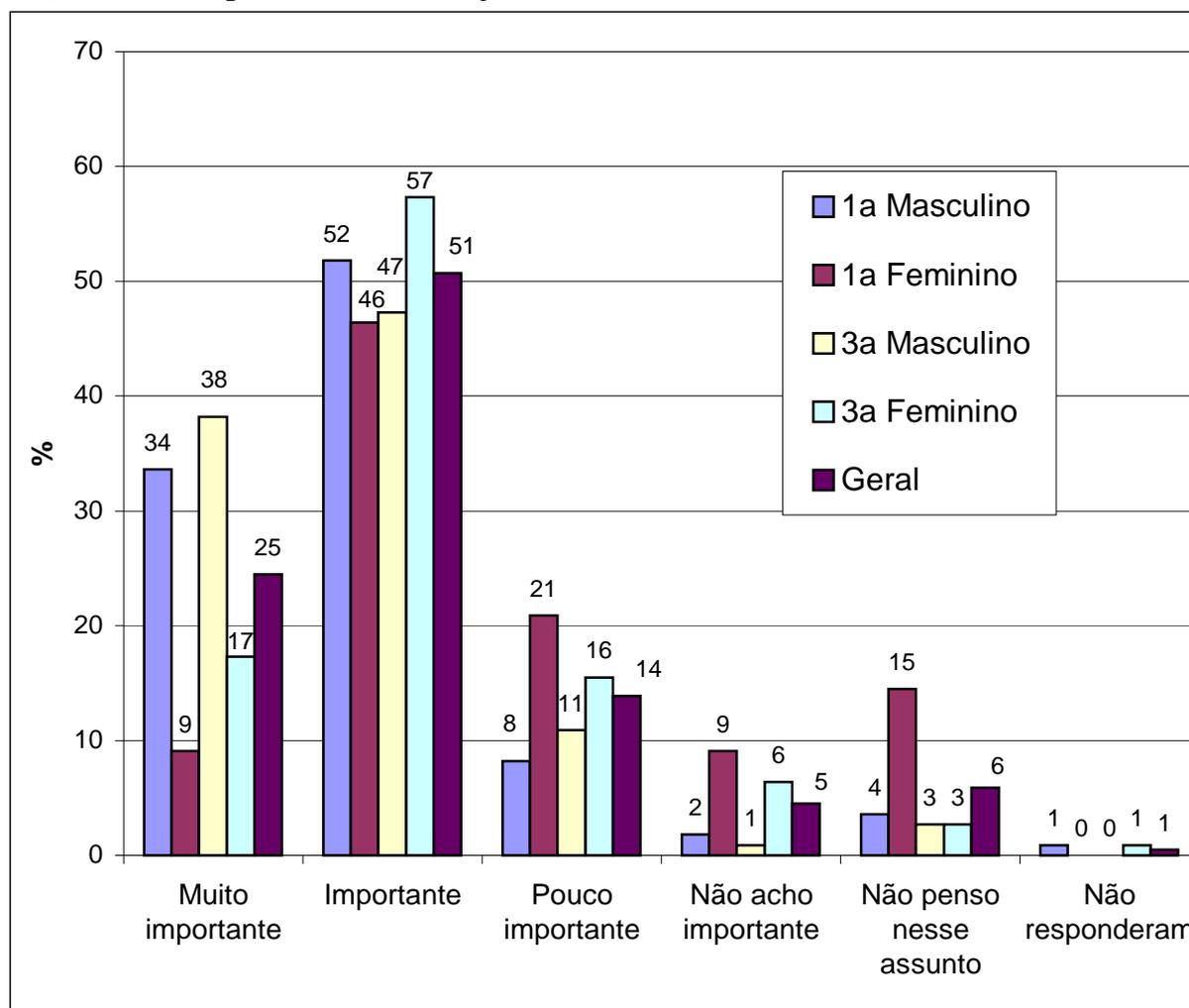
Dos 438 alunos que responderam a questão, em primeiro lugar aparecem as indicações de que o sexo é *importante* com 51%, seguida de *muito importante* com 25%, *pouco importante* com 14%, *não penso no assunto* com 6% e, finalmente, *não acho importante* com 5%, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 71,4$, $\chi^2_c = 9,4$, $gl = 4$, para $\alpha = 0,05$).

Na categoria *importante*, aparece em primeiro lugar as indicações das alunas da 3^a. série com 57% das indicações, seguida dos alunos da 1^a. e 3^a. séries com 52% e 47%, respectivamente, e alunas da 1^a. série com 46%, cujas diferenças entre as frequências das indicações não são significativas ($\chi^2_o = 1,5$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

Dentre as frequências das indicações de que as relações sexuais são *muito importantes*, destacam-se a dos alunos da 3^a. série com 38% e da 1^a. série com

34%, seguidas das alunas da 3^a. série com 17% e da 1^a. série com 9%. As diferenças são significativas ($\chi^2_o = 23,2$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

Figura 16: Importância da relação sexual



b) Condições ou compromissos para que as pessoas tenham relações sexuais?

As frequências das indicações dos 438 alunos que responderam a questão 19, sobre as condições para que as pessoas possam ter relações sexuais, são mostradas na Tabela 20, a seguir.

Tabela 20

Condições para que as pessoas tenham relações sexuais.

Condição	1ª. Série						3ª. Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Conheçam um ao outro	55	50,0	40	36,4	95	43,2	63	57,3	49	44,5	112	50,9	207	47,0
Estejam namorando	28	25,5	32	29,1	60	27,3	20	18,2	34	30,9	54	24,5	114	25,9
Estejam casadas	14	12,7	30	27,3	44	20,0	12	10,9	23	20,9	35	15,9	79	18,0
Apenas se encontrem	9	8,2	0	0,0	9	4,1	12	10,9	1	0,9	13	5,9	22	5,0
Estejam noivas	4	3,6	7	6,4	11	5,0	3	2,7	2	1,8	5	2,3	16	3,6
Não responderam	0	0,0	1	0,9	1	0,5	0	0,0	1	0,9	1	0,5	2	0,5
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	440	100	440	100

Do total de respondentes e dentre as três principais indicações, a condição *conheçam um ao outro* aparece em primeiro lugar com 47%, seguida das condições *estejam namorando* com 25,9% e *estejam casadas* com 18%, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 14,8$, $\chi^2_c = 5,9$, gl = 2 para $\alpha = 0,05$). Nos quatro grupos de alunos, a ordem das frequências das indicações permanece a mesma do total dos respondentes. As comparações entre as frequências das indicações nessas três categorias em cada um dos grupos de alunos – 1ª. série alunos e alunas e 3ª. série alunos e alunas – as diferenças apresentaram-se sempre significativas.

Em relação as cinco categorias de condições – *estejam casadas, estejam noivas, estejam namorando, conheçam um ao outro e apenas se encontrem* – entre os quatro grupos de alunos não existem diferenças significativas entre as frequências das indicações ($U = 12, \alpha = 0,91$).

c) Relações sexuais

As frequências sobre as indicações dos quatro grupos de alunos de já terem tido relações sexuais são mostradas na Tabela 21.

Tabela 21

Indicações sobre relações sexuais.

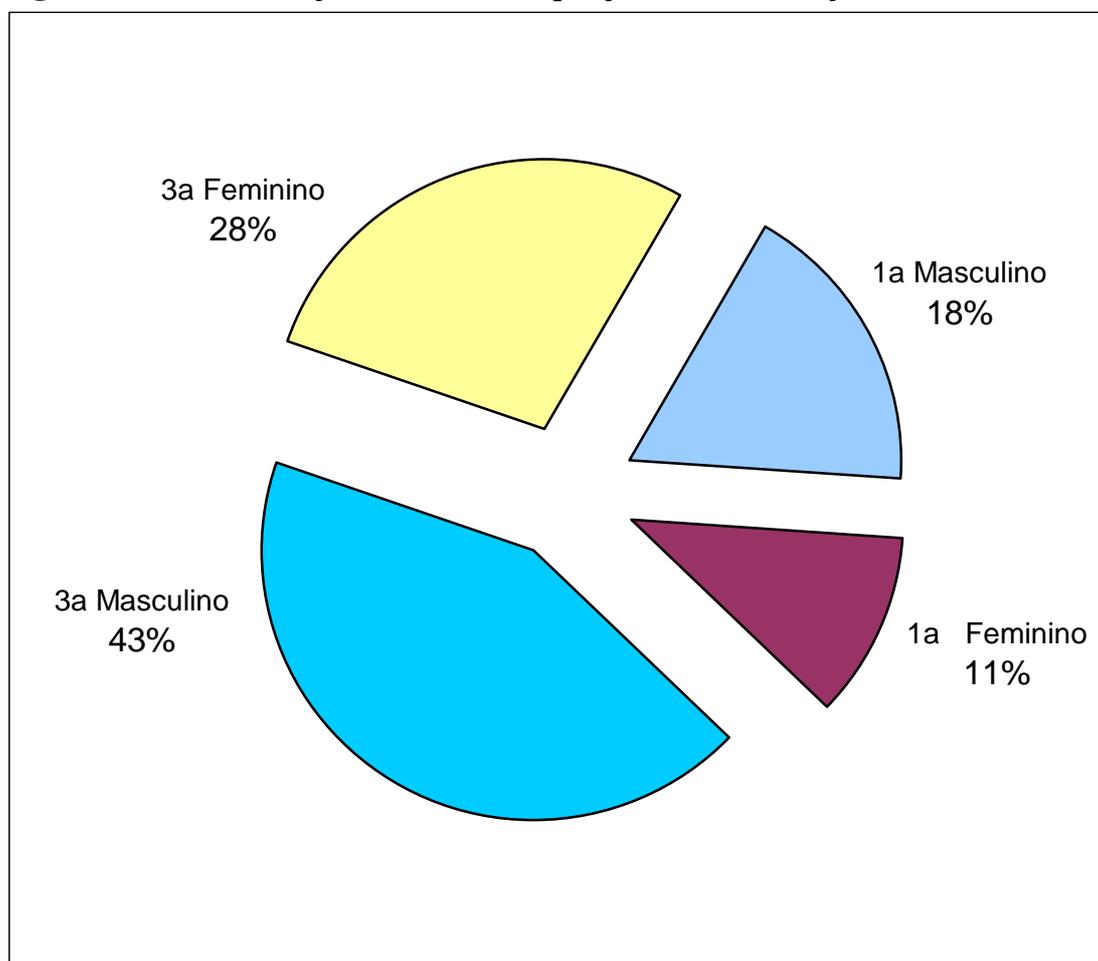
Já tiveram Relações Sexuais	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Sim	24	21,8	15	13,6	39	17,7	58	52,7	38	34,5	96	43,6	135	30,7
Não	84	76,4	95	86,4	179	81,4	49	44,5	71	64,5	120	54,5	299	68,0
Não responderam	2	1,8	0	0,0	2	0,9	3	2,7	1	0,9	4	1,8	6	1,4
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

De todos os 440 alunos, 135 (30,7%), indicaram já ter tido relações sexuais. As distribuições das frequências das indicações desses alunos nas séries são: na 1^a. série, alunos 21,8% e alunas 13,6%, enquanto que, na 3^a. série, alunos

52,7% e alunas 34,5%, as diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 1,8$ para a 1ª série e $\chi^2_o = 3,7$ para a 3ª série, $\chi^2_c = 3,8$, gl = 1 para $\alpha = 0,05$).

As distribuições das frequências das indicações dos 135 alunos e alunas que indicaram ter tido relações sexuais, em suas respectivas séries, são mostradas na Figura 17.

Figura 17: Distribuição dos alunos que já tiveram relações sexuais



Os alunos da 3ª série aparecem em primeiro lugar com 43%, seguidos das alunas da 3ª série com 28%, alunos da 1ª série com 18% e alunas da 1ª série com 11%. As diferenças entre as frequências são significativas ($\chi^2_o = 23,1$, $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

d) Idade da primeira relação sexual

A distribuição das idades da primeira relação sexual entre todos os grupos de alunos é mostrada na Tabela 22, a seguir.

Tabela 22

Idade da primeira relação sexual.

Idades	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,0	1	0,7
12	1	4,17	0	0,0	1	2,6	2	3,4	0	0,0	2	2,1	3	2,2
13	0	0,0	1	6,7	1	2,6	2	3,4	0	0,0	2	2,1	3	2,2
14	8	33,33	8	53,3	16	41,0	7	12,1	2	5,3	9	9,4	25	18,5
15	6	25	5	33,3	11	28,2	7	12,1	15	39,5	22	22,9	33	24,4
16	0	0,0	1	6,7	1	2,6	18	31,0	12	31,6	30	31,3	31	23,0
17	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	13,8	9	23,7	17	17,7	17	12,6
18	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,0	1	0,7
Não Sei	9	37,5	0	0,0	9	23,1	12	20,7	0	0,0	12	12,5	21	15,6
Totais	24	100	15	100	39	100	58	100	38	100	96	100	135	100

A análise das freqüências das indicações de todos os sujeitos da 3^a. série mostra que a idade de 15 aparece em primeiro lugar com 24,4%, em segundo vem a idade de 16 anos com 23% e, em terceiro lugar, a idade de 14 anos com 18,5%.

As diferenças aparecem na ordem das idades em todos os grupos. Na 1^a. série, as maiores frequências das indicações para primeira relação sexual ocorreu aos **14 anos** entre os alunos (33,3%) e alunas (53,3%) enquanto que, na 3^a. série, as maiores indicações ocorreram entre os alunos (31%) para **16 anos** e entre as alunas (39,5%) aos **15 anos**.

É possível notar também que somente os alunos, tanto da 1^a. como da 3^a. séries, indicaram *não saber* com que idade tiveram a primeira relação sexual.

Dos 135 alunos que indicaram ter tido relações sexuais, 110 (81,5%), afirmaram ter tido relações nos últimos 12 meses. A Tabela 23, a seguir, mostra que 100% das alunas da 1^a. série tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, seguidas das alunas da 3^a. série com 94,7%, alunos da 3^a. série com 72,4% e alunos da 1^a. série com 70,8%. As diferenças são significativas ($\chi^2_o = 8,0$, $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

Tabela 23

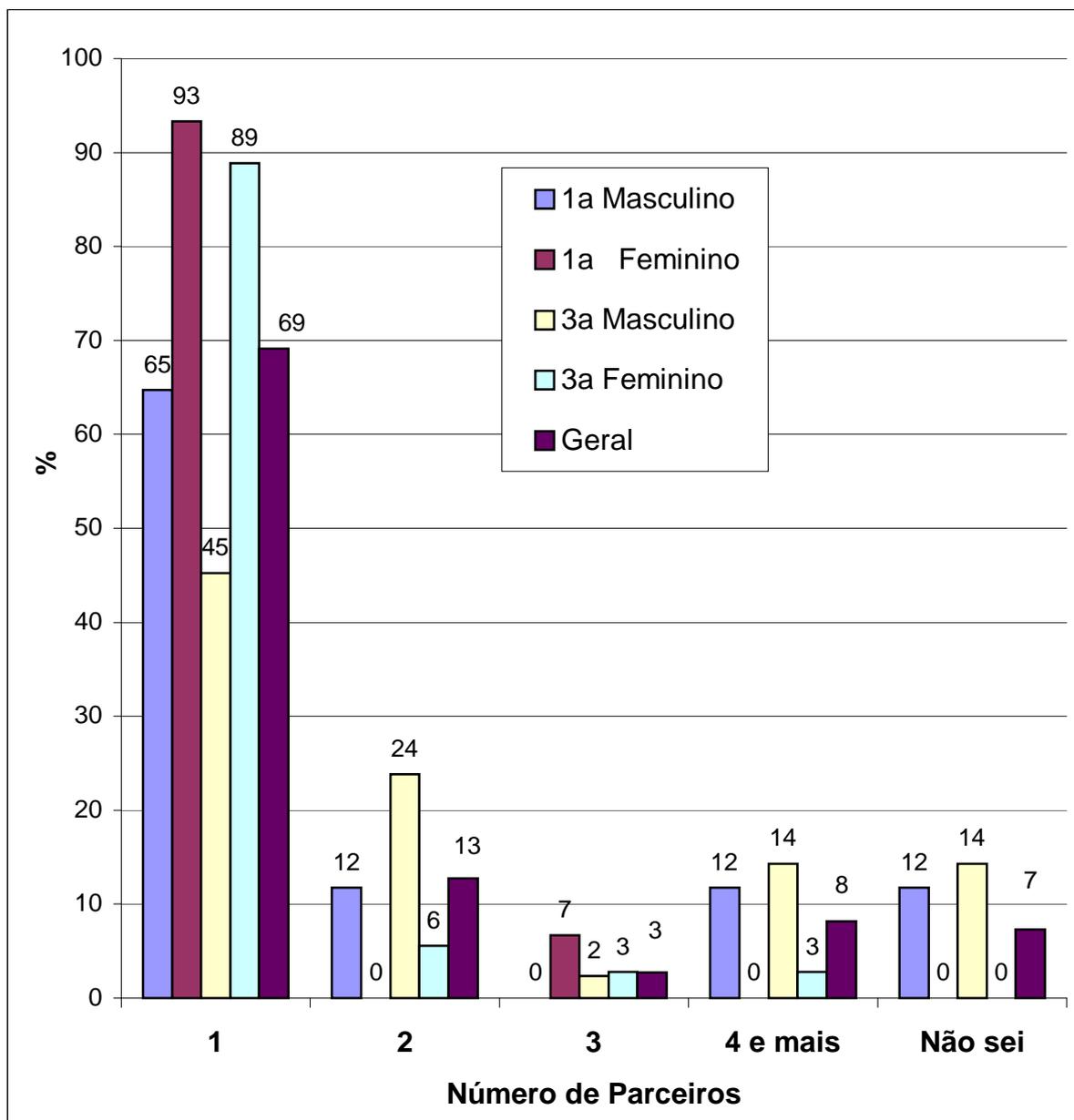
Relações Sexuais nos últimos 12 meses.

Relações	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	17	70,8	15	100	32	82,1	42	72,4	36	94,7	78	81,3	110	81,5
Não	5	20,8	0	0	5	12,8	16	27,6	2	5,3	18	18,7	23	17,0
Não responderam	2	8,4	0	0	2	5,1	0	0	0	0	0	0	2	1,5
Totais	24	100	15	100	39	100	58	100	38	100	96	100	135	100

e) Número de parceiros sexuais

As indicações sobre o número de parceiros nos últimos 12 meses são mostradas na Figura 18.

Figura 18: Número de parceiros sexuais



Do total dos 110 alunos que indicaram ter tido relações nos últimos doze meses, 8 (7,3%), sendo dois alunos da 1^a. série e 6 da 3^a. série, indicaram não saber o número de parceiros sexuais. Dentre os 102 alunos que tiveram relações, em primeiro lugar aparecem as indicações de *um parceiro* com 69%, seguida de *dois parceiros* com 13%, *quatro e mais parceiros* com 8% e *três parceiros* com 3%.

As indicações de relações com *um parceiro* aparece em primeiro lugar as alunas da 1^a. série com 93%, seguidas das alunas da 3^a. série com 89%, alunos da 1^a. série com 65% e, finalmente, os alunos da 3^a. série com 45%, cujas diferenças entre as frequências são significativas ($\chi^2_o = 20,6$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$). Os alunos da 3^a. série indicaram o maior número de parceiros sexuais, seguidos imediatamente pelos alunos da 1^a. série.

f) Uso da camisinha

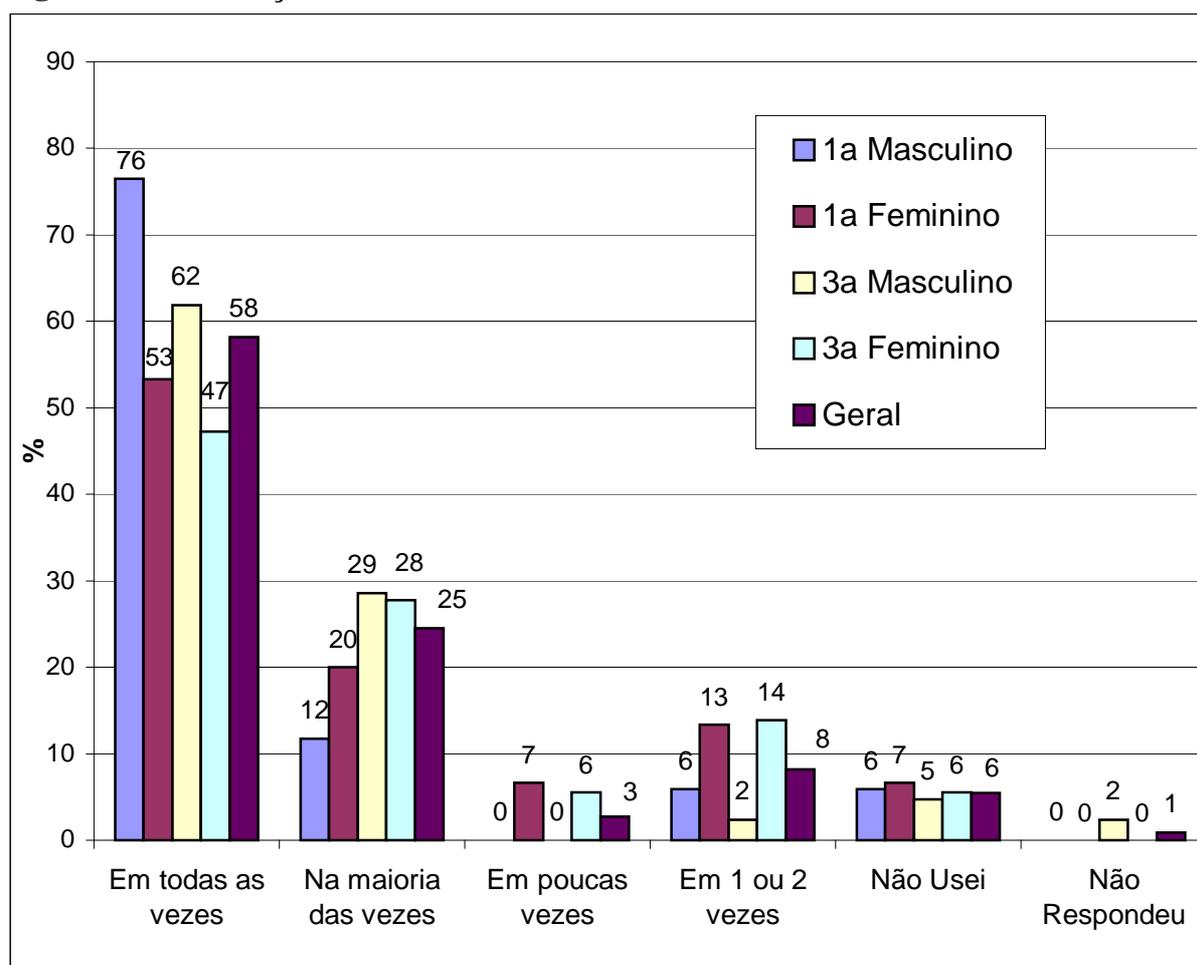
As frequências do uso de camisinha nas relações sexuais nos últimos doze meses são mostradas na Figura 19.

As indicações sobre o uso da camisinha *em todas as vezes* que manteve relações sexuais nos últimos 12 meses aparece em primeiro lugar com 58% das indicações, seguida de *na maioria das vezes* com 25%, *em 1 ou 2 vezes* com 8%

e não usei com 6%, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 71,6$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

Na categoria de uso *em todas as vezes* os alunos da 1^a. série aparecem em primeiro lugar com 76% de indicações, seguidos dos alunos da 3^a. série com 62%, alunas da 1^a. série com 53% e alunas da 3^a. série com 47%. As diferenças entre as frequências das indicações são significativas ($\chi^2_o = 8,0$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

Figura 19: Indicações sobre o uso de camisinha



Este conjunto de questões englobando as indicações dos alunos sobre a importância do sexo, condições ou compromissos para que as pessoas possam ter relações sexuais, se já teve relações sexuais e com qual idade, quantos parceiros sexuais já teve e o uso da camisinha, permite algumas análises sobre a contextualização do sexo desses adolescentes considerando suas experiências sexuais e alguns fatores protetivos envolvidos.

O sexo para os adolescentes, segundo suas declarações, varia entre o *importante* e o *muito importante* e a principal condição para que as pessoas tenham relações sexuais é que *conheçam um ao outro*.

A maior frequência de indicações de que o sexo é *importante* aparece entre as alunas da 3^a. série. Quando se associam e somam-se as frequências das indicações para *muito importante* e *importante* os alunos da 1^a. e da 3^a. série aparecem em primeiro lugar, seguidos das alunas da 3^a. série, enquanto que as alunas da 1^a. série aparecem último lugar, com a soma mais baixa das frequências das indicações.

Quanto às condições para que as pessoas tenham relações sexuais, as somas das frequências das indicações de que as pessoas estejam *namorando* e *casadas* são maiores entre as alunas – 56,0% para a 1^a. série e 51,8% para a 3^a. série – do que entre os alunos – 38,2% para a 1^a. série e 39,1% para a 3^a. série. A combinação das frequências das condições de *namorando* e *conheçam um ao outro* são maiores entre os alunos – 75,5% para a 1^a. série e 75,5% para a 3^a. série – do que entre as alunas – 65,5% para a 1^a. série e 75,4% para a 3^a. série.

Estas combinações indicam que, para maioria dos alunos, não há necessidade de um relacionamento mais formal para que exista ou para que possam existir relações sexuais.

Na pesquisa de Souza (2002), as maiores frequências de relações sexuais ocorreram entre os adolescentes que estão namorando, mesmo assim 10,6% desses adolescentes mantêm relações sexuais “fora do namoro”.

Do total de alunos que participaram desta pesquisa, 30,7% indicaram ter tido relações sexuais, dos quais 61% alunos e 39% alunas. Dados esses que se aproximam daqueles descritos por Camargo, Botelho & Souza (2001) com adolescentes da Região Metropolitana de Florianópolis-SC – 62,3% para o sexo masculino e 43,8% para o sexo feminino – porém acima daqueles encontrados por Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho & Gouveia (2000), entre os alunos de Escolas Públicas e Particulares da Grande São Paulo-SP – 49% para o sexo masculino e 20,5% para o sexo feminino nas Escolas Públicas e 39,2% para o sexo masculino e 17,2% para o sexo feminino nas Escolas Particulares.

Os dados também indicam uma maior precocidade nas primeiras relações sexuais entre as alunas e alunos da 1^a. série, com predomínio da idade de 14 anos na 1^a. série, enquanto que na 3^a. série há indicações com predomínio da idade de 15 anos para as alunas e 16 anos para os alunos.

As maiores frequências das relações sexuais nos últimos 12 meses aparecem entre as alunas de ambas as séries (96%) quando comparadas com os alunos da 1^a. e 3^a. séries (72%).

As relações sexuais com um único parceiro são predominantes entre as alunas. Os alunos da 3^a. série indicaram maior número de parceiros sexuais, seguidos dos alunos da 1^a. série.

O aumento da frequência das indicações de relações sexuais entre os alunos e alunas da 1^a. para a 3^a. série é cerca de duas vezes meia.

O uso da camisinha *em todas as vezes* que tiveram relações sexuais foi indicado por 58% dos alunos. As maiores indicações de uso da camisinha *em todas as vezes* foram dos alunos e as menores das alunas. A análise por um outro ângulo mostra que existe maior inconsistência no uso da camisinha entre as alunas, sendo que 53% das alunas da 3^a. série e 47% das alunas da 1^a. série indicaram que *não usaram a camisinha em todas as vezes*. Entre os alunos o *não uso em todas as vezes* foi indicado por 38% dos alunos da 3^a. série e 24% dos alunos da 1^a. série.

O *não uso da camisinha* entre alunos do ensino médio da Região Metropolitana de Florianópolis-SC está acima de 50%, segundo Souza (2002), enquanto que na Grande São Paulo-SP, as pesquisas de Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho & Gouveia (2000) indicaram 33,5% entre alunos das Escolas e Públicas e 10,4% entre alunos das Escolas Particulares.

Este conjunto de questões constitui foco de muitas pesquisas dentro e fora do país, configurando um ponto crucial nos estudos dos comportamentos sexuais de riscos entre os adolescentes, e preocupações constantes nos programas de prevenção.

As revisões e discussões e pesquisas apresentadas por Gerrard, Gibbons & Bushman (1996), Misovich, Fischer & Fischer (1997), Klein, Rossbach, Nijher, Giest, Wilson, Cohn, Siegel & Weitzman (2001), Rosengard, Adler, Gurvey, Dunlop, Tschann, Millstein & Ellen (2001), mostram as extensões e complexidades da questão apontando, por exemplo, as dimensões das relações monogâmicas e suas associações com uso inconsistente de camisinha, as relações sexuais mantidas fora da monogamia, a mudança da prática de sexo seguro para não seguro com base nos sentimentos de confiança, crença da história de vida contada pelo parceiro sexual, acesso a camisinha, aceitação do uso da camisinha, entre outros.

As discussões mais aprofundadas sobre as razões que envolvem o uso ou não da camisinha serão apresentadas neste trabalho no item **e) porque os jovens não usam camisinha?**

Parte III – Representações Sociais e Atitudes

5. Nas Representações Sociais sobre AIDS

a) Conhecimentos sobre AIDS

As representações sociais dos alunos sobre a AIDS foram obtidas pela análise das respostas dadas à questão de número 36 – “o que você sabe sobre a AIDS?” – e pela questão de número 40 – “como você sabe que uma pessoa está contaminada com o HIV?” Os alunos puderam escrever livremente suas percepções, idéias, valores, mitos e conhecimentos sobre a AIDS e sobre como se sabe que as pessoas estão contaminadas pelo HIV sem nenhuma orientação e/ou restrição.

Foi possível identificar 1.684 argumentos nas respostas de 339 alunos respondentes, apenas um não respondeu a questão. Esses argumentos foram organizados em cinco categorias: *Doença*, *Transmissão*, *Prevenção*, *Morte e Quem está Sujeito*. A Tabela 24 a seguir apresenta as distribuições das freqüências dos argumentos nas categorias na 1^a. e 3^a. séries.

Dentre os argumentos de todos os alunos, a categoria *Doença* aparece em primeiro lugar 45,8% , seguida da categoria transmissão com 32,5%, prevenção com 9,6%, morte com 7,4% e, finalmente, quem está sujeito com 4,7%. As diferenças entre as freqüências dos argumentos são significativas ($\chi^2_o = 66,1$, $\chi^2_c = 9,4$, gl = 4 para $\alpha = 0,05$).

As comparações entre as distribuições das frequências das categorias entre os alunos da 1^a. e 3^a. séries não são significativas

Tabela 24

Conhecimento sobre a AIDS

Categorias	1 ^a Série		3 ^a Série		Totais	
	F	%	F	%	F	%
Doença	357	44,4	414	47,1	771	45,8
Transmissão	252	31,3	295	33,5	547	32,5
Prevenção	95	11,8	67	7,6	162	9,6
Morte	65	8,1	60	6,8	125	7,4
Quem está sujeito	35	4,4	44	5,0	79	4,7
Totais	804	100	880	100	1.684	100

A categoria *Doença* englobou os argumentos cujos termos ou expressões fazem referências a doença, aos sintomas, a instalação de outras doenças, às manifestações clínicas, ao tratamento ou inexistência de vacinas, aos aspectos epidemiológicos de disseminação ou controle, referências imprecisas ou impressões subjetivas sobre a doença, tais como “é uma doença que não tem cura”, “horível”, “humilhante”, “terrível”, e mesmo a classificação da doença como contagiosa ou DST, entre outros. Também foram incluídas nesta categoria as referências sobre os aspectos biológicos tais como sistema imunológico, que é

causada pelo HIV, propriedades e características do vírus ou ainda referências sobre a origem do vírus.

Na categoria *Transmissão*, estão incluídos termos ou expressões com referências a transmissão da doença via sangue, transfusões, contatos com ferimentos, sexo, objetos, mãe para filho, secreções corpóreas, sêmen ou termos ou expressões que indiquem que *não ocorre transmissão* pelas vias indicadas acima.

Na categoria *Prevenção*, foram incluídas as referências à prevenção tais como uso de camisinha, cuidados, sexo seguro, não compartilhar seringas ou agulhas ou mesmo as expressões ou termos imprecisos tais como “com prevenção não se pega”, “para não pegar é só se cuidar”.

Os termos ou expressões indicando que a AIDS leva à morte, mata, é fatal, destrói, morre aos poucos ou lentamente, entre outros, foram agrupadas na categoria *Morte*.

A categoria *Quem está sujeito* foi constituída pelos termos ou expressões que indicam quem está sujeito à AIDS, que a AIDS atinge sem distinção todas as pessoas, aqueles que possuem muitos parceiros ou que não têm parceiro fixo, quem “transa” antes do casamento ou pratica sexo fora do casamento.

A AIDS, nas Representações Sociais dos adolescentes, aparece primeiramente, como uma questão médico-biológica, e, em seguida, como uma doença que pode ser transmitida.

Essas duas categorias predominam as representações de todos os alunos uma vez que, juntas, perfazem um total de 78,3% de todos os argumentos identificados nas respostas desses alunos. A transmissão também se destaca nas representações de alunos do ensino médio nos estudos de Souza (2002).

Os aspectos preventivos não se apresentam como uma representação consolidada nas manifestações dos alunos. É possível que conhecimentos inexistentes, distorcidos, incompletos ou com falsas crenças influenciem os discursos dos adolescentes, não havendo, portanto, argumentos, convicções, para expressar suas representações sobre a prevenção. Como indica Souza (2002), a angústia da possibilidade de se contaminar pode gerar resistências às informações.

Nesta pesquisa, os discursos dos adolescentes sobre prevenção não aparecem espontaneamente, podendo estar indicando fragmentação e inconsistências nos conhecimentos.

b) Identificação do portador do HIV

A questão de número 40 – *Como você sabe que uma pessoa está contaminada com o HIV?* – teve como objetivo obter informações sobre as representações dos alunos com relação a identificação das pessoas contaminadas pelo HIV.

Dos 440 alunos não responderam a questão, 4 alunos da 1^a. série e 6 da 3^a. série. Foram identificados um total de 671 argumentos e organizados em quatro categorias: *Não é possível saber*, *Pelos sintomas*, *Pelo exame* e *Comunicado*.

A categoria *Não é possível saber* aparece em primeiro lugar com 36,5% de todos os argumentos, seguida das categorias *Pelos sintomas* com 30%, *Pelo exame* com 22,2% e por último a categoria *Comunicado* com 11,3%, cujas diferenças entre as frequências são significativas ($\chi^2_o = 14,1$, $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

Tabela 25

Identificação do portador do HIV

Categorias	1 ^a Série		3 ^a Série		Totais	
	F	%	F	%	F	%
Não é possível saber	121	38,1	124	35,1	245	36,5
Pelos Sintomas	103	32,4	98	27,8	201	30,0
Pelo exame	65	20,4	84	23,8	149	22,2
Comunicado	29	9,1	47	13,3	76	11,3
Totais	318	100	353	100	671	100

As comparações entre as distribuições das frequências das categorias entre os alunos da 1^a. e 3^a. séries não são significativas ($\chi^2_o = 1,5$, $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

Embora apareçam as indicações de que só é possível saber se uma pessoa é portadora do HIV por meio de exames ou se a pessoa contar que está contaminada, idéias falsas e crenças aparecem concretamente, quando os alunos indicam que é possível identificar um portador do HIV pela aparência ou sintomas.

Estas representações distorcidas parecem ser construídas, a partir das informações sobre os aspectos médicos-biológicos da doença, uma vez que, normalmente são apresentados e valorizados os sintomas da doença apenas.

c) Transmissão do HIV/AIDS

As Representações sobre a Transmissão da AIDS foram obtidas por meio da questão de número 37 – “como a AIDS é transmitida?” – enquanto que na questão 56 – “é praticamente impossível adquirir HIV numa única relação sexual sem camisinha?”, procurou-se obter informações sobre os conhecimentos dos alunos sobre os riscos de contaminação com o HIV. Na questão de número 37, os alunos puderam apresentar livremente suas respostas enquanto que, na questão 56, foram oferecidas três alternativas – *sim*, *não* e *não sei*.

As análises das respostas dadas à questão de número 37 são apresentadas na Tabela 26, a seguir.

Apenas um aluno não apresentou resposta à questão. Foram identificados um total de 1.184 argumentos e classificados em quatro categorias globais –

sexo, sangue, seringas e outros – e sete categorias iniciais – *Relações sexuais, Sexo de risco, Transfusão de sangue, Contato com sangue, Seringas uso de drogas, Seringas reutilizadas e Outros.*

Tabela 26

Como a AIDS pode ser transmitida

Categorias Globais	F	%	Categorias Iniciais	1ª Série		3ª Série		Totais	
				F	%	F	%	F	%
Sexo	471	39,8	Relações Sexuais	172	30,8	150	24,0	322	27,2
			Sexo de Risco	58	10,4	91	14,6	149	12,6
Sangue	348	29,4	Transfusão de Sangue	76	13,6	125	20,0	201	17,0
			Contato com sangue	83	14,9	64	10,2	147	12,4
Seringas	296	25,0	Seringas uso de drogas no	74	13,2	64	10,2	158	13,3
			Seringas Reutilizadas	64	11,4	94	15,1	138	11,7
Outros	69	5,8	Outros	32	5,7	37	5,9	69	5,8
Totais	1184	100	Totais	559	100	625	100	1.184	100

Com relação às categorias globais, a distribuição das frequências dos argumentos apresentados por todos os alunos segue a seguinte ordem: em primeiro lugar *Sexo* com 39,8% de todos os argumentos, seguida de *Sangue* com 29,4%, *Seringas* com 25% e *Outros* com 5,8%. As diferenças entre as

freqüências da categorias é significativa ($\chi^2_o = 4,2$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$). Quando consideradas somente as freqüências das três primeiras categorias (*Sexo, Sangue e Seringas*), as diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 3,6$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$).

A comparação da distribuição das freqüências de todas as categorias iniciais entre os alunos da 1^a. e 3^a. séries – *Relações Sexuais, Sexo de Risco, Transfusão de Sangue, Contato com Sangue, Seringas no Uso de Drogas, Seringas Reutilizadas e Outros* – não apresenta diferenças significativas ($\chi^2_o = 4,5$, $\chi^2_c = 12,59$, $gl = 6$ para $\alpha = 0,05$), embora a ordem de aparecimento das categorias apresentem diferenças, quanto à posição de aparecimento, segundo suas freqüências.

A categoria inicial *Relações sexuais*, que engloba termos ou expressões que fazem referência às relações sexuais, ato sexual ou sexo, aparece em primeiro lugar entre os alunos da 1^a. e 3^a. séries com freqüências de 30,8% e 24% dos argumentos, respectivamente. A diferença entre as freqüências da categoria para as duas séries não é significativa ($\chi^2_o = 0,8$, $\chi^2_c = 3,8$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$).

A categoria inicial *Sexo de Risco*, que reúne argumentos tais como relações sexuais sem camisinha; relações sexuais sem camisinha com uma pessoa contaminada; com muitos parceiros; com prostitutas; com homossexuais; com desconhecidos ou pessoas que não possuem parceiros fixos ocupa a quarta

posição entre os alunos da 3^a. série (14,6%) e a sexta (10,4%) entre os alunos da 1^a. série.

A questão de número 56 buscou uma resposta categórica dos alunos sobre a possibilidade de se contrair o HIV em uma única relação sexual sem o uso de camisinha. As distribuições das frequências das respostas são apresentadas na Tabela 27.

Tabela 27

É impossível adquirir HIV numa única relação sexual sem camisinha

É impossível adquirir ?	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Sim	12	10,9	6	5,5	18	8,2	5	4,6	11	10,0	16	7,3	34	7,7
Não	89	80,9	99	90,0	188	85,4	104	94,5	99	90,0	202	91,8	390	88,6
Não Sei	9	8,2	5	4,5	14	6,4	1	0,9	0	0,0	2	0,9	16	3,6
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

A maioria dos alunos (88,6%) afirmou que *não é impossível* adquirir o HIV em uma única relação sexual sem o uso de camisinha . Dentre todos os quatro grupos os alunos da 1^a. série e as alunas da 3^a. série apresentaram as maiores frequências para a afirmação *sim é impossível*, sendo 10% para cada um dos grupos. Os alunos da 1^a. série apresentaram maior frequência para o item *não sei* (8,2%).

As Representações Sociais sobre a transmissão da AIDS parecem fortemente cristalizadas em três aspectos: 1) sexo; 2) sangue e 3) seringas. Nessas representações estão incluídas as crenças sobre transmissão “transfusão de sangue”, “contato com sangue” e “seringas reutilizadas”. São representações que distorcem a realidade ou amplificam situações extremamente particulares ou excepcionais. Existem aqui argumentos indicando reutilização de seringas em hospitais, contato com sangue em situações ordinárias da vida e as desconfianças ou ficções sobre as transfusões de sangue que ocorrem em locais ou hospitais “suspeitos”.

A categoria global *Sexo* (Tabela 26), composta pelas duas categorias iniciais *Relações Sexuais* e *Sexo de Risco*, nas representações dos alunos constitui, na opinião do Autor, importante ponto de contradição.

A contradição decorre do reconhecimento e da generalização da transmissão pelas relações sexuais, embora exista nas representações dos alunos a situação do *sexo de risco*, esta representação aparece com baixas frequências de argumentos (12,6%). Enquanto que a primeira deixa de reconhecer ou não apresenta conhecimentos mais precisos a segunda não parece ser uma representação de todo o grupo de alunos.

A contradição é notória, quando se observa que a maioria dos alunos (88,6% na Tabela 27) admite existir a possibilidade de se adquirir o HIV em uma única relação sexual sem uso de camisinha. Quando se comparam as

freqüências das indicações de todos os alunos, nota-se que ainda persistem dúvidas e distorções sobre o assunto.

Quanto à transmissão pela seringa entre usuários de drogas injetáveis, é uma constatação correta, mas também parece faltar maiores esclarecimentos. A transmissão não se dá pela droga mas sim pelo sangue contaminado retido na seringa e agulhas “usadas por mais de uma pessoa” (ABIA, 1993).

As representações sociais sobre a transmissão do HIV pela seringa são discutidas por Wuo (1998), destacando-se as indicações de Bucher (1996) nas quais os maiores riscos de contaminação do HIV entre os usuários de drogas injetáveis estão relacionados com os comportamentos sexuais e não pelo compartilhamento de seringas. O uso “pesado da cocaína” (vinte ou mais vezes de uso da droga no mês) entre os estudantes de 1º. e 2º. graus ocorre em 0,3%, dessa população, de acordo com os levantamentos realizados por Galduroz, Noto & Carlini (1997). Portanto a transmissão do HIV pela seringa, embora preocupante, dado o aumento do consumo de drogas entre adolescentes, não pode ser comparada a transmissão via sexual.

d) Cuidados para não “pegar” AIDS

As representações sociais dos alunos sobre prevenção foram obtidas por meio das respostas dadas a questão de número 39 – “quais os cuidados que uma pessoa deve ter para não *pegar* AIDS?”.

Das respostas dos 438 alunos dadas à questão de número 39 – *Quais os cuidados que uma pessoa deve ter para não “pegar” AIDS?* – foram identificados 946 argumentos (Tabela 28). Apenas dois alunos, um da 1^a. série e um da 3^a. série, responderam *não sei*.

Todos os argumentos foram classificados em seis categorias globais. A categoria global *Sexo*, que aparece em primeiro lugar com frequência de 52,9% dos argumentos de todos os alunos, é seguida da categoria *Seringas* com 21,2%, *Sangue* 8,1%, *Drogas* com 6,9%, *Falta de Cuidados* com 6,8% e, finalmente *Objetos* com 4,1%. As diferenças entre as frequências das categorias são altamente significativas ($\chi^2_o = 105,4$, $\chi^2_c = 11,0$, $gl = 5$ para $\alpha = 0,05$).

A categoria inicial *Usar Camisinha*, cujos argumentos fazem referência ao uso de camisinha, fazer sexo com camisinha, usar preservativo, aparece em primeiro lugar entre os alunos da 1^a. e 3^a. série, com frequências de 46,9% e 41,1%, respectivamente. A diferença entre as frequências não é significativa ($\chi^2_o = 0,3$, $\chi^2_c = 3,8$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$).

As diferenças das distribuições das frequências dos argumentos nas oito categoriais iniciais – *Usar caminha*, *Escolher parceiros*, *Usar seringas descartáveis*, *Não compartilhar seringas*, *Cuidado com sangue*, *Não usar drogas injetáveis*, *Ter cuidado* e *Cuidados com objetos* – das 1^a. e 3^a. séries, são significativas ($\chi^2_o = 111,2$ e $78,7$ para a 1^a. e 3^a. séries, respectivamente, $\chi^2_c = 11,0$, $gl = 5$ para $\alpha = 0,05$). Entretanto, quando as comparações são

feitas entre as frequências dos argumentos nas últimas sete categorias iniciais, isto é, exceto a categoria inicial *Usar camisinha*, as diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 5,0$ e $6,1$ para a 1^a. e 3^a. séries, respectivamente, $\chi^2_c=12,59$, $gl = 6$ para $\alpha = 0,05$).

Tabela 28

Cuidados para uma pessoa não *pegar* AIDS

Categorias Globais	Categorias Iniciais		1a Série		3ª Série		Totais		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Sexo	500	52,9	Usar camisinha	211	46,9	204	41,1	415	43,9
			Escolher parceiros	38	8,4	47	9,5	85	9,0
Seringas	201	21,2	Usar seringas descartáveis	44	9,8	66	13,3	110	11,6
			Não compartilhar seringas	52	11,6	39	7,9	91	9,6
Sangue	77	8,1	Cuidado com sangue	27	6,0	50	10,1	77	8,1
Drogas	65	6,9	Não usar drogas injetáveis	32	7,1	33	6,7	65	6,9
Ter cuidado	64	6,8	Ter cuidado	27	6,0	37	7,5	64	6,8
Objetos	39	4,1	Cuidado com objetos	19	4,2	20	4,0	39	4,1
Totais	946	100	Totais	450	100	496	100	946	100

As diferenças entre as 1^a. e 3^a. séries ocorrem nas posições ocupadas pelas categoriais iniciais. As três primeiras colocações entre os alunos da 1^a. série são:

Não compartilhar seringas, Usar seringas descartáveis e Escolher parceiros; enquanto que entre os alunos da 3^a. série são: *Usar seringas descartáveis, Cuidado com sangue e Escolher parceiros.*

As representações dos adolescentes sobre a prevenção a AIDS podem ser divididas em dois grupos. O primeiro é predominantemente marcado pelas recomendações para o *uso da camisinha* (43,9%). No segundo grupo, com frequência de 56,1%, aparecem as crenças, as distorções e referências a maneiras de prevenção simplesmente inatingíveis.

Os argumentos que compõem as representações do segundo grupo incluem recomendações para o “uso de seringas descartáveis”, “não compartilhar seringas”, “não usar drogas injetáveis”, “cuidados com objetos cortantes, pontiagudos, alicatinhos, etc.”, entre outros. Estas situações não são, de modo algum, impossíveis mas parece uma marca do fatalismo impregnado pela força da mídia.

Destacam-se também as situações bastante abstratas, imprecisas e inatingíveis apresentadas nas categorias iniciais *escolher parceiros, cuidado com o sangue e ter cuidado* que, juntas, somam quase um quarto de todos os argumentos (23,9%).

Esses dois grupos de argumentos – um determinista e mecânico “usar camisinha” – e o outro distorcido e abstrato, ocupam as representações dos alunos sobre a prevenção.

Nessas representações sobre prevenção, não se observaram referências aos aspectos comportamentais ou sobre habilidades para enfrentar possíveis situações de risco.

e) Por que os jovens não usam camisinha?

A questão de número 24 buscou informações das representações dos alunos sobre as razões do não uso da camisinha entre adolescentes, enquanto que as atitudes dos alunos com relação ao uso da camisinha nos últimos doze meses foram obtidas na questão de número 23.

As representações dos alunos sobre as razões pelas quais os jovens não usam camisinha – questão número 24 – são apresentadas na Tabela 29, a seguir.

A questão ofereceu onze alternativas, dentre estas, as alternativas *não sei* e *outras razões – especifique*”, os alunos poderiam indicar mais de uma alternativa.

Todos os 440 alunos responderam a questão. Das respostas de todos os alunos parece em primeiro lugar a alternativa *não gostam de usar a camisinha* com frequência de 19%, seguida das alternativas *não têm camisinha no momento* com 15,5%, *não acham necessário* com 12,9%, *não pensam na camisinha* com 11,6%, *um dos parceiros não gosta* com 9,3%, *usam outro método anticoncepcional* com 9,2%, *confiam um no outro* com 9,1%, *não sei* com 5%, *já se conhecem* com 4,8%, *a camisinha é cara* com 2,5% e, finalmente

outros com 1,3%. As diferenças entre as frequências absolutas das alternativas são significativas ($\chi^2_o = 296,3$, $\chi^2_c = 18,3$, gl = 10 para $\alpha = 0,05$).

Tabela 29

Razões para o não uso da camisinha entre os jovens

Razões	1ª. Série						3ª. Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Não gostam de usar camisinha	40	20,3	36	14,9	76	17,3	41	17,7	55	23,5	96	20,6	172	19,0
Não têm camisinha no momento	34	17,3	26	10,7	60	13,7	45	19,4	34	14,5	79	17,0	139	15,4
Não acham necessário	36	18,3	34	14,0	70	15,9	20	8,6	27	11,5	47	10,1	117	12,9
Nem pensam na camisinha	20	10,2	36	14,9	56	12,8	25	10,8	24	10,3	49	10,5	105	11,6
Um dos parceiros não concorda	14	7,1	29	12,0	43	9,8	19	8,2	22	9,4	41	8,8	84	9,3
Usam outro método anticoncepcional	15	7,6	23	9,5	38	8,7	20	8,6	25	10,7	45	9,7	83	9,2
Confiam um no outro	15	7,6	25	10,3	40	9,1	22	9,5	20	8,5	42	9,0	82	9,1
Não sei	9	4,6	16	6,6	25	5,7	13	5,6	7	3,0	20	4,3	45	5,0
Já se conhecem	7	3,6	10	4,1	17	3,9	16	6,9	10	4,3	26	5,6	43	4,8
A camisinha é cara	6	3,0	4	1,7	10	2,3	9	3,9	4	1,7	13	2,8	23	2,5
Outras	1	0,5	3	1,2	4	0,9	2	0,9	6	2,6	8	1,7	12	1,3
Totais	197	100	242	100	439	100	232	100	234	100	466	100	905	100

Quando se comparam as distribuições das frequências das sete primeiras alternativas, as quais somam 86,5% das indicações de todos os alunos, as

diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 6,8$, $\chi^2_c = 12,5$, $gl = 6$ para $\alpha = 0,05$). Também não são significativas as diferenças das comparações das distribuições das frequências das indicações daquelas alternativas entre os quatro grupos de alunos ($\chi^2_o = 12,3$, $\chi^2_c = 28,8$, $gl = 18$ para $\alpha = 0,05$).

O Quadro 2, a seguir, apresenta as posições ocupadas pelas frequências das razões indicadas pelos quatro grupos de aluno.

Quadro 2– Distribuição das posições das razões para não uso da camisinha

Razões	1 ^a . Série		3 ^a . Série		Total Geral
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Não gostam de usar camisinha	1	1	2	1	1
Não têm camisinha no momento	3	4	1	2	2
Não acham necessário	2	2	5	3	3
Nem pensam na camisinha	4	1	3	5	4
Um dos parceiros não concorda	7	3	7	6	5
Usam outro método anticoncepcional	6	6	6	4	6
Confiam um no outro	5	5	4	7	7

Considerando as três primeiras indicações, na primeira posição há predomínio da alternativa *não gostam de usar camisinha*, seguida na *não têm camisinha no momento* e *não acham necessário/nem pensam na camisinha*.

A questão de número 27 buscou informações sobre as percepções dos adolescentes quanto as atitudes dos pais com relação a camisinha. Os resultados são mostrados na Tabela 30, a seguir.

Tabela 30

Percepção dos adolescentes sobre as atitudes dos pais com relação à camisinha

Seus pais	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Falam para eu usar	54	49.1	26	23.6	80	36.4	58	52.7	40	36.4	98	44.5	178	40.5
Já falaram sobre o assunto	22	20.0	48	43.6	70	31.8	22	20.0	39	35.5	61	27.7	131	29.8
Não tenho idéia	25	22.7	28	25.5	53	24.1	16	14.5	26	23.6	42	19.1	95	21.6
Sempre compram para mim	6	5.5	0	0.0	6	2.7	10	9.1	1	0.9	11	5.0	17	3.9
Não querem nem ouvir falar	2	1.8	5	4.5	7	3.2	3	2.7	3	2.7	6	2.7	13	3.0
Não Responderam	1	0.9	3	2.7	4	1.8	1	0.9	1	0.9	2	0.9	6	1.4
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

Do total de 440 alunos da amostra, seis não responderam a questão, sendo dois alunos e quatro alunas. Das respostas de todos os alunos observa-se que, em primeiro lugar, aparece o item *Falam para eu usar* com frequência de 40,5%, seguida das indicações com 29,8% para *já falaram sobre o assunto* e *não tenho idéia* com 21,6%, cujas diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 5,8$, $\chi^2_c = 5,9$, gl = 2 para $\alpha = 0,05$).

A indicação de que os pais realmente admitem a camisinha na vida de seus filhos adolescentes aparece, no item *sempre compram para mim* com frequência de 3,9%. Portanto, embora admitam, há baixa disponibilidade da camisinha dentro de casa. Essa disponibilidade também é diferencial uma vez que apenas uma aluna indicou que seus pais compram camisinha.

Também aparecem com baixa frequência a negação da camisinha por parte dos pais no item *não querem nem ouvir falar*, com 3,0%.

As frequências dos itens que podem ser consideradas como atitudes positivas dos pais com relação ao uso da camisinha – *falaram para eu usar* e *já falaram sobre o assunto* – somam 70,3%.

As comparações das frequências das respostas dadas ao item *falaram para eu usar*, apresentam diferenças significativas ($\chi^2_o = 12,9$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$). Os alunos aparecem com as maiores frequências, sendo 52,7% para os alunos da 3^a. série e 39,1% para os da 1^a. série. As alunas da 3^a. série aparecem com frequência de 36,4% e, por último, as alunas da 1^a. série com 23,6%.

No item *já falaram sobre o assunto*, as diferenças das frequências também são significativas ($\chi^2_o = 13,9$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$). As alunas da 1^a. série aparecem primeiro lugar com frequência de 43,6% das indicações, seguidas das alunas da 3^a. série com 35,5% e os alunos da 1^a. e 3^a. séries com frequência iguais de 20% .

As diferenças entre os dois itens são importantes uma vez que, na percepção dos alunos, os pais são mais “efetivos” com os filhos do que com as filhas.

As razões para não usar camisinha constituem um conjunto de barreiras a ser superada pelos adolescentes. Nesta questão, também estão centrados muitos estudos envolvendo os comportamentos de rejeição à camisinha entre jovens e adultos.

As representações sociais construídas pelos adolescentes sobre o não uso da camisinha, a partir de informações, crenças, orientações ou como produto das relações com seus parceiros sexuais, nem sempre traduzem opiniões e posicionamentos construídos de experiências vividas. Assim os alunos acabam por construir suas representações sobre a camisinha mesmo não tendo relações sexuais.

As razões apontadas pelos alunos para o não uso da camisinha podem ser divididas em dois grupos. O primeiro grupo constituído pelas razões *não gostam de usar camisinha e não têm camisinha no momento* perfazem um total de 34,4% das indicações, indicam situações concretas e **teoricamente** possíveis de serem superadas individualmente – *não gostar e não ter*.

O segundo grupo, constituído pelas razões *não acham necessário, nem pensam na camisinha, já se conhecem, confiam um no outro, um dos parceiros não concorda e usam outro método*, com um total de 56,9% das indicações, relegam ou postergam a um segundo plano a possibilidade de adotar uma atitude

preventiva com o uso da camisinha. Esse segundo plano caracteriza-se pela natureza incerta e confusa e, portanto, a ausência de atitudes determinadas.

É importante notar que todos os 440 alunos da amostra responderam a questão e 45 (5%) desses alunos indicaram não saber as razões pelo não uso. As representações de aversão ao uso da camisinha podem estar mostrando uma necessidade de maiores ações educativas que promovam a ancoragem do “objeto” usar camisinha. Isto é, a falta de familiarização com a camisinha pode estar provocando um distanciamento das razões do uso.

Existem diferenças, embora discretas, nas representações dos alunos da 1^a. e 3^a. séries quanto à segunda razão apontada para o não uso da camisinha. Enquanto a maior frequência das indicações entre os alunos da 1^a. série para não *acham necessário* para os alunos da 3^a. série aparece o *não ter no momento*.

As razões indicadas pelos alunos agem sinergicamente ao mesmo tempo para evitar o uso da camisinha e na construção de suas representações.

Este quadro é considerado como um importante fator de vulnerabilidade dos adolescentes. Blum, McNeely & Nonnemaker (2002) consideram a vulnerabilidade como um processo interativo entre os contextos sociais nos quais os adolescentes vivem e o conjunto de fatores subjacentes. Nesse processo interativo estão incluídos os pares, o ambiente escolar, percepção do risco, conceitos inadequados, entre outros.

As pesquisas de MacPhail & Campell (2001) indicam que o não uso da camisinha, mesmo entre os grupos que possuem grandes conhecimentos sobre a

transmissão do HIV, está relacionado a fatores tais como o nível individual de percepções de saúde e vulnerabilidade, assim como às influências sociais nas quais se incluem as construções sociais da sexualidade. Essas construções sociais incluem as experiências vividas e as crenças que circulam entre os membros de uma sociedade ou comunidade. Também aparecem nessas pesquisas, atribuições negativas ao uso da camisinha, considerando que ela não é necessária quando os parceiros estão namorando ou têm relacionamentos “sérios” e o uso indica falta de confiança no parceiro. O uso da camisinha só é necessário em encontros casuais.

Segundo Gerrard, Gibbons & Bushman (1996) e Misovich, Fischer & Fischer (1997), casais seguros com relacionamentos estáveis apresentam sentimentos positivos de bem estar, menos ansiedade e depressão e vivem mais que as pessoas sem tais relacionamentos. Contudo estes sentimentos são conquistados com alguns custos. Existem evidências que sugerem que as buscas dos sentimentos de segurança, confiança, estabilidade e o desejo de manutenção desses sentimentos conduzem também a níveis elevados de comportamentos de riscos em relação a AIDS entre os casais.

As evidências vêm das constatações de que estudantes com relações monogâmicas usam menos a camisinha e apresentam menores preocupações com a AIDS, quando comparados com aqueles sem relações monogâmicas. Existem indicações de que, quando ocorre aumento do tempo de duração das relações, há um declínio na frequência do uso da camisinha.

Essa mudança de comportamento de sexo seguro para não seguro entre os casais não é acompanhada dos testes de HIV, mesmo quando os parceiros conhecem as histórias sexuais um do outro.

Misovich, Fischer & Fischer (1997) apresentam considerações sobre as dificuldades de se definir uma relação estável ou durável. Explicam que a história sexual de muitas pessoas é descrita como uma *serial monogamy*, que inclui uma série de relações sexuais exclusivas. Uma outra situação é a *realisticmonogamy*, que constitui uma combinação entre o *serial monogamy* e relações sexuais ocasionais. Essas relações sexuais ocasionais são resultantes de relacionamentos curtos dentro de um relacionamento mais duradouro. Nessas duas situações, ocorrem relações desprotegidas.

Tschann, Adler, Millstein, Gurvey & Ellen (2002), indicam que as pessoas têm maiores probabilidades de usar a camisinha quando se comunicam sobre o sexo seguro. Porém as frequências dessas comunicações tendem a ser baixas principalmente antes da primeira relação sexual.

Nessas relações também existem as questões de concordância ou não do uso da camisinha entre os parceiros. Quando ocorre alguma discordância prevalece a vontade de um dos parceiros, aquele que demonstra mais “força” que o outro, isto é, a maior capacidade que um dos parceiros tem em influenciar a atitude e/ou comportamento do outro.

Essa “força” também está relacionada com a capacidade de redução do nível de comprometimento, envolvimento emocional na relação e

disponibilidade de dinheiro. Entre os adolescentes, uma das forças mais importantes é o desejo emocional da intimidade, considerada a principal motivação para a relação sexual.

Nessas circunstâncias, geralmente o parceiro menos envolvido emocionalmente é aquele que possui mais controle da situação e, conseqüentemente, maior força ou capacidade de influenciar a atitude do outro para um dado comportamento.

Além da questão emocional também deve ser considerada a capacidade de argumentação. Essa capacidade reflete qual dos parceiros tem a “palavra final” ou a “decisão” e está relacionada com as diferenças de gênero nos diferentes grupos e diferentes culturas.

O uso da camisinha é identificado como desconfiança e falta de respeito para com o parceiro, também é motivo de zombarias, menosprezos ou são considerados menos espertos pelos seus pares (MacPhail &Campell, 2001).

Klein, Rossbach, Nijher, Giest, Wilson, Cohn, Siegel & Weitzaman (2001) discutem a disponibilidade e a acessibilidade que o adolescente de 14 a 19 anos tem à camisinha. Dentre as questões envolvidas, estão a privacidade ou confidencialidade, constrangimentos, preço e estratégias de compra,

Albarracín et al (2000) consideram que o não uso da camisinha pode estar relacionado pelo menos a três possíveis explicações. A primeira está relacionada com a emissão das mensagens sobre o uso da camisinha que é entendida, mas não aceita por alguns grupos, não sendo utilizada como base para a construção

de atitudes. A segunda faz referência aos medos que acabam tendo um impacto negativo sobre a decisão do uso da camisinha. Na terceira possibilidade, admitem que as campanhas podem estar influenciando somente as expectativas psicológicas, como por exemplo, o controle da ansiedade, que poderia ter uma influência unicamente na percepção psicológica dos métodos preventivos.

Winter & Goldy (1993) e Jaworski & Carey (2001) registraram que, após o uso de estratégias educacionais voltadas para a promoção do uso da camisinha como proteção às DSTs e AIDS entre adolescentes houve uma melhor aceitação da camisinha mas não houve fortalecimento da correlação entre atitude-comportamento. As duas pesquisas indicaram que a redução do número de parceiros foi maior que o uso da camisinha. Acrescentam ainda que o fato do adolescente portar a camisinha não é garantia de uso.

Dentre as razões para o não uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes encontradas nas pesquisas de Dias & Gomes (2000), encontram-se, entre outras, as crenças na imunidade pessoal, a ausência de vida sexual regular ou ausência de parceiro fixo.

O uso efetivo e consistente da camisinha nas relações sexuais está associado a vários fatores e etapas dos processos comportamentais a serem transpostas pelos adolescentes. A intenção de uso, a conveniência, a habilidade e a capacidade de conversar com o parceiro sobre a camisinha, o tipo de relacionamento, as percepções das atitudes do parceiro, os fatores cognitivos, a primeira relação sexual, a força ou pressão exercida pelo parceiro, níveis de

envolvimento emocional com o parceiro constituem alguns dos elementos que afetam as decisões dos adolescentes para o uso da camisinha (Klein, Rossbach, Nijher, Geist, Wilson, Cohn, Siegel & Weitzman, 2001; Tschann, Adler, Millstein, Gurvey & Ellen, 2002).

Parte da complexidade do problema pode ser ilustrada pelas diferenças entre os valores que determinam o uso ou intenções de uso da camisinha com o “principal parceiro” e aqueles envolvidos na determinação das intenções de uso com parceiros casuais. Um desses valores é a importância dada à própria saúde (Rosengard, Adler, Gurvey, Dunlop, Tschann, Millstein & Ellen, 2001).

f) Mas afinal, quem está sujeito a “pegar” AIDS?

A questão de número 38 teve por objetivo analisar as representações sociais dos alunos sobre quem está sujeito à AIDS.

Do total de 440 alunos, dois (0,4%) da 1ª. série não responderam a questão e 5 (1,36%), sendo quatro da 1ª. série e um da 3ª. série, responderam *não sei*. Identificaram-se 963 argumentos nas respostas dos alunos os quais foram classificados em nove categorias, cujas distribuições das frequências são mostradas na Tabela 31 a seguir.

Dentre as respostas de todos os alunos a categoria *não usa camisinha* aparece em primeiro lugar com frequência de 17,6%, seguida das categorias *não*

se previne com 14,9%, *tem muitos parceiros* com 14,8%, *todos* com 14,6%, *usa drogas* com 11,2%, *pertence ao grupo de risco* com 8,6%, *homens/mulheres* com 8,1%, *não tem informação* com 6,6% e, finalmente, *outros* com 3,6%. As diferenças entre as frequências das oito primeiras categorias não são significativas ($\chi^2_o = 9,2$, $\chi^2_c = 14,0$, $gl = 7$ para $\alpha = 0,05$).

Tabela 31Quem está sujeito à AIDS

Categorias	1ª Série		3ª Série		Totais	
	F	%	F	%	F	%
Não usa camisinha	91	19,7	78	15,6	169	17,6
Não se previne	69	14,9	74	14,8	143	14,9
Tem muitos parceiros	68	14,7	74	14,8	142	14,8
Todos	65	14,0	76	15,2	141	14,6
Usa drogas	44	9,5	64	12,8	108	11,2
Pertence ao Grupo de Risco	36	7,8	47	9,4	83	8,6
Homens/Mulheres	40	8,6	38	7,6	78	8,1
Não tem informação	30	6,5	34	6,8	64	6,6
Outros	20	4,3	15	3,0	35	3,6
Totais	463	100	500	100	963	100

Na categoria *não se previne* estão incluídos argumentos que não definem com precisão quem está sujeito tais como: quem não se previne, quem não tem cuidado, os desprevenidos, aqueles que não se protegem, os irresponsáveis, quem não acredita que possa pegar, aqueles que não se gostam, entre outros.

Enquanto que na categoria *pertence ao grupo de risco* estão incluídas as referências sobre homossexuais, gays, prostitutas, garotas de programa, doadores de sangue e aqueles que precisam de transfusão de sangue.

As distribuições das frequências das categorias entre os alunos da 1^a. e 3^a. série não apresentam diferenças significativas ($\chi^2_o = 1,2$, $\chi^2_c = 14,0$, $gl = 7$ para $\alpha = 0,05$), sendo as posições ocupadas por essas categorias as mesmas que aparecem nas respostas de todos os alunos.

Os alunos apresentaram explicações bastante pobres sobre as razões pelas quais as pessoas estão sujeitas à AIDS. Das respostas dos 433 alunos, foram identificados 183 argumentos tendo sido classificados em cinco categorias, cujas frequências são apresentadas na Tabela 32, a seguir.

Tabela 32

<u>Por que estão sujeitos à AIDS</u>						
Categorias	1 ^a Série		3 ^a Série		Totais	
	F	%	F	%	F	%
Compartilham seringas ou objetos	21	27,6	45	42,1	66	36,1
Acaso	15	19,7	23	21,5	38	20,8
Comportamento	15	19,7	17	15,9	32	17,5
Desconhecimento dos contaminados	10	13,2	9	8,4	19	10,4
Processos biológicos de transmissão	8	10,5	6	5,6	14	7,7
Outros	7	9,2	7	6,5	14	7,7
Totais	76	100	107	100	183	100

A categoria *compartilham seringas ou objetos* é composta de termos e expressões que fazem referência ao uso compartilhado de seringas ou agulhas; a categoria *Acaso* inclui as expressões e termos tais como AIDS não escolhe, não há distinção para o HIV; na categoria *Comportamento* foram incluídos os termos ou expressões que fazem referência à fidelidade, ao impulso ou às expressões indicativas de que não se sabe quem está contaminado; na categoria *Processos Biológicos da Transmissão*, incluem-se os termos ou expressões que explicam a transmissão ou contaminação via sêmen, fluidos corporais, secreções, contato com sangue menstrual e, finalmente, na categoria *Outros* incluíram-se os termos ou expressões que não são incluídos nas categorias anteriores.

A categoria *compartilham seringas ou objetos*, aparece em primeiro lugar com a frequência de 36,1% de todos os argumentos, seguida pelas categorias *Acaso* com 20,8%, *Comportamento* com 17,5%, *Desconhecimento dos contaminados* 10,4%, *Processos biológicos de transmissão* com 7,7% e *Outros* com 7,7%. As diferenças entre as frequências das categorias são significativas ($\chi^2_o = 36,6$, $\chi^2_c = 11,0$, gl = 5 para $\alpha = 0,05$). As diferenças também são significativas entre as categorias dos alunos das 1^a. e 3^a. séries, com maior significância entre os alunos da 3^a. série ($\chi^2_o = 14,6$ para a 1^a. série e $\chi^2_o = 57,8$ para a 3^a. série, $\chi^2_c = 11,0$, gl = 5 para $\alpha = 0,05$). A análise entre as distribuições das frequências das categorias entre as duas séries não apresenta diferenças significativa ($\chi^2_o = 6,5$, $\chi^2_c = 11,0$, gl = 5 para $\alpha = 0,05$).

As representações dos alunos sobre os riscos de se contaminar com o HIV refletem claramente os conhecimentos, desconhecimentos e as distorções desses conhecimentos apresentados ao longo desta pesquisa. Também aqui as representações aparecem constituídas de posicionamentos concretos e objetivos ao lado de indicações inconsistentes e abstratas, lamentavelmente sem diferenças significativas entre as frequências das categorias.

Isto porque, para os alunos, estão sujeitas ao HIV as pessoas que *não usam camisinha, usam drogas, têm muitos parceiros, não se previnem e todos*. Não usar camisinha, de fato um risco assumido, é colocado ao lado de quem usa drogas, risco relativo, sem considerar, ou desconhecer, os mecanismos e processos que diferenciam cada uma das situações.

A generalização da indicação sobre o uso de drogas acaba se tornando uma crença que leva ao aumento do risco do adolescente contrair o HIV. A situação de risco assumido é o compartilhar seringas entre usuários de drogas injetáveis, enquanto que usar drogas como álcool, uma situação que predispõe ao risco, não é indicada pelos alunos. Não se espera que os alunos tenham tais definições sobre risco, mas espera-se que tenha uma compreensão das situações de risco, compreensão esta ausente nas representações desses alunos.

As indicações na categoria *quem não se previne* são extremamente vagas e carece urgentemente de referenciais concretos – que prevenção é essa? Há, portanto, uma falta de argumentos indicadores e desconhecimentos dos fatores protetivos ou de reconhecimentos dos riscos.

Também há generalizações para quem *tem muitos parceiros e todos e homens e mulheres*. Assim como existe ainda a permanência das representações sobre grupos de risco, o que configura, no mínimo, como uma distorção dos conhecimentos atuais.

Dentre os mecanismos protetivos discutidos por Blum, McNeely & Nonnemaker (2002) estão os processos cognitivos e as construções sociais. Consideram a AIDS um fenômeno social e emocional, mais que problema clínico. Assim as influências da cultura que modela a identidade do adolescente ao longo de seu desenvolvimento associado a sua capacidade de auto-percepção e a percepção do ambiente que o cerca são elementos importantes da configuração do risco.

Moscovici (2001) explica que as representações sociais constituem uma maneira de entendimento e comunicação, das quais se percebem, abstraem e reproduzem significados do mundo. As construções das representações devem ser entendidas, a partir de símbolos e representações a ela associadas.

As representações dos alunos, construídas, a partir dos entendimentos que demonstram, parecem conduzi-los ao risco. Esses entendimentos que os alunos descrevem não são classificados por eles como risco, ou seja, não percebem o risco.

g) Preconceitos da AIDS

Os possíveis preconceitos dos alunos relacionados à AIDS foram obtidos por meio das respostas dadas às questões 41, e à série de questões de números 45 a 55.

A questão de número 41 buscou saber a percepção do aluno sobre a possibilidade da manutenção do anonimato, da privacidade ou do sigilo de uma pessoa próxima, como colegas de escola, amigos, parentes, entre outros, submetida ao teste do HIV. A questão ofereceu três alternativas: *sim*, *não* e *não sei*. Todos os 440 alunos responderam a questão, cujos resultados são mostrados na Tabela 33.

Tabela 33

Possibilidade de se fazer o teste do HIV e ninguém ficar sabendo

É possível	1ª. Série						3ª. Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	58	52,7	68	61,8	126	57,3	83	75,5	88	80,0	171	77,7	297	67,5
Não	8	7,3	6	5,5	14	6,4	7	6,6	5	4,5	12	5,5	26	5,9
Não Sei	44	40,0	36	32,7	80	36,4	20	18,8	17	15,5	37	16,8	117	26,6
Totais	110	100	110	100	220	100	110	10	110	100	220	100	440	100

As frequências das respostas de todos os alunos a alternativa *sim* aparece em primeiro lugar com 67,5% , seguido das alternativas *não sei* com 26,6% e

não com 5,9%. As diferenças entre as frequências são significativas ($\chi^2_o = 58,9$, $\chi^2_c = 5,9$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$).

A maior frequência de indicações para a alternativa *sim* pode ser observada entre as alunas da 3^a. série com 80%, seguida dos alunos da 3^a. série com 75,5%, alunas da 1^a. série com 61,8% e alunos da 1^a. série com 52,7%. As diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 6,9$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

Na alternativa *não sei* aparece em primeiro lugar a frequência das indicações dos alunos da 1^a. série com 40,0%, seguidas das alunas da 1^a. série com 32,7%, alunos da 3^a. série com 18,8% e alunas da 3^a. série com 15,5%. As diferenças entre as frequências das indicações são significativas ($\chi^2_o = 14,9$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

A série de questões de números 45 a 55 procurou obter informações a respeito dos preconceitos dos alunos relacionados à AIDS. Foi utilizada uma escala Likert com valores intervalares *sempre*, *nem sempre*, *às vezes*, *quase nunca* e *nunca*. As questões versaram sobre as relações dos alunos com portadores do HIV ou AIDS no ambiente escolar, em casa, no convívio diário, no consumo de alimentos, no círculo de amizades, assim como no medo de se contaminar e na responsabilização de drogados e homossexuais.

O Quadro 3, a seguir, apresenta o número da questão e as situações para as quais solicitou-se a manifestação dos alunos.

Quadro 3 – Questões e situações relacionadas aos preconceitos

Número da questão	Situação
45	Usar objetos, copos e talheres de pessoas portadoras do HIV
46 e 48	Cuidar de pessoa da família portadora do HIV
47	Permitir que colega da escola portador do HIV freqüente as aulas
49	Permitir que professor(a) portadora do HIV continuasse ministrando aulas
50	Tomar lanche onde portador do HIV prepara e serve lanches
51	Manter segredo de pessoa da família com AIDS
52	AIDS é doença de drogados e homossexuais
53	Inconveniente estar na mesma classe de uma pessoa com AIDS
54	Medo de se contaminar se vivesse com pessoa com AIDS
55	Mudar as relações com alguém da “turma” portador do HIV.

Os valores atribuídos variaram de 1 para *sempre* a 5 para *nunca*, que indicavam o menor e maior nível de preconceito, respectivamente. A Tabela 34, a seguir, apresenta os resultados dos quatro grupos de alunos.

A partir do cômputo das respostas de todos os alunos observa-se que a maioria (92,1%) apresenta médias abaixo de 3, o que indica menor preconceito, enquanto que 6,8% apresentam níveis mais altos de preconceito, ambos com relação à AIDS nas condições estabelecidas.

As diferenças das freqüências das médias dos quatro grupos – na 1^a. série alunos 89,1%, alunas 92,7% e na 3^a. série alunos 92,7% e alunas 93,6% – não são significativas ($\chi^2_o = 0,13$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

A maioria dos alunos mostra baixos valores para preconceitos da AIDS, ao mesmo tempo, acredita na privacidade dos testes de HIV. Não aparecem diferenças significativas entre os quatro grupos de alunos.

Tabela 34

Preconceitos relacionados a AIDS

Médias	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
< 3	98	89,1	102	92,7	200	90,9	102	92,7	103	93,6	205	93,2	405	92,1
3	3	2,7	1	0,9	4	1,8	1	0,9	0	0,0	1	0,4	5	1,1
> 3	9	8,2	7	6,4	16	7,3	7	6,4	7	6,4	14	6,4	30	6,8
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

Sun (1993) admite a existência de dois tipos de preconceitos. O preconceito moral e preconceito cognitivo. O preconceito moral pode ser conceitualizado como as percepções ou atitudes desviantes de um padrão ou de valor moral como os princípios de justiça, equidade e necessidades. O preconceito cognitivo envolve as distorções cognitivas da realidade social, incluindo generalizações errôneas, as formações anteriores de atitudes ou a despeito de evidências objetivas, as correlações ilusórias e julgamentos de estereótipos de um grupo.

Interessante notar que na presente pesquisa, apesar dos baixos valores de preconceito dos alunos, há permanência de crenças sobre grupos de risco, como foi demonstrado na Tabela 31.

Os preconceitos, entendidos como avaliações negativas de um grupo ou de um indivíduo, constituem parte dos processos dinâmicos de socialização. São constructos multidimensionais e propriedades de um dado grupo. Podem ser automaticamente ativados quando há percepção do objeto de preconceito (Sun, 1993; Lee, 1996; Brauer, Wasel & Niedenthal, 2000; Crandall, Eshleman & O'Brien, 2002). Os dados da atual pesquisa não indicam que tal mecanismo tenha sido ativado.

6. Atitudes com relação ao uso de camisinha

As atitudes dos alunos com relação à camisinha foram obtidas a partir das respostas dos alunos dadas a questões construídas com a escala Likert.

As questões envolveram referências a atitude dos alunos com relação à compra da camisinha; relações sexuais entre pessoas que se conhecem bem sem o uso da camisinha; intenção ou uso da camisinha na primeira relação sexual e ao possível desconforto do uso da camisinha durante a relação sexual. Os resultados são apresentados na Tabela 35, a seguir.

Das respostas de todos os alunos, a maior freqüência das indicações aparece para a média acima de três com 73,9%, que indica atitude favorável à camisinha, enquanto que a freqüência abaixo da média três, com 19,7%, apresenta atitude menos favorável à camisinha. As diferenças entre as freqüências são significativas ($\chi^2_o = 76,7$ $\chi^2_c = 7,9$, gl = 2 para $\alpha = 0,05$).

Os alunos da 3^a. série apresentam a maior freqüência acima da média três com 90% das indicações entre os quatro grupos de alunos, enquanto que as alunas da 1^a. e 3^a. séries apresentaram a menor freqüência, ambas as séries com 68,2% cada uma. As diferenças entre as médias acima de três não são significativas entre os quatro grupos de alunos ($\chi^2_o = 4,7$, $\chi^2_c = 7,8$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

Tabela 35

Atitudes com relação à camisinha

Médias	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
< 3	25	22,7	29	26,4	54	24,6	6	5,5	27	24,5	33	15,0	87	19,7
3	9	8,2	6	5,4	15	6,8	5	4,5	8	7,3	13	5,9	28	6,4
> 3	76	69,1	75	68,2	151	68,6	99	90,0	75	68,2	174	79,1	325	73,9
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

As comparações entre as freqüências das médias menores e maiores que três, entre os quatro grupos de alunos apresentam diferenças significativas ($\chi^2_o = 20,1$ $\chi^2_c = 12,5$, gl = 6 para $\alpha = 0,05$).

A maioria dos alunos tem atitudes positivas com relação a camisinha, porém, é preocupante a parcela de alunos que indicou atitudes negativas. Os dados apresentados na Tabela 35 são coerentes com as indicações de uso da camisinha nas relações sexuais mostradas na Figura 19.

A questão de número 26 buscou identificar, nas percepções dos alunos, *a responsabilidade pelo uso da camisinha nas relações sexuais*. Predominantemente os alunos indicaram que a responsabilidade é *dos dois*, cuja frequência das respostas de todos os alunos foi de 98,4%. As frequências das respostas nos quatro grupos de alunos foram: na 1^a. série, 98,2% para os alunos e 98,2% para as alunas, na 3^a. série 97,3% para os alunos e 100% para as alunas.

Alguns aspectos relacionados à rejeição da camisinha já foram discutidos anteriormente nesta pesquisa. É oportuno lembrar que embora o tema seja foco de muitas preocupações e pesquisas, os mecanismos psicossociais envolvidos na questão ainda estão por ser totalmente esclarecidos. Buscam-se explicações sobre a persistência de atitudes negativas ou resistências ao uso da camisinha, a despeito dos altos níveis de conhecimentos sobre a transmissibilidade do HIV.

7. Atitude em situação de risco

As questões de números 42, 43 e 44 buscaram informações sobre as atitudes dos alunos com relação à AIDS em situações de risco ou se já se submeteram ao teste do HIV.

De todos os alunos 11 (2,5%) declaram ter feito o teste, sendo três da 1^a. série, um aluno e duas alunas, e oito da 3^a. série: cinco alunos e três alunas. Indicaram ter feito o exame *voluntariamente* os cinco alunos e uma aluna todos da 3^a. série, enquanto que três alunas, uma da 1^a. série e duas da 3^a. série fizeram o teste *por solicitação*, e dois alunos não indicaram se submeteram ao teste voluntariamente ou por solicitação. Dos 11 alunos, nove indicaram que tomaram conhecimento do resultado e dois não responderam a questão.

A questão de número 57 propôs uma situação de risco a qual procura prever uma possível atitude do aluno frente à concordância de ter relações sexuais sem uso de camisinha a pedido do namorado ou namorada. Responderam a questão 402 alunos. Os resultados são mostrados na Tabela 36, a seguir.

Tabela 36

Concordância em ter relações sexuais sem camisinha.

Relação Sexual sem camisinha, você concorda?	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Nunca	54	49,1	94	85,5	148	67,3	63	57,3	95	86,4	158	71,8	306	69,5
Às vezes	18	16,4	2	1,8	20	9,1	19	17,3	4	3,6	23	10,5	43	9,8
Não Respondeu	14	12,7	8	7,3	22	10,0	8	7,3	8	7,3	16	7,3	38	8,6
Nem sempre	9	8,2	3	2,7	12	5,5	14	12,7	3	2,7	17	7,7	29	6,6
Sempre	12	10,9	1	0,9	13	5,9	3	2,7	0	0,0	3	1,4	16	3,6
Quase nunca	3	2,7	2	1,8	5	2,3	3	2,7	0	0,0	3	1,4	8	1,8
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

De todos os alunos, 306 (69,5%) indicaram que *nunca* concordariam em ter relações sem camisinha a pedido do namorado ou namorada, 43 (9,8%) indicaram que teriam relações *às vezes*, 29 (6,6%) indicaram *nem sempre*, 16 (3,6%) indicaram *sempre* e 8 (1,8%) indicaram *quase nunca*. As diferenças entre as indicações são significativas ($\chi^2_o = 800,0$ $\chi^2_c = 9,4$, $gl = 4$ para $\alpha = 0,05$).

Embora as diferenças tenham se apresentado altamente significativas, mostrando a tendência de rejeitar a relação sexual sem camisinha quando solicitado, deve ser considerado que 96 alunos (21,8%) admitem ter relações sexuais sem camisinha a pedido. É possível que os 38 alunos (8,6%) que não responderam à questão possam ter alguma dúvida sobre a questão.

As comparações entre as frequências das indicações de *nunca* concordar com relações sem camisinha entre os quatro grupos apresentam diferenças significativas ($\chi^2_o = 15,9$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$). As alunas da 3^a. série aparecem em primeiro lugar com 86,4%, seguidas das alunas da 1^a. série com 85,5%, alunos da 3^a. série com 57,3% e alunos da 1^a. série com 49,1%. As comparações entre os quatro grupos de alunos mostram uma forte correlação positiva entre os alunos e alunas, destacando-se a correlação entre as alunas da 1^a. e 3^a. séries ($r = 0,99$).

As características epidemiológicas da AIDS, cujos maiores números de portadores encontram-se na faixa etária entre 20 e 24 anos permitem inferir que a maioria dos indivíduos contraiu o HIV durante adolescência.

Os portadores assintomáticos são os principais veículos disseminadores do HIV. O conhecimento precoce da condição de portador permite que tratamentos sejam administrados com maiores chances de controlar as manifestações clínicas da doença, prolongar a vida do portador, assim como controlar a disseminação do HIV.

Segundo Jackson & Hafemeister (2001), estima-se que mais de 50% dos adolescentes infectados nos Estados Unidos desconhecem sua condição de portador do HIV. Geralmente submetem-se ao teste do HIV adolescentes que se encontram em grande risco de contrair o HIV como os usuários de drogas injetáveis. Uma proporção significativa dos adolescentes que se submetem ao teste não retornam para saber os resultados ou para orientações necessárias.

Muitos são os fatores e barreiras associadas à decisão de se submeter ao teste do HIV e, entre os adolescentes, devem ser somados os medos das reações dos pais, a voluntariedade que depende de motivações e/ou necessidades, capacidade de entendimento e estado psicológico, entre outros. Também devem ser consideradas as questões legais relacionadas aos adolescentes como, por exemplo, a autorização dos responsáveis para se submeterem ao teste do HIV.

É interessante observar que os alunos declaram-se mais inclinados a ter relações sexuais sem camisinha quando solicitado (Tabela 36). Se existe uma percepção de risco sobre o sexo sem camisinha, esta parece desaparecer diante de uma possível relação sexual.

A auto-eficácia em questões protetivas, definida como uma convicção das pessoas em assumir um dado comportamento em função do bem estar, parecem não estar presentes nesse momento. O constructo da convicção ou do auto-controle dá lugar ao “aqui e agora”, sugerindo que esses alunos que admitem relações sexuais sem camisinha não se sentem vulneráveis.

As diferenças de atitudes entre os sexos presentes nesta pesquisa, assim como as contradições, quando comparadas com as atitudes com relação a AIDS e a camisinha (Tabelas 35 e 36) também aparecem nas pesquisas de Goldman & Harlow (1993).

8. Fontes de informações sobre AIDS

As fontes de informações sobre a AIDS indicadas pelos alunos são mostradas na Tabela 37.

Todos os alunos responderam a questão, tendo sido apresentadas um total de 2.879 indicações de fontes de informação. As frequências das cinco primeiras indicações de todos os alunos foram: *Escola* (professor, orientador educacional, palestras, etc.) com 14,3%, *Programas Médicos TV* (especiais, entrevistas, informes médicos, etc.) com 14,1%, *Jornais, Revistas* ((jornalísticas como Veja, Época) com 12,1%, *Livros Especializados* (ou escolares) com 10% e *Pais* com 9,4%. As diferenças entre as frequências dessas indicações não são significativas ($\chi^2_o = 1,7$, $\chi^2_c = 9,4$, $gl = 4$ para $\alpha = 0,05$).

Tabela 37Fontes de informação sobre a AIDS.

Fontes	1ª, Série						3ª, Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Na escola professores	100	15,6	103	14,1	203	14,8	101	13,6	109	14,3	210	13,9	413	14,3
Programas médicos TV	100	15,6	102	14,0	202	14,7	103	13,8	102	13,4	205	13,6	407	14,1
Jornais, revistas	81	12,6	81	11,1	162	11,8	95	12,8	91	11,9	186	12,3	348	12,1
Livros especializados	61	9,5	74	10,2	135	9,8	80	10,7	74	9,7	154	10,2	289	10,0
Pais	65	10,1	70	9,6	135	9,8	67	9,0	70	9,2	137	9,1	272	9,4
Amigos de escola	45	7,0	56	7,7	101	7,4	63	8,5	68	8,9	131	8,7	232	8,1
Posto de saúde	41	6,4	37	5,1	78	5,7	55	7,4	51	6,7	106	7,0	184	6,4
Revista (Carícia...)	14	2,2	75	10,3	89	6,5	19	2,6	65	8,5	84	5,6	173	6,0
Amigos de Bairro	30	4,7	28	3,8	58	4,2	32	4,3	31	4,1	63	4,2	121	4,2
Igreja	19	3,0	36	4,9	55	4,0	26	3,5	31	4,1	57	3,8	112	3,9
Parentes – tios	34	5,3	26	3,6	60	4,4	26	3,5	17	2,2	43	2,9	103	3,6
Namorado/a	15	2,3	19	2,6	34	2,5	33	4,4	29	3,8	62	4,1	96	3,3
Irmãos/irmãs	17	2,6	12	1,6	29	2,1	24	3,2	20	2,6	44	2,9	73	2,5
Clubes esportivos	17	2,6	8	1,1	25	1,8	20	2,7	5	0,7	25	1,7	50	1,7
Outros	4	0,6	1	0,1	5	0,4	1	0,1	0	0,0	1	0,1	6	0,2
Totais	643	100	728	100	1371	100	745	100	763	100	1.508	100	2.879	100

As posições ocupadas pelas fontes de informações em cada um dos quatro grupos, mostradas no Quadro 4, apresentam pequenas diferenças.

Quadro 4 - Posição das cinco primeiras fontes de informações sobre HIV/AIDS

Fontes de Informações	Fontes de Informações			
	1ª Série		3ª Série	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Escola	1 ^a (*)	1 ^a .	2 ^a	1 ^a
Programas médicos TV	2 ^a (*)	2 ^a	1 ^a .	2 ^a
Jornais, Revistas	3 ^a	3 ^a	3 ^a	3 ^a
Pais	4 ^a	-	5 ^a	5 ^a
Revista (Carícia...)	-	4 ^a	-	-
Livros especializados	5 ^a .	5 ^a	4 ^a	4 ^a

(*) apresentam as mesmas frequências de indicações (15,6%)

A *Escola* ocupa predominantemente a primeira posição, seguida dos *Programas Médicos na TV*. As frequências das indicações dos alunos da 1^a. série para esses dois itens é a mesma (15,6%). *Jornais e Revistas* aparecem em terceiro lugar como uma fonte comum de informação para todos os quatro grupos de alunos. Os *Pais* não aparecem entre as cinco primeiras indicações das alunas da 1^a. série.

Lahlou (2001) discute os aspectos funcionais das Representações Sociais, apresentando as ligações entre os indivíduos e o grupo por meio das noções de confiança, motivação, identidade e interesses pessoais.

O constructo social é caracterizado pelas condições de ação de uma estrutura coletiva, onde as representações sociais tornam-se necessárias enquanto que a eficiência dos aspectos pragmáticos do exemplo acima estão mais associados às teorias cognitivas clássicas. Assim a construção das representações sociais de um dado objeto é uma série de lutas, influências, misturas de propagandas, propagações, difusões e contrastes de práticas. Nestas condições, o constructo do objeto é um compromisso sutil permitindo que cada indivíduo seja aceitável, embora as interpretações individuais do objeto possam diferir uns dos outros.

As representações sociais são construídas e elaboradas coletivamente, guiadas pela informalidade do senso comum. Essas representações permitem às pessoas entender um fenômeno inacessível sem o rigor metodológico e conhecimentos teóricos dos cientistas, embora muitas vezes essas relações sejam metafóricas embebidas em crenças e conceitos inadequados.

Wagner e Kronberger (2001) pesquisaram as representações sociais sobre os alimentos transgênicos na Áustria, Grécia, Dinamarca e Suécia relacionando com os conhecimentos obtidos a partir da “qualidade” da mídia consumida. As representações das pessoas associavam os tomates transgênicos a Frankstein, a monstrosidades, a ameaças à saúde e que poderiam ser infectadas com os genes dos tomates caso os consumissem.

A importância das fontes de informações sobre a AIDS reside no fato de que constituem a primeira etapa das construções das representações sociais,

neste estudo, dos adolescentes. Este primeiro passo, como indica Moscovici (2001), é o familiarizar-se com o desconhecido, tornando o abstrato em concreto. Ou seja, os processos de ancoragem e o de objetivação.

Os alunos não indicaram uma fonte predominante de informações mas sim várias que podem ser classificadas em fontes massivas e interpessoais de informação. Dentre as cinco primeiras indicações dos alunos, incluem no grupo das fontes massivas os *Programas de TV, os jornais e revistas e livros especializadas*, enquanto que as fontes interpessoais encontram-se *a escola com os professores e os pais*. Os dados da Tabela 37 mostram o predomínio das fontes massivas de informações.

Apesar dessa diversidade de fontes de informações, foi possível observar que os conhecimentos que os alunos possuem sobre a AIDS apresentam falhas e distorções.

A frequência das indicações para a escola aparece em primeiro lugar, embora sem diferenças significativas com as quatro fontes seguintes. Pode-se inferir, de um lado, sobre a confiança que os adolescentes depositam na escola, provavelmente por ser uma instituição que organiza as informações de maneira sistematizada e as torna acessíveis aos alunos.

Quando se indica a escola, indiretamente os alunos estão fazendo referência aos professores, responsáveis pela organização e disseminação de conhecimentos. Hoyos, Sierra e Martin (1997), indicam que os alunos outorgam aos professores alto grau de confiabilidade e credibilidade.

Portanto, a escola deve ser considerada tanto do ponto de vista da organização do projeto pedagógico sob da responsabilidade dos Diretores e seus auxiliares administrativos como os professores responsáveis pela elaboração e/ou desenvolvimento de programas educativos. As representações sociais dos Diretores e Professores devem ser consideradas, uma vez que são estes os organizadores e articuladores das informações sobre a AIDS que serão disponibilizadas para os alunos.

Tanto Diretores como Professores constroem suas representações sociais nos ambientes comuns aos demais membros da sociedade, compartilhando ou convivendo com crenças, influências da mídia, dos preconceitos, das dúvidas e das pressões sociais. As representações sociais de Professores e Diretores sobre a AIDS e Programas de Prevenção à AIDS na Escola, foram motivos de pesquisas de Wuo (1998) e Guzzo & Wuo (2001), dada a sua importância na formação das representações dos alunos.

9. Representações Sociais sobre Programas de Prevenção à AIDS na Escola

a) Conhecimentos sobre DSTs e AIDS

Dos 440 alunos, 219 (49,8%) indicaram que ouvem falar sobre DSTs *com muita freqüência*, 168 (38,2%) ouvem falar *com freqüência*, 46 (10,4%) *às vezes* ouvem falar e 7 (12,0%) *raramente*. Considerando as duas primeiras situações, ouvem falar *com muita freqüência* e *com freqüência* o total é de 387 alunos (88%).

Com relação ao HIV/AIDS as indicações dos 440 alunos foram: *com muita freqüência*, 261 (59,3%), *com freqüência* 145 (33%), *às vezes* 31 (7,0%) e *raramente* 3 (0,7%). As duas primeiras situações, ouvem falar *com muita freqüência* e *com freqüência*, somam 406 alunos (92,3%).

As comparações entre as freqüências das indicações sobre ouvir falar de DSTs e HIV/AIDS *com muita freqüência* e *com freqüência*, 88% e 92,3% respectivamente, embora não apresentem diferenças significativas ($\chi^2_o = 0,1$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$), ouvir falar sobre HIV/AIDS aparece em primeiro lugar.

Quanto aos conhecimentos sobre as DSTs, do total dos alunos, 68 (4,8%) indicaram não saber descrever nenhum sintoma nas mulheres e 89 (10,6%) indicaram não saber descrever nenhum sintoma nos homens.

As frequências das indicações dos desconhecimentos sobre os sintomas nas mulheres aparecem na seguinte ordem: alunos da 1^a. série com 11,2%, alunos na 3^a. série com 5,8%, alunas da 1^a. série com 4,2% e alunas da 3^a. série com 0,5%. Quanto aos desconhecimentos sobre os sintomas nos homens as frequências das indicações foram: alunos da 1^a. série 18%, alunas da 1^a. série 15,1%, alunos da 3^a. série 6,1% e alunas da 3^a. série 5,6%. Os alunos da 1^a. série mostram maiores desconhecimentos dos sintomas tanto em homens como em mulheres.

Esses dados permitem afirmar que tanto a AIDS como as DSTs são assuntos ou temas comuns no dia-a-dia dos alunos. Mesmo não aparecendo diferenças significativas, a AIDS é um tema mais comum que as DSTs. Da mesma maneira, a maioria dos alunos indicaram algum sintoma de DSTs tanto em homem como em mulheres. Essas indicações, obviamente, não lhes permitem diferenciar uma, tampouco “diagnosticá-las”. Esse conhecimento tem muito pouca utilidade prática para os alunos, servindo meramente como uma ilustração ou, quando muito, um indicador.

Embora os conhecimentos sobre AIDS e DSTs não indiquem condutas ou atitudes protetivas, são importantes elementos cognitivos dos processos que envolvem as atitudes e as representações. Também indicam que os assuntos AIDS e DSTs circulam com intensidade ou que estão presentes no dia-a-dia dos alunos. Portanto, existem elementos para a construção das representações sociais.

Moscovici (2001) explica que as representações sociais são, primeiramente, produtos das intenções de comunicações em um dado grupo com o objetivo de reduzir os “espaços” entre os indivíduos desse grupo. Essa aproximação se dá, neste momento, pelo grau de consenso entre os membros do grupo. A linguagem, pela sua acessibilidade, estabelece as pontes de ligações entre os membros do grupo. A partir das conversações, as pessoas são orientadas em direção aos modelos simbólicos, às imagens e/ou valores, adquirindo, nesse processo, repertórios comuns de interpretações e explicações que podem ser aplicados ou utilizados no dia-a-dia.

Nessas possíveis conversas sobre AIDS e DSTs, assim como a caracterização das doenças, utilizando-se e introduzindo uma quantidade de novos termos clínicos para descrever sintomas, por exemplo, os alunos exercitam um mecanismo de tornar concreto um conceito abstrato.

Assim as representações científicas diária e espontaneamente tornam-se senso comum, estabelecendo intercâmbios e transformações com as representações não científicas ou autônomas. Esses processos de transformações ocorrem durante as difusões e explicações das idéias da AIDS, dos transgênicos assim como para tantos outros objetos de representações.

b) Percepções sobre as atividades ou programas de prevenção

As atividades ou programas de prevenção à AIDS existentes e estruturadas na escola de caráter permanente ou realizadas esporadicamente, o tipo de atividade, os profissionais envolvidos, a participação assim como representações dos alunos sobre essas atividades foram obtidas por meio das questões de números 60, 61, 62, 63, 64 e 65.

As informações sobre a existência de programas e/ou atividades nas escolas para orientar os alunos sobre a prevenção à AIDS são mostradas na Tabela 38.

Não responderam a questão 5 alunos (1,1%), dentre os demais que responderam, 136 (31%) indicaram que existe alguma atividade, 140 (31,8%) afirmaram que não existe e 159 (36,1%) responderam não saber se existe ou não. As diferenças entre as frequências das respostas dos alunos não são significativas ($\chi^2_o = 0,4$, $\chi^2_c = 7,8$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

As frequências das indicações dos alunos da 3ª distribuíram-se da seguinte maneira: em primeiro lugar *não* com 45,9%, seguida de *sim* com 40,9% e *não sei* com 11,8%. Na 1ª. série, as distribuições das frequências foram: em primeiro lugar *não sei* com 60,5%, seguida de *sim* com 20,9% e *não* com 17,7%. As diferenças entre as frequências das indicações das duas séries são significativas ($\chi^2_o = 51,7$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$).

Tabela 38

Indicação dos alunos sobre a existência de programa e/ou atividade de prevenção à AIDS?

Existe Programa ou Atividade?	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Sim	22	20,0	24	21,8	46	20,9	40	36,4	50	45,5	90	40,9	136	31,0
Não	23	20,9	16	14,5	39	17,7	54	49,1	47	42,7	101	45,9	140	31,8
Não sei	63	57,3	70	63,6	133	60,5	14	12,7	12	10,9	26	11,8	159	36,1
Não responderam	2	1,8	0	0,0	2	0,9	2	1,8	1	0,9	3	1,4	5	1,1
Totais	110	100	110	100	220	100	110	100	110	100	220	100	440	100

É possível que os alunos da 1^a. série não tenham utilizado suas escolas de origem, do Ensino Fundamental, como referência para suas respostas e sim as Unidades de Ensino do CEETEPS, nas quais acabaram de ingressar e, por essa razão, tenham optado pela alternativa *não sei*, daí a alta frequência nessa categoria nessa série. Por outro lado, os alunos da 3^a. série, tendo convivido três anos letivos nas Unidades de Ensino, teriam maior segurança em suas respostas.

Doravante as análises dos resultados foram feitas utilizando-se das respostas dos 136 alunos, que corresponde a 30,9% da amostra, que indicaram ter ocorrido atividades e/ou programas de prevenção à AIDS em suas escolas. O grupo de 136 alunos é composto por representantes das dez escolas pesquisadas, sendo que o número de alunos de cada escola variou de 7 a 26.

A questão de número 61 buscou informações sobre a percepção dos sujeitos sobre a regularidade de palestras proferidas nas escolas para um grande número de alunos, cujos resultados são mostrados na Tabela 39 a seguir.

Tabela 39

Regularidade das palestras sobre AIDS para um grande número de alunos

Regularidade	1ª. Série						3ª. Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Às vezes	6	27,3	10	41,7	16	34,8	22	55,0	28	56,0	50	55,6	66	48,5
Sempre	7	31,8	9	37,5	16	34,8	9	22,5	12	24,0	21	23,3	37	27,2
Nem sempre	4	18,2	2	8,3	6	13,0	7	17,5	9	18,0	16	17,8	22	16,2
Quase nunca	3	13,6	1	4,2	4	8,7	2	5,0	0	0,0	2	2,2	6	4,4
Nunca	2	9,1	2	8,3	4	8,7	0	0,0	1	2,0	1	1,1	5	3,7
Totais	22	100	24	100	46	100	40	100	50	100	90	100	136	100

Dos 136 alunos, 66 (48,5%) indicaram que as palestras ocorrem *às vezes*, 37 (27,2%) indicaram que ocorrem *sempre*, 22 (16,2%) indicaram que *nem sempre* ocorrem, 6 (4,4%) indicaram que *quase nunca* ocorrem e, finalmente, 5 (3,7%) afirmaram que *nunca* ocorrem. As diferenças entre as freqüências das três primeiras indicações – *às vezes*, *sempre* e *nem sempre* – são significativas ($\chi^2_o = 17,6$, $\chi^2_c = 5,99$, gl = 2 para $\alpha = 0,05$).

As comparações das diferenças das freqüências das três primeiras indicações acima mencionadas entre os alunos da 1ª e 3ª série também mostraram-se significativas ($\chi^2_o = 6,7$, $\chi^2_c = 5,99$, gl = 2 para $\alpha = 0,05$). Quando se

comparam as frequências das três primeiras indicações entre alunos e alunas da 1ª. série, observam-se diferenças significativas ($\chi^2_o = 6,5$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$), enquanto que tais comparações entre alunos e alunas da 3ª. série as diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 0,02$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$). O grupo de alunos e alunas da 3ª. série indicam maior homogeneidade.

As informações sobre os profissionais ou pessoas que proferiram palestras nas escolas foram obtidas por meio da questão de número 62 e são mostradas na Tabela 40.

Tabela 40

Profissionais ou pessoas que proferiram as palestras sobre AIDS

Palestras proferidas por	1ª. Série						3ª. Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Profissionais da área médica	11	32,4	13	32,5	24	32,4	34	60,7	42	53,2	76	56,3	100	47,8
Psicólogos	4	11,8	6	15,0	10	13,5	7	12,5	16	20,3	23	17,0	33	15,8
Pessoas portadoras de AIDS	7	20,6	4	10,0	11	14,9	3	5,4	6	7,6	9	6,7	20	9,6
Não sei	5	14,7	8	20,0	13	17,6	2	3,6	1	1,3	3	2,2	16	7,7
Advogado/Delegado de Polícia/Policial	1	2,9	1	2,5	2	2,7	5	8,9	6	7,6	11	8,1	13	6,2
Outros	3	8,8	2	5,0	5	6,8	3	5,4	5	6,3	8	5,9	13	6,2
Pais de alunos	1	2,9	6	15,0	7	9,5	1	1,8	0	0,0	1	0,7	8	3,8
Religiosos	1	2,9	0	0,0	1	1,4	1	1,8	2	2,5	3	2,2	4	1,9
Não são realizadas palestras	1	2,9	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	1,3	1	0,7	2	1,0
Totais	34	100	40	100	74	100	56	100	79	100	135	100	209	100

Das 209 referências de todos os alunos, destacam-se os *Profissionais da área médica* com 47,8% das referências, que aparecem em primeiro lugar, seguidos pelos *Psicólogos* com 15,8%, *Pessoas portadoras de AIDS* com 9,6%, *Advogados/Delegados de Polícia/Policiais* com 6,2%. As diferenças entre as frequências dessas indicações são significativas ($\chi^2_o = 34,4$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$)

As referências aos *Pais de alunos* e *Religiosos* aparecem com frequências de 3,8% e 1,9%, respectivamente. Na categoria *Outros*, que aparece com 6,2%, estão incluídos professores, alunos, atores, grupos de “apoio”, alunos de teatro, entre outros. Uma parcela dos sujeitos (7,7%) não soube identificar quem foram os palestrantes.

Entre os alunos da 3^a. série, as quatro indicações cujas frequências se destacaram foram os *Profissionais da área médica* com 56,3%, que aparecem em primeiro lugar, seguidos pelos *Psicólogos* com 17%, *Advogados/Delegados de Polícia/Policiais* com 8,1% e *Pessoas portadoras de AIDS* com 6,7%, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 73,9$, $\chi^2_c = 7,82$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$). As comparações entre as frequências dessas indicações entre os alunos e as alunas da 3^a. não apresentaram diferenças significativas ($\chi^2_o = 2,8$, $\chi^2_c = 7,82$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

As quatro indicações cujas freqüências se destacaram entre os alunos da 1ª. série foram os *Profissionais da área médica* com 32,4%, que aparecem em primeiro lugar, seguidos pelas *Pessoas portadoras de AIDS* com 14,9%, *Psicólogos* com 13,5% e *Pais de alunos* com 9,5%, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 17,5$, $\chi^2_c = 7,82$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$). A indicação para os *pais de alunos* aparece com maior freqüências entre as alunas com 15%, enquanto que, entre os alunos, a freqüência da indicação é de 2,9%.

As indicações sobre as atividades relacionadas à AIDS realizadas em sala e ministradas por professores da escola foram obtidas pelas respostas dadas à questão de número 63. A Tabela 41 apresenta a distribuição das freqüências das indicações sobre a freqüência de tais atividades, na percepção dos alunos.

Dos 136 alunos que indicaram a ocorrência de atividades e/ou programas de prevenção ao HIV/AIDS na escola, 133 (98%) responderam a questão. As três indicações que se destacam são: em primeiro lugar *às vezes* com 37,5%, seguida de *sempre* com 25,7% e *nem sempre* com 22,9%, cujas diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 4,2$, $\chi^2_c = 5,99$, gl = 3 para $\alpha = 0,05$).

As comparações entre as freqüências das indicações das ocorrências das atividades das três principais categorias – *às vezes*, *sempre* e *nem sempre* – entre os quatro grupos de alunos apresentaram diferenças significativas ($\chi^2_o = 16,8$, $\chi^2_c = 12,59$, gl = 6 para $\alpha = 0,05$). As diferenças das freqüências das entre alunos e alunas da 3ª. série são significativas ($\chi^2_o = 13,8$, $\chi^2_c = 5,99$, gl = 2 para

$\alpha = 0,05$), enquanto que, entre os alunos e alunas da 1^a. série, as diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 0,9$, $\chi^2_c = 5,99$, $gl = 2$ para $\alpha = 0,05$)

Tabela 41

Regularidade das atividades sobre AIDS realizadas em sala de aula e ministradas pelo professor da escola.

Regularidade	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
As vezes	8	36,4	9	37,5	17	37,0	15	37,5	19	38,0	34	37,8	51	37,5
Sempre	6	27,3	7	29,2	13	28,3	5	12,5	17	34,0	22	24,4	35	25,7
Nem sempre	5	22,7	4	16,7	9	19,6	13	32,5	9	18,0	22	24,4	31	22,8
Quase nunca	0	0,0	2	8,3	2	4,3	3	7,5	3	6,0	6	6,7	8	5,9
Nunca	2	9,1	0	0,0	2	4,3	4	10,0	2	4,0	6	6,7	8	5,9
Não respondeu	1	4,5	2	8,3	3	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,2
Totais	22	100	24	100	46	100	40	100	50	100	90	100	136	100

As freqüências das indicações dos alunos da 1^a. e 3^a. série para a categoria *nunca*, com 9,1% e 10,0% respectivamente, superam as das alunas, com 0,% e 4,0% respectivamente.

As representações dos alunos sobre as atividades foram obtidas por meio das respostas dadas à questão de número 64. Deixaram de responder a questão sete alunos da 1^a. série e três alunos da 3^a. série. Nas respostas dos 126 alunos foram identificados 385 argumentos dos quais cinco foram descartados por não

serem pertinentes ao tema. As freqüências e distribuições dos argumentos, agrupados nas categorias *Impressões Positivas*, *Educativas*, *Insuficientes* e *Prevenção*, são apresentadas na Tabela 42 a seguir.

Tabela 42

Representações sobre as atividades de prevenção na Escola

Categorias	1ª Série		3ª Série		Totais	
	F	%	F	%	F	%
Impressões Positivas	57	46,7	98	38,0	155	40,8
Educativas	38	31,1	81	31,4	119	31,3
Insuficientes	12	9,8	66	25,6	78	20,5
Prevenção	15	12,3	13	5,0	28	7,4
Totais	122	100	258	100	380	100

A categoria *Impressões Positivas*, que engloba termos ou expressões vagas ou pouco precisas mas, com conotações de aprovação ou positivas tais como boas, ótimas, legal, importantes, interessantes, entre outros, aparece em primeiro lugar com 40,8% de todos os argumentos.

Em seguida aparece a categoria *Educativa* com 31,3%, constituída de argumentos que fazem referência aos possíveis conhecimentos propiciados pelas atividades. Os argumentos são generalistas tais como: são informativas ou

esclarecedoras, ajudam a entender, educam, melhoram os conhecimentos e a gente fica sabendo.

Na categoria *Insuficiente*, que aparece em terceiro lugar com 20,5% dos argumentos, estão incluídos os termos e expressões que demonstram as insatisfações dos alunos com relação às atividades tais como: deveria melhorar, não gosto, pouco assunto, não saí sabendo tudo, cansativa, pouco criativa, deveria mostrar a realidade, são irregulares, deveriam ser mais freqüentes.

Finalmente na categoria *Prevenção*, com 7,4% de todos os argumentos, incluem-se as referências sobre prevenção. A exemplo das demais categorias, os termos ou expressões utilizadas também imprecisos tais como alertam, previnem, orientam, não deixam fazer besteiras.

As diferenças entre as freqüências das categorias constituída pelos argumentos de todos os alunos são significativas ($\chi^2_o = 24,8$, $\chi^2_c = 7,82$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

As comparações entre as freqüências das categorias entre os alunos da 1^a. e 3^a. séries são significativas ($\chi^2_o = 11,0$, $\chi^2_c = 7,82$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$). Entre os alunos da 3^a série, a categoria *Insuficiente* aparece com freqüência de 25,5%, enquanto que na 1^a série, a freqüência é de 9,8%. Na categoria *Prevenção*, a situação é invertida, isto é, a maior freqüência é observada entre os alunos da 1^a série com 12,3% e entre os alunos da 3^a série é de 5%.

O termo utilizado pelo Autor “Atividades de Prevenção” decorre da constatação da inexistência de Programas de Prevenção como definido nesta

pesquisa, como demonstraram as pesquisas de Guzzo & Wuo (2001) e como indica o Relatório da Oficina para Análise de Situações e de Resposta – Planejamento Estratégico, do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo citado neste trabalho.

A coletânea de estudos apresentados pela UNAIDS indica que ainda não foram medidos os impactos dos programas de prevenção e intervenções dirigidos a adolescentes realizadas em vários países do mundo. Embora tenham sido colocadas à disposição guias, exemplos e políticas de prevenção, programas e instrumentos de avaliações de programas e intervenções. As razões apontadas como barreiras ou impossibilidades para a não avaliação incluem as preocupações políticas sobre as reações públicas com relação a AIDS, o tempo necessário para serem estimados os impactos e a falta de planejamento de avaliações (UNAIDS, 1997; UNAIDS, 1999a; UNAIDS, 1999b);

As medidas de impacto focalizam os conhecimentos assimilados, as mudanças nos comportamentos sexuais, o uso consistente de camisinha, habilidades de negociação do sexo, entre outros. As avaliações, quando ocorrem, são direcionadas e aplicadas pelos especialistas que desenvolveram os programas ou as intervenções. No presente estudo, infelizmente, não se obteve na literatura referências sobre avaliações a partir de impressões ou percepções dos alunos que foram alvos de tais programas.

Nesta pesquisa, as indicações dos alunos sobre a periodicidade das atividades de prevenção à AIDS realizadas na escola mostram que estas não

ocorreram com regularidade na maioria das vezes. A frequência das indicações para as atividades que ocorreram *sempre* foi de 27,2%, e para *nunca* 3,7%, restando, portanto, para as ocorrências esporádicas ou inconstantes 69,4%.

Há predominância de profissionais da área médica com praticamente 50% das indicações, enquanto que os profissionais da área de psicologia aparecem em segundo lugar com 15,8%. Essas diferenças mostram claramente a tendência de concentração de informações sobre os aspectos biológicos-medicalizados da AIDS em detrimento das questões comportamentais.

As indicações sobre a participação de *Pessoas portadoras de AIDS*, que aparece em terceiro lugar, e *Advogado/Delegado de polícia/Policial*, devem promover mais preocupações e/ou tensões nos alunos do que promover possíveis orientações preventivas com base nas mudanças de comportamentos.

Interessante notar que há presença dos pais e religiosos com as mais baixas frequências das indicações. Miller & Gur (2002) encontraram associações positivas entre a religiosidade e alta percepção de risco do HIV/AIDS. As relações com os pais, e as influências que estes mantêm, durante o desenvolvimento de seus filhos adolescentes, também estão associadas positivamente com as percepções de riscos (Paikoff & Brooks-Gunn, 1991; Vandell, 2000; MacNeely, Shew, Beuhring, Sieving, Miller & Blum, 2002).

A prevenção não é, ou parece não ser, uma preocupação dos alunos. A baixa frequência das indicações dos argumentos preventivos nos discursos dos alunos indica que não se trata de um tema ou assunto familiar ou cotidiano,

configurado pelas representações pobres ou inexistentes. Por outro lado, os argumentos ou referências à AIDS presentes nos discursos dos adolescentes, indicam uma forte tendência à difusão dos conhecimentos biológicos-medicalizados.

Com relação as atividades realizadas em sala-de-aula, os dados também mostram as mesmas tendências quanto à periodicidade, ou seja, 25,7% das indicações pra a categoria *sempre*, 5,9% para *nunca*, e, portanto, 65,2% para as categorias que indicam ser as atividades esporádicas ou inconstantes.

Quanto à qualidade das atividades, sob o ponto de vista preventivo, as indicações dos alunos são bastante imprecisas e vagas. Essas indicações, constituídas das categorias *impressões positivas*, *educativas* e *prevenção*, somam 79,5%.

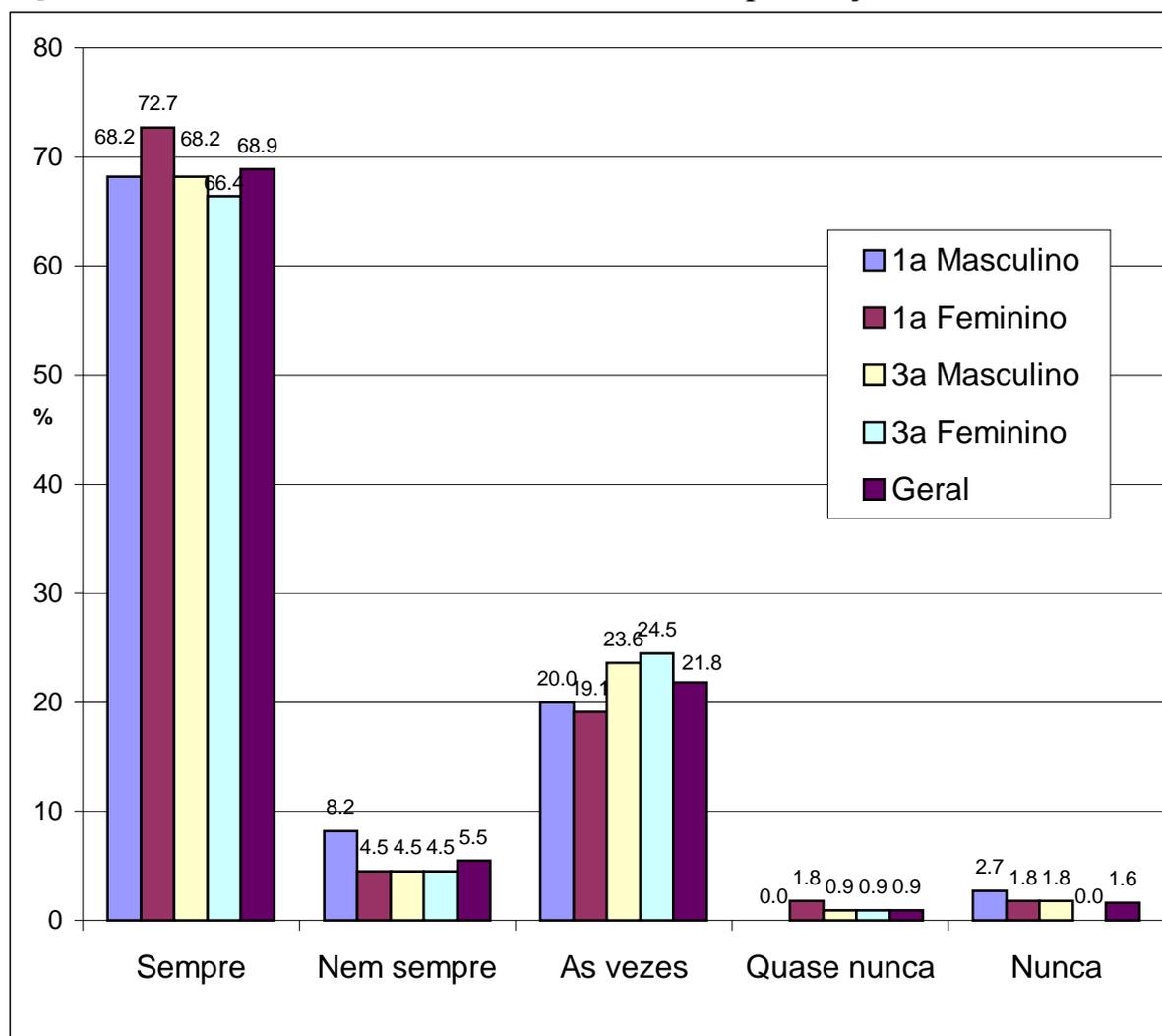
As indicações para *insuficientes*, infelizmente, parecem de fato dar o posicionamento dos alunos frente às atividades desenvolvidas na escola. Ao considerar a atividade insuficiente, o aluno está demonstrando claramente a sua insatisfação e indicando que não houve, concretamente, algum ganho de conhecimento ligando os assuntos tratados nas atividades com as suas reais necessidades. Mesmo assim essas atividades são bem recebidas pelos alunos.

c) Como gostaria que fossem as atividades de prevenção à AIDS?

As questões de número 65 e 66 buscaram informações sobre os interesses e as representações dos alunos sobre as atividades e/ou programas de prevenção relacionados à regularidade dessas atividades, assim como a maneira pela qual deveriam ser realizadas. As questões foram aplicadas a todos os alunos da amostra.

Os interesses dos alunos nas atividades e regularidade de ocorrência dessas atividades e/ou programas de prevenção na escola, são mostrados na Figura 20.

Das indicações dos 434 alunos (98,6%), seis (1,4%) não responderam a questão, a categoria que faz referência ao interesse de que as atividades deveriam ocorrer *sempre* aparece em primeiro lugar com frequência de 69%, seguida da categoria *às vezes* com 22%, cujas diferenças são significativas ($\chi^2_o = 24,2$, $\chi^2_c = 3,84$, $gl = 1$ para $\alpha = 0,05$). Essas duas categorias perfazem 91% de todas as indicações. Embora na categoria *sempre* a maior frequência das indicações apareça entre as alunas da 1^a. série (73%), seguida pelos alunos da 1^a. e 3^a. séries com frequências idênticas de indicações (68%) e pelas alunas da 3^a. série (66%), as diferenças não são significativas ($\chi^2_o = 0,3$, $\chi^2_c = 7,82$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$).

Figura 20: Interesse dos alunos nas atividades de prevenção

As indicações sobre a maneira pela qual as atividades devem ser realizadas e os assuntos que devem ser tratados nessas atividades, nas percepções dos alunos, foram obtidas por meio das respostas dadas à questão de número 66.

A primeira parte da análise das respostas dadas à questão evidenciam os argumentos referentes às maneiras pelas quais as atividades devem ser realizadas. Do total de 440 alunos, 14 (3,2%), não responderam a questão e 30 (6,8%) declararam não saber como as atividades devem ser realizadas e que não

gostavam das mesmas. Os 553 argumentos apresentados pelos 396 alunos (90%) que responderam a questão, foram agrupados em seis categorias: *Palestras*, *Interativas*, *Contextualizadas*, *Sala de Aula*, *Participantes externos* e *regularidade*.

As distribuições das frequências das categorias entre os alunos da 1^a. e 3^a. séries são apresentadas na Tabela 43.

A categoria *Interativa* aparece em primeiro lugar com 30,6% dos argumentos de todos os alunos. Nessa categoria, estão incluídos os termos ou expressões com indicações de que as atividades devem ser dinâmicas, interativas, com gincanas, utilização de vídeos, cartazes, trabalhos elaborados pelos alunos, elaboração e leitura de textos, teatros, entre outros.

Tabela 43

Como as atividades de prevenção devem ser realizadas.

Categorias	1 ^a Série		3 ^a Série		Totais	
	F	%	F	%	F	%
Interativas	78	30,5	91	30,6	169	30,6
Palestras	72	28,1	71	23,9	143	25,9
Contextualizadas	39	15,2	58	19,5	97	17,5
Participantes Externos	26	10,2	35	11,8	61	11,0
Regularidade	28	10,9	26	8,8	54	9,8
Sala de Aula	13	5,1	16	5,4	29	5,2
Totais	256	100	297	100	553	100

Em segundo lugar, aparece a categoria *Palestras* com 25,9% dos argumentos. Nessa categoria, os alunos fazem referência explicitamente a palestras.

Segue-se a categoria *Contextualizadas*, com frequência de 17,5% dos argumentos, cujos termos e expressões utilizados pelos alunos fazem referência ao atendimento de seus interesses sobre o HIV/AIDS, num ambiente mais reservado e que lhes permitissem o acesso às informações e orientações sem constrangimentos, tais como conversas abertas, com respeito natural, espontâneas, com debates entre os alunos, sem ter medo de ser ridicularizado, entre outros.

Incluídas na categoria *Participantes Externos*, com 11% das indicações, estão as referências sobre a necessidade da participação de médicos, psicólogos, especialistas, entendidos assim como portadores de AIDS.

Na categoria *Regularidade*, com 9,8% dos argumentos, foram incluídos um conjunto de termos ou indicações sobre a regularidade da realização das atividades de prevenção tais como mensalmente, uma vez por semana, com frequência, deve ocorrer sempre, entre outros.

Finalmente a categoria *Sala de Aula*, com 5,2% dos argumentos, que inclui os termos e expressões indicando que as atividades devem ser realizadas na sala de aula, em horário de aula.

As diferenças entre as frequências das categorias são significativas ($\chi^2_o = 29,4$, $\chi^2_c = 11,07$, $gl = 5$ para $\alpha = 0,05$).

As comparações entre as distribuições das frequências das categorias dos dois grupos de alunos não apresentaram diferenças significativas ($\chi^2_o = 1,2$, $\chi^2_c = 11,07$, $gl = 5$ para $\alpha = 0,05$).

A segunda parte da questão procurou identificar os argumentos referentes aos assuntos ou temas que devem ser tratados nas atividades e/ou programas de prevenção, segundo a percepção dos alunos.

Os 672 argumentos identificados nas respostas de todos os alunos foram agrupados em oito categorias e são mostradas na Tabela 44.

Tabela 44

Temas ou assuntos que devem ser tratados nas atividades e prevenção

Categorias	1ª Série		3ª Série		Totais	
	F	%	F	%	F	%
HIV/AIDS e DSTs	104	27,2	61	21,1	165	24,6
Doença	52	13,6	61	21,1	113	16,8
Drogas	63	16,4	35	12,1	98	14,6
Sexo	52	13,6	36	12,5	88	13,1
Prevenção	31	8,1	38	13,1	69	10,3
Outros	42	11,0	27	9,3	69	10,3
Preconceito e Violência	20	5,2	16	5,5	36	5,4
Atualidades	19	5,0	15	5,2	34	5,1
Totais	383	100	289	100	672	100

Considerando as respostas dos alunos, a categoria *HIV/AIDS e DSTs* aparece em primeiro lugar com frequência de 24,6% de todos os argumentos.

Nessa categoria, estão incluídos interesses dos alunos com manifestações diretas e explícitas sobre HIV, AIDS ou DSTs.

A categoria *Doença*, com 16,8%, aparece em segundo lugar, reúne os interesses cujos argumentos estão fazendo referências às doenças sexualmente transmissíveis ou surgidas em decorrência da infecção com o HIV, assim como sobre sintomas das doenças, maneiras de contaminação, tratamentos e possibilidades de cura.

Em terceiro lugar, aparece a categoria *Drogas* com 14,6% de todos os argumentos que fazem referência às drogas, álcool e cigarro. É interessante notar que as palavras: cocaína, maconha ou “crak” não aparecem nas manifestações de todos os alunos e sim a palavra “drogas” ou “drogas injetáveis”.

Segue-se, em quarto lugar, a categoria *Sexo* com 13,1%, formada por termos e expressões tais como sexo, preservativos, anticoncepcionais, aborto, gravidez, entre outros.

A categoria *Prevenção* aparece em quinto lugar com 10,3% dos argumentos. Estão incluídos nessa categoria os termos prevenção, prevenção à AIDS, prevenção às doenças, formas de prevenção, entre outras.

Na categoria *Outros*, com 10,3%, estão incluídos termos e expressões diversas, genéricas ou sem definições que não se enquadram nas definições das demais categorias, tais como: todos os assuntos, sobre tudo, tudo que for possível, vários, entre outros.

Os termos e expressões que fazem referência direta sobre preconceitos e violência foram agrupados na categoria *Preconceito e Violência*, com 5,4%, que aparece em sétimo lugar. Ocorreram 16 referências a preconceitos (2,4%) e 20 para violência (3%).

Finalmente, a categoria *Atualidades*, com 5,1%, inclui termos ou expressões sobre evolução das pesquisas, coisas novas, novidades, novos estudos, ligados a realidade atual, entre outros.

As diferenças entre as frequências das categorias são significativas ($\chi^2_o = 22,7$, $\chi^2_c = 14,07$, $gl = 7$ para $\alpha = 0,05$). As comparações entre as frequências das categorias dos alunos da 1^a. e 3^a. série não são significativas ($\chi^2_o = 4,4$, $\chi^2_c = 14,07$, $gl = 7$ para $\alpha = 0,05$), embora possa ser observado um maior interesse dos alunos da 3^a. série sobre a *Prevenção* (13,1%), quando comparados com os alunos da 1^a. série (8,1%).

A confirmação das insatisfações dos alunos é ratificada, quando se pergunta de que maneira deveriam ser essas atividades. Os dados da Tabela 42, mostram que as categorias *contextualizadas* e *interativa* somam 48,1% das indicações. Logicamente não se espera que os alunos façam referências mais técnicas sobre as maneiras que deveriam ser essas atividades. As indicações mostram como as atividades seriam melhor recebidas por esses alunos.

A baixa frequência de indicações para a presença de pessoas de fora do ambiente escolar – *participantes externos* (11%) – na opinião do Autor, os alunos reafirmam a credibilidade e confiança depositadas na escola.

Quanto ao tema ou assunto que deveriam ser tratados nestas atividades (Tabela 43), nas manifestações dos alunos, há predominância da categoria *HIV/AIDS e DSTs*. Quando essa categoria é analisada juntamente com as categorias *doença, drogas, sexo e prevenção*, as diferenças entre as frequências não são significativas ($\chi^2_o = 7,3$, $\chi^2_c = 7,82$, $gl = 3$ para $\alpha = 0,05$). Essas relações parecem mostrar que os alunos têm interesse ou acreditam ser necessários outros assuntos ou temas, e, provavelmente, possam ser um dos motivos das insatisfações apontadas anteriormente.

Manifestações pessoais

Fizeram uso do espaço reservado para expressar opiniões ou apresentar sugestões sobre assuntos relevantes que não foram tratados no questionário, 160 alunos (36,4%), sendo 78 (48,7%) da 1^a. série e 82 (51,3%) da 3^a. série. Foram identificadas 184 manifestações das quais destacam-se 64 (34,8%) que fizeram referências a política, corrupção, meio ambiente, desemprego, mercado de trabalho; 49 manifestações focalizaram o questionário, das quais 40 (21,7%) indicaram que gostaram de responder o questionário, que era interessante ou bom e 9 (4,9%) afirmaram que o questionário apresentou algum tipo de falha ou era insuficiente. As 71 (38,6%) manifestações restantes indicaram a necessidade de obter mais informações ou ampliar discussões sobre sexo, drogas, AIDS e DSTs, preservativos e preconceito.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Os primeiros registros sobre casos esporádicos de AIDS ocorreram em alguns países em fins da década de 70 e início da década de 80 do século passado. No final do século XX, a OMS estimava que mais de 35 milhões de pessoas no mundo inteiro estavam infectadas pelo HIV e que a AIDS já tinha matado mais pessoas do que qualquer outra doença infecciosa.

Os jovens constituem um grupo vulnerável em todas as sociedades do mundo. Um terço das pessoas contaminados com o HIV e metade das infecções ocorrem na faixa etária entre 15 e 24 anos. No Brasil, a faixa etária mais atingida está entre 20 e 39 anos, indicando que a contaminação ocorreu quando eram mais jovens (Paiva, Peres & Blessa, 2002).

A epidemia da AIDS avançou em todos os continentes. Mesmo tendo tomado diferentes formas em diferentes partes do mundo, os riscos de se adquirir o HIV mantêm-se predominantemente pela via sexual.

As preocupações e os esforços para conter a disseminação do vírus têm-se concentrado basicamente em duas grandes áreas. Uma voltada para as ações diretas sobre o vírus e sobre as pessoas já contaminadas; e a outra, voltada para impedir que novas infecções ocorram em grupos de pessoas ainda não atingidas.

Na primeira área citada, existem grandes investimentos nos processos de produção de drogas para combater o vírus, controlar as manifestações clínicas da doença, evitar a morte precoce e prolongar e permitir uma vida normal das

peessoas infectadas. Juntamente com essas ações, também existem os esforços para a reeducação dos portadores dada a sua condição potencial de disseminadores do vírus.

A concentração de esforços, na segunda área, reúne as ações voltadas para alertar, esclarecer e educar as pessoas sobre os riscos da contaminação e a necessidade de mudanças de comportamentos. Nesta área, concentram-se os programas educacionais desenvolvidos aplicados e implementados nos diversos segmentados da sociedade, envolvendo tanto a educação formal como a não formal.

Dentre esses segmentos da sociedade, a escola assume uma posição e um papel duplamente relevante: 1) concentra grande número de pré-adolescentes e adolescentes prestes a iniciar vida sexual e 2) pode reunir recursos necessários para desenvolver e manter programas de prevenção para esses adolescentes. Esses programas têm como objetivo comum promover mudanças de comportamentos frente aos riscos de contaminação com HIV.

Essas duas condições altamente relevantes não têm sido suficientes como promotoras da prevenção primária. As intervenções sobre os comportamentos têm sido eficientes, mas os efeitos têm sido pequenos e insustentáveis. Algumas das causas dos efeitos insatisfatórios das intervenções estão relacionadas com as inadequações e direcionamentos de programas de prevenção. Os modelos de programas de prevenção não atendem às complexidades e inúmeros determinantes do comportamento sexual do adolescente. Os modelos utilizados,

na maioria das vezes, examinam especificamente e apenas as questões sexuais como informação, motivação, habilidades comportamentais e redução de riscos (Canin, Dolcini & Adler, 1999).

Esses modelos pressupõem racionalidade, intencionalidade e escolha volitiva. Desconsideram as influências contextuais e fatores sócio-culturais associados aos comportamentos sexuais.

Somam-se a essas considerações as necessidades de diagnósticos mais apurados sobre os adolescentes como indicam os relatórios da Coordenadoria Nacional das DSTs/AIDS do Ministério da Saúde, do I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe – UNAIDS e da Oficina para a Análise de Situação e de Respostas – Planejamento Estratégico do Programa Estadual de DSTs/AIDS de São Paulo do Governo Estadual de São Paulo assim como os Programas de Prevenção à AIDS desenvolvidos no CEETEPS.

Assim a presente pesquisa procurou buscar informações e explorar alguns aspectos sobre as relações envolvidas entre os adolescentes e a AIDS. Os resultados foram apresentados em três partes. Na Parte I – Quem é esse adolescente? – a pesquisa buscou informações sobre alguns aspectos dos contextos sociais dos adolescentes; na Parte II – Situações de Risco – buscou identificar situações de riscos de contaminação com HIV, consideradas as mais próximas dos adolescentes e, finalmente, na Parte III – Representações Sociais sobre a AIDS e sobre os Programas de Prevenção à AIDS nas Escolas –

explorou as Representações Sociais dos adolescentes assim como os programas de prevenção desenvolvidos nas escolas contribuem para a construção dessas representações. Nesta Parte III, também são analisadas atitudes dos adolescentes em situações de risco com relação à camisinha.

É importante lembrar que a divisão nas três partes apresentadas aqui tem apenas uma finalidade didática. Representações sociais, atitudes e riscos constituem elementos, entre outros, que, ao mesmo tempo, são “produtos” de um processo de interação e os “fatores” dessa interação.

Muitos dos aspectos conclusivos já foram apresentados ao longo das discussões quando da apresentação dos resultados, como as percepções dos alunos sobre seus contextos familiares, uso de drogas, uso da camisinha, fontes de informações sobre a AIDS e representações sociais sobre programas de prevenção.

Parte I – Quem é esse adolescente?

Nas percepções dos adolescentes sobre os limites e normas da família, aparecem diferenças com relação ao tipo de atividade e com relação ao gênero.

Assim, quanto aos horários de lazer e diversão, os alunos percebem maiores liberdades que as alunas. Os alunos da 3^a. série apresentaram maiores indicações sobre a liberalidade dos pais quanto ao consumo de bebidas alcoólicas. Quanto à rotina de estudo e trabalho, esses mesmos alunos

apresentam as maiores indicações para a liberalidade e também para o item “não intromissão dos pais”.

Com relação às percepções sobre grupos de amigos, todos os grupos de alunos – 1^a. e 3^a. série – indicam que, nas suas percepções, os pais são muito liberais, sendo que os alunos da 3^a. série apresentaram maiores indicações no item “não se intrometem”.

A questão do dinheiro é vista com um elemento que tende para uma maior liberdade entre os adolescentes, com maior destaque para os alunos da 3^a. série.

Quanto às questões sobre as experiências sexuais, as percepções de todos os alunos apresentaram as maiores diferenças entre as frequências das indicações. Os alunos indicaram que os pais são mais liberais e as alunas indicaram que os pais são menos liberais. As maiores indicações para “não se intrometem” aparecem para os alunos e alunas da 3^a. série.

Quanto ao aspecto geral dos limites e normas da família, os alunos da 3^a. série apresentaram as maiores indicações de “muito liberal”.

É possível perceber que os alunos da 3^a. série, pelas indicações de suas percepções, desfrutam de uma condição de menor controle por parte da família. As indicações desses alunos sobre uso de bebidas alcoólicas, grupos de amigos, disponibilidade de dinheiro, horários de lazer e diversão e experiências sexuais coloca-os numa situação de maior risco se comparados com as indicações dos demais grupos de alunos.

Uma situação que parece não muito definida é a questão das experiências sexuais, na qual existem maiores indicações para o item “não se intrometem”, para os alunos e as maiores indicações para “muito rígida” para as alunas. Esta situação parece colocar maiores responsabilidades sobre as experiências sexuais nas alunas, uma vez que, para os alunos, parece não constituir uma questão que deva ser motivo de maior controle pelos pais.

Estão envolvidos diretamente com o trabalho 20% de todos os alunos. Dos 80% que não trabalham, 30% procuram trabalho e 50% não. Os alunos da 3^a. série apresentaram maiores indicações de que trabalham. Esses resultados podem estar mostrando que o compromisso mais sistemático nas vidas de todos os alunos é a escola. É oportuno lembrar que os alunos desta pesquisa cursam as 1^a. e 3^a. séries do ensino médio que funcionam somente no período da manhã em todas as unidades do CEETEPS.

Esta situação está associada com a disponibilidade de dinheiro semanal para “gastar no que quiser”. A maioria dos alunos (75%) dispõe de dinheiro semanal para gastar cuja quantia está em torno de R\$ 50,00 (US\$ 15,00). Para este grupo de alunos existe uma certa restrição de dinheiro, isto é, existe uma quantidade limitada; mas, quando se compara com a renda média de um quarto das pessoas com dez anos e mais anos de idade que trabalham no Brasil que vivem com até um salário mínimo (US\$ 60,00) (IBGE, 2001), trata-se de uma situação bastante confortável.

A maioria dos alunos (80%) indicou ter um objetivo ou projeto de vida que pretende realizar. Dentre aqueles que se sentem perdidos ou sem definição de um projeto (20%), destacam-se os alunos da 3^a. série com as maiores indicações. Este sentimento talvez esteja ligado à escolha de uma profissão ou de um curso superior, mas há necessidade de maiores investigações.

A AIDS não se apresenta como uma preocupação atual dos alunos. A AIDS não aparece entre as cinco primeiras preocupações no cômputo geral de todos os alunos e entre os alunos e alunas da 3^a. série. Aparece como uma quarta preocupação entre as alunas da 1^a. série. É possível, portanto, que essa despreocupação tenha um importante papel nas representações sociais desses alunos sobre a AIDS. Também pode estar indicando que a maneira pela qual as questões sobre AIDS chegam a esses alunos não despertem neles maiores interesses e preocupações. Trata-se esta de uma questão relevante, uma vez que a não consideração da AIDS constitui por si só um importante fator de risco, comprometendo os comportamentos preventivos.

A falta de preocupação com a AIDS tende a aumentar, quando o adolescente passa da 1^a para a 3^a série. Entre os alunos da 1^a. série, a preocupação com a AIDS ocupa a 5^a posição passando para a 8^a posição entre os alunos da 3^a. série. Entre as alunas, as preocupações com a AIDS passam à 4^a posição na 1^a série para a 6^a posição na 3^a. série. Deve ser ressaltado que, entre as alunas da 3^a série, a primeira indicação de preocupação a AIDS aparece em 10^o lugar.

Essas despreocupações com a AIDS não são acompanhadas de medidas preventivas adequadas, uma vez que o uso da camisinha não se estabelece de maneira consistente e regular, observa-se um decréscimo no início da vida sexual, passando dos 15 para os 14 anos, e as considerações de que, para ter relações sexuais, basta que as pessoas se conheçam. Essas mudanças ocorrem principalmente entre as alunas que rejeitam mais o uso da camisinha e indicaram ter uma vida sexual mais ativa nos últimos 12 meses que os alunos. As mudanças comportamentais na vida sexual parecem ser mais evidentes, reais e mais desprotegidas entre as alunas. É possível que falar de sexo para as alunas possa ser mais difícil e embaraçoso para os pais, assim como os programas ou atividades de prevenção na escola pouco oferecem para que as alunas possam adquirir as habilidades necessárias para a prática do sexo seguro.

Todos os alunos apresentam fortes indicações sobre valores sociais, destacando-se a segurança, cidadania e igualdade social em detrimento da liberdade individual. Essas indicações mostram que existe sentimento e percepção do ambiente social ou macroambiente no qual estão inseridos. Também indicam que percebem a necessidade de valores sociais para a manutenção desse ambiente. Portanto, não parecem alheios ou apáticos diante das realidades sociais que os cercam, mas indicam ter um discernimento atual dessa realidade.

Todos os alunos, nas relações com seus amigos/amigas, acham-se independentes ao mesmo tempo em que apresentam, em seguida, identificação

com eles. Essa identificação aparece claramente nas atividades sociais nas quais esses adolescentes estão envolvidos como as maneiras de sair, as opções por lazer e, se bebem, onde preferem beber. Estas situações indicam a existência de um grau de independência associada à idéia de grupo, de similaridade ou de compartilhamento de idéias ou de comportamentos. Alunas declaram atribuir maior importância aos amigos/amigas que os alunos.

Essa identidade e compartilhamento com os amigos/amigas são reforçados, quando a maioria dos alunos (53%) indicou que normalmente “sai” com amigos/amigas. Sair com a família aparece em segundo lugar com 21% das indicações. O sair com a família pode depender de situações e oportunidades mais elaboradas e estruturas que nem sempre atendem as intenções e necessidades dos adolescentes. Por um lado permitem que esses adolescentes construam suas redes sociais; e, por outro, possibilita oportunidades de experiências e situações de vida.

As redes sociais, nas quais os adolescentes estão inseridos, podem constituir um importante fator protetivo, uma vez que os adolescentes estão mais envolvidos em potenciais afetivos e na busca de algum tipo de aprendizagem em suas relações com os outros, do que os adultos (Carstensen & Fredrickson, 1998).

Não existe uma tendência acentuada de lazer entre todos os alunos. As atividades de lazer indicadas com algum destaque discreto foram: ouvir música, assistir à televisão e estar com amigos. Essas três preferências também podem

ser entendidas como elementos de aproximação entre os adolescentes na estruturação de um grupo com preferências e hábitos comuns.

No convívio com seus amigos/amigas parece que assuntos mais íntimos não são normalmente discutidos ou conversados como, por exemplo, o uso da camisinha. A maioria (74%) de todos alunos indicou não saber se seu amigo/amiga usa camisinha. Essa questão parece não ser, portanto, analisada à luz de conversas e opiniões circulantes entre eles. Aqui parece configurar um clima de constrangimento, de receios ou de dúvidas na exposição de suas vidas sexuais com seus pares. Como já indicado anteriormente, as conversas sobre sexo entre os adolescentes são imersas em preconceitos, vergonhas e permanecem na superficialidade.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, a situação é bastante preocupante. De todos os alunos, 17,5% indicaram beber durante a semana, destacando-se maior consumo entre os alunos da 3^a. série. Nos fins-de-semana, as indicações são de que 45% de todos os alunos consomem bebidas alcoólicas com predomínio de consumo entre os alunos e alunas da 3^a. série. É preocupante verificar que o aumento do consumo de bebidas alcoólicas nos fins-de-semana entre as alunas de 400% entre as alunas da 1^a. série e 300% entre as alunas da 3^a. série.

As preocupações devem voltar as atenções para levar em conta o aumento do número de alunas da 1^a. série que “começam a beber socialmente” assim como a precocidade, uma vez que a preferência pelos locais de beber são os

clubes, bares e festas com amigos/amigas. O beber recebe um reforço do ambiente nos quais os adolescentes se encontram. Beber em casa é o terceiro ambiente indicado pelos alunos o que indica uma aprovação ou aceitação da família que pode ser entendido como uma liberação ou estímulo para os adolescentes.

O consumo de bebidas alcoólicas parece estar mais relacionado com a questão social ou lazer, uma vez que 14% de todos os adolescentes indicaram ter-se embriagado nos últimos três meses, com predominância dos alunos da 3^a. série (32%).

O consumo de drogas ilícitas foi indicado por 13% de todos os alunos. A maconha é droga mais consumida entre os alunos, enquanto que, para as alunas, o maior consumo é de medicamentos sem receita médica, destacando-se os emagrecedores e calmantes entre as alunas da 3^a. série e éter e solventes entre as alunas da 1^a. série. Embora a cocaína e “crack” não tenham apresentado destaque no consumo entre todos os alunos, aparece com maiores indicações entre os alunos da 1^a. série.

Parte II – Situações de risco

A valorização das relações sexuais ocorre com algumas diferenças entre os grupos de alunos, embora todos os grupos tenham indicado, predominantemente (51%), que as relações sexuais são importantes. As

variações ocorreram entre as indicações dos alunos da 1^a. e 3^a. séries, cuja tendência é de “importante” para “muito importante” e as alunas da 1^a. e 3^a. séries, com indicações entre “importante” para “pouco importante”.

Com respeito às condições para que as pessoas tenham relações sexuais, nas indicações de todos os alunos, há predomínio da condição “conheçam um ao outro” (47%), seguida da condição estejam namorando (26%). Essas duas condições somam 73% de todas as indicações. Para a condição “estejam casadas” ocorreram 18% das indicações. Diferenças das indicações ocorrem somente nessa condição com predomínio das indicações das alunas que correspondem ao dobro das indicações dos alunos. As alunas ainda valorizam um relacionamento mais assumido e comprometido socialmente.

A condição de que as pessoas “apenas se encontrem” aparece predominantemente nas indicações dos alunos. Portanto, relações sexuais entre os adolescentes, segundo suas declarações, não dependem de uma condição com compromissos sociais assumidos. As alunas ainda consideram o casamento para a manutenção de relações sexuais e desconsideram a condição “apenas se encontrem”. Aqui caberiam outras pesquisas para maiores esclarecimentos, uma vez que há necessidade de se identificar o grau de “conheçam um ao outro”, ou seja, o número de encontros para que ocorram as relações sexuais.

De todos os alunos, 31% indicaram que já tiveram relações sexuais. Os alunos da 3^a. série aparecem em primeiro lugar com 43% das indicações. A idade da primeira relação sexual está entre 14 e 15 anos para alunos e alunas da

1^a. série e de 15 a 17 anos entre as alunas da 3^a. série; e, entre os alunos da 3^a. série, entre 14 e 17 anos. Destacam-se nesses grupos as idades de 14 anos para alunos e alunas da 1^a. série, 15 anos para as alunas da 3^a. série e 16 anos para os alunos da 3^a. série. Interessante notar que os alunos tanto da 1^a. como da 3^a. série indicaram não saber com que idade tiveram a primeira relação sexual, com frequências de 37,5% e 20,7% respectivamente, enquanto que as alunas não fizeram nenhuma indicação nesse item.

Da parcela de alunos que indicaram já terem tido relações sexuais (31%), as alunas aparecem em primeiro lugar quanto à ocorrência de relações sexuais nos últimos 12 meses. Todas as alunas da 1^a. série (100%) indicaram que tiveram relações nos últimos 12 meses, seguidas das alunas da 3^a. série com 95%, enquanto que os alunos aparecem com 71% de indicações, tanto para a 1^a. série e 72% para a 3^a. série.

Essas atividades ocorreram predominantemente com um parceiro sexual. As maiores porcentagens de indicações para um parceiro foram das alunas da 1^a. e 3^a. séries. A menor porcentagem de indicação para um parceiro foi dos alunos da 3^a. série que, concomitantemente, também aparecem com as maiores porcentagens nas indicações para dois e quatro parceiros.

Esses dados permitem observar uma maior precocidade do início das relações sexuais entre as alunas e alunos de, pelo menos, um ano. Nota-se também que o sexo para as meninas parece ser um acontecimento marcante em suas vidas. O mesmo parece não ocorrer com os alunos. Outro ponto importante

é que as alunas pareceram ser mais ativas sexualmente que os alunos nos últimos 12 meses.

O uso da camisinha em todas as vezes que mantiveram relações sexuais foi indicado por 58% de todos os alunos. As alunas indicaram menor uso da camisinha em todas as vezes que mantiveram relações sexuais. A indicação de uso da camisinha “na maioria das vezes” aparece em segundo lugar. A questão do uso da camisinha, já discutida anteriormente, aparece aqui com uma maior rejeição entre as alunas.

É possível que o uso não consistente da camisinha possa estar configurando uma falsa percepção de segurança com relação à AIDS. Esse dado é confirmado, quando se associa com as repostas dada pela maioria de todos os alunos (88,6%) de que existe a possibilidade de se “pegar AIDS” com uma única relação sexual sem camisinha, porém não fazem uso dela.

Parte III – Representações Sociais e Atitudes

Nas representações sociais dos alunos sobre a AIDS, destacam-se os aspectos relacionados com as descrições da doença e informações sobre o vírus com cerca de 46% dos argumentos. Seguem-se as representações sobre a transmissão da doença com 32,5% de todos os argumentos. Esses dois aspectos, que somam 78,5% de todos os argumentos demonstram um conhecimento marcadamente biológico, medicalizado e teórico.

Os aspectos das representações referentes à prevenção não parecem consolidados nas representações dos alunos. Os argumentos apresentados não indicam uma ação preventiva distante da realidade do próprio adolescente, configurando mais como uma repetição de recomendações de ordem geral. Essa ausência nas representações dos alunos demonstram o seu baixo grau do conceito de prevenção, isto é, não se caracteriza como uma prática presente no seu cotidiano.

Na questão referente à possível identificação de um portador do HIV, 70% dos alunos apresentaram respostas coerentes, isto é, admitem a possibilidade da contaminação sem a possibilidade de identificação do portador pela sua aparência. Os alunos admitem que só é possível saber se: 1) tiver acesso ao exame; 2) se alguém falar sobre a contaminação e 3) não é possível saber.

Ainda existe permanência de crenças de que é possível identificar um portador do HIV pelos sintomas ou pela aparência da pessoa contaminada. É possível que essa crença venha a influenciar as atitudes que conduzem aos riscos, uma vez que a aparência da pessoa é considerada nos envolvimento sexuais, independentemente de sua história sexual.

As representações dos alunos sobre a transmissão da AIDS estão consolidadas em três possibilidades: sexo, sangue e seringas. A transmissão da AIDS via sexo e seringas parecem bastante cristalizadas nas representações desses alunos em, pelo menos, duas oportunidades ao longo da pesquisa. Aparecem, quando a questão é dirigida sobre “como a AIDS é transmitida” e

“quais os cuidados para não pegar AIDS”. Nessa segunda questão, os alunos não apresentam argumentos capazes de manter a categoria “sangue” no mesmo nível das categorias “sexo” e “seringas”, isto é, citam a transmissão pelo sangue, mas apresentam lacunas nas explicações do “como se dá essa transmissão”. A seringa aparece em duas situações, uma com referência direta – não compartilhar e usar seringas descartáveis, e a outra com referência indireta – não usar drogas injetáveis.

Nas representações sobre a transmissão, ainda aparecem elementos de crenças sobre a transmissão via objetos como alicatinhos e instrumentos pontiagudos, entre outros. Os estudos epidemiológicos e clínicos fornecem evidências de que o HIV, dada sua baixa capacidade infectante e de contágio, não é transmitido nas atividades rotineiras em casa, em escritórios, em restaurantes, pelos equipamentos médicos ou contatos não sexuais. Mesmo nas atividades entre trabalhadores da área médica que estão expostos ou com a pele ou com instrumentos pontiagudos em contato com sangue de pacientes com AIDS os riscos de contaminação mantêm-se excepcionalmente baixos (Batchelor, 1988; Segurado & Oliveira, 1996; Guastini, Brussi & Araújo Filho, 1996).

Nas representações dos alunos sobre a transmissão do HIV, também aparecem algumas referências bastantes vagas e inconsistentes como a categoria “ter cuidado”.

Essas representações sobre a transmissão apresentam distorções que poderiam ser corrigidas em programas de prevenção. Não existe um erro em admitir a transmissão pela via sangue e seringas, o problema da distorção está na intensidade atribuída a essas duas vias, quando comparadas com a via sexual, ou seja, aparecem com as mesmas probabilidades.

As representações sociais de professores sobre a transmissão da AIDS entre os adolescentes também apresentaram as mesmas indicações – sexo, sangue e seringas. Os professores também associam a questão da seringa ao uso de drogas (Wuo, 1998).

É possível observar que as representações, tanto dos professores como dos alunos, sobre a transmissão parecem ser construídas sobre as mesmas bases contextuais.

Nas representações sobre os “cuidados para não pegar AIDS”, o uso da camisinha aparece em primeiro lugar, com quase 44% dos argumentos. Poder-se-ia considerar que o uso da camisinha não é totalmente admitido pelos alunos em suas representações. Isto significa que 56% dos demais argumentos apresentados distribuem-se em “outras crenças”, como, por exemplo, “escolher parceiros”. Na opinião do Autor, trata-se de um desconhecimento prático da prevenção, dada à inconsistência dos argumentos e as situações bastante distantes e irreais do mundo do adolescente, como por exemplo, a contaminação com sangue nos hospitais, entre outras crenças ou distorções.

Também aparecem incoerências, quando a maioria dos alunos (89%) respondeu que é possível adquirir AIDS em uma relação sexual sem camisinha, partindo-se de uma questão direta – “é possível adquirir AIDS em uma única relação sexual sem camisinha?”.

Usar camisinha para se evitar a contaminação é uma ação próxima e possível para os adolescentes. Embora admitindo essa possibilidade de ação, parece não ser utilizada numa situação ampla, isto é, quando se parte de uma pergunta mais geral – “quais os cuidados para não se pegar AIDS?”. Essa incoerência poderia estar indicando uma insegurança nos adolescentes quanto aos procedimentos preventivos, ao mesmo tempo em que as suas representações sobre como evitar a AIDS estão sob fortes influências dos contextos que ainda insistem em colocar a transmissibilidade pelas drogas e sangue no mesmo patamar que a via sexual.

As representações sobre a prevenção também não aparecem consolidadas na questão “Mas afinal, quem está sujeito a “pegar” AIDS?”. As indicações são bastante confusas, vagas, imprecisas e sem definições. É interessante notar que no conjunto de argumentos representativos o “compartilhar seringas e objetos” sobrepõe-se às indicações do “não uso da camisinha”. Também há atribuições ao “acaso” ou simplesmente a quem “não se previne”.

Um aspecto bastante positivo sobre as representações sociais da transmissão da AIDS é a existência de argumentos sobre “comportamentos”,

embora incipientes e com pouca precisão, consistem em indicações nas quais os adolescentes possam admitir alguma ação volitiva.

Como já discutido quando da apresentação dos resultados, o não uso da camisinha entre adolescentes se constitui um ponto chave na prevenção. Na percepção dos adolescentes, qual seria o principal motivo para não se usar a camisinha? Os alunos indicaram sete motivos que foram divididos em dois grupos: o “não gostar e não ter” e o “atitude”. Essa divisão é meramente ilustrativa, como já discutido, uma vez que o “não gostar e não ter” poderia ser *teoricamente* resolvido, porque apresentam situações definidas. O segundo grupo “atitude” apresenta situações mais complexas que demandariam investimentos de ações preventivas mais elaboradas. Nesse grupo, estão os motivos ou razões *não acham necessário, nem pensam na camisinha, já se conhecem, confiam um no outro, um dos parceiros não concorda e usam outro método*, que somam cerca de 57% das indicações de todos os alunos e que envolvem elementos de crenças e influências de pares.

Os alunos não indicaram ter preconceitos com relação à AIDS em situações comuns do cotidiano. Nessas condições, os alunos parecem não admitir a AIDS como uma doença exótica que assusta e ameaça o que poderia se constituir elemento facilitador para programas de prevenção. Por outro lado, segundo Araújo (1992), os preconceitos podem se constituir em barreiras na prevenção, uma vez que, estão associados aos pensamentos mágicos ou crenças

das pessoas que, na maioria das vezes, não são superados pelos argumentos da razão.

A maioria dos alunos apresentou atitudes positivas com relação à camisinha, embora apareçam diferenças entre os quatro grupos de alunos. Os alunos da 3^a. série apresentaram maiores atitudes positivas com relação à camisinha, talvez porque estejam mais sensíveis às recomendações e/ou informações.

Ao mesmo tempo em que esses alunos indicam atitudes mais positivas com relação à camisinha, também admitem que concordariam em ter relações sexuais sem camisinha, quando solicitado, assim como não indicaram o uso consistente de camisinha nos últimos 12 meses (Figura 19).

As alunas, tanto da 1^a. como da 3^a. séries, indicaram menores atitudes positivas com relação à camisinha, quando comparadas com os alunos, assim como indicaram menos uso da camisinha nas relações sexuais nos últimos 12 meses, mas a maioria dessas alunas não concordariam em ter relações sexuais sem camisinha, quando solicitado.

As duas situações acima mostram atitudes e comportamentos dos alunos e das alunas bastante diversos e contraditórios, que mereceriam estudos mais aprofundados. É possível que os programas e/ou atividades de prevenção à AIDS desenvolvidas nas escolas não tenham sido suficientes para conduzir os alunos e alunas a mudanças efetivas de seus comportamentos.

Também devem ser consideradas as percepções dos adolescentes sobre as atitudes dos pais com relação a camisinha. As indicações para usar a camisinha são mais percebidas pelos alunos, enquanto que, entre as alunas, as indicações são de que os pais já falaram sobre o assunto. Essas diferenças de ênfase – *usar* e *falar* – podem estar influenciando as atitudes das alunas quanto ao uso ou aceitação da camisinha.

Representações Sociais sobre Programas de Prevenção à AIDS na escola

A maioria absoluta dos alunos já ouviu falar, com frequência, mais sobre AIDS (92,3%) do que sobre DSTs (88%). Portanto o tema AIDS está no cotidiano desses alunos. Destacam-se cinco principais fontes de informações: a escola, seguida de programas de TV, jornais e revistas, livros especializados e os pais. Essas fontes de informação aparecem nessa ordem sem diferenças significativas.

Menos da metade dos alunos da 3^a. série indicou a existência de atividades e/ou programas de prevenção à AIDS em suas escolas. É possível inferir que as escolas não dispõem de um mecanismo estruturado para veicular informações sobre AIDS associadas a intervenções preventivas.

As indicações dos alunos da 1^a. série a esse respeito ficaram prejudicadas, uma vez que mais da metade desses alunos indicaram não saber da existência atividades e/ou programas de prevenção na escola. É possível que esses alunos

estivessem se referindo à unidade escolar do CEETEPS na qual acabaram de ingressar, e não às suas escolas de origem nas quais concluíram Ensino Fundamental.

Segundo as declarações de todos os alunos, as atividades de prevenção à AIDS na escola são eventos predominantemente esporádicos, do tipo palestras proferidas por profissionais da área médica. A ocorrência de atividades em sala-de-aula, com regularidade e ministradas por professores da escola foi indicada por cerca de 26% dos alunos.

Esta situação parece indicar falta de um planejamento específico e compromisso educacional para com as questões de prevenção à AIDS. As declarações dos alunos sobre o tipo e a frequência das atividades confirmam aqueles obtidos por Guzzo & Wuo (2001) em pesquisa entre Diretores e Professores do CEETEPS.

Visivelmente a construção dos conhecimentos sobre a AIDS está centrada nos aspectos médico-biológicos, à memorização e com poucas possibilidades de contextualizações e envolvimento dos alunos. Palestras proferidas a um grande número de alunos acabam por inibir a possível participação desses alunos, devido à excessiva exposição que são colocados quando, por exemplo, fazem alguma pergunta sobre sexo ou sobre alguma dúvida de experiências pessoais vividas. Pode-se afirmar que, numa situação de palestra, seria quase impossível, para os alunos, expor suas dúvidas, obter respostas específicas sobre uma dada circunstância ou momento que estão vivendo ou ainda discutir as suas próprias

crenças sobre algum aspecto da AIDS ou de seus relacionamentos íntimos. Essa inibição pode ser causada pela presença dos pares ou mesmo pela presença de professores.

A maioria dos alunos indicou serem as atividades positivas e educativas, mas não sabem explicar exatamente o que aprenderam nessas atividades, decorrendo, daí, as generalizações sobre suas impressões. Apenas 7,4% dos alunos fizeram referências à prevenção, porém de maneira imprecisa. Pode-se inferir, portanto, que a falta de elementos ou argumentos preventivos nos discursos e nas atitudes dos alunos pode ser, em parte, decorrente da quase ausência do tratamento dessa questão nas atividades realizadas nas escolas.

Os alunos e alunas da 3^a. série manifestaram maiores insatisfações com as atividades de prevenção à AIDS desenvolvidas na escola (25,6%) que os alunos da 1^a. série (9,8%). Esta diferença é bastante indicativa das maiores necessidades dos alunos da 3^a. série e, possivelmente, das maiores dúvidas que surgem no decorrer de suas vivências e experiências sexuais.

Algumas das indicações sobre as insatisfações sobre as atividades de prevenção são apresentadas no item “como gostariam que fossem as atividades?”. Nas manifestações dos alunos, aparecem as questões sobre a frequência e a maneira de realização das atividades. A maioria de todos os alunos, sem diferenças de série e sexo, indicou que as atividades deveriam ocorrer sempre e de maneira interativa. Como já indicado anteriormente, não se espera que os alunos explicitem tecnicamente o método a ser utilizado nas

atividades, mas os argumentos por eles apresentados, indicando que as atividades devam ser *interativas e contextualizadas*, confirmam as insatisfações e indicam que está faltando algo. Esta falta pode ser a capacidade de reconhecer uma possível situação de risco, as habilidades de lidar com essas situações e a possibilidade de tratar os assuntos relacionados à AIDS de maneira mais próxima de suas necessidades reais.

A *prevenção* passa a ocupar uma posição de maior destaque nas necessidades dos alunos, uma vez que aparece como um dos temas requeridos pelos alunos nas atividades sem diferença significativa, quando comparado com HIV/AIDS, DSTs, doença, sexo e drogas.

O Programa de Prevenção à AIDS proposto por Guzzo & Rosado (1998) “É preciso falar”, configurou-se como uma busca da contextualização e construção de um espaço no qual se pudesse refletir a realidade, as dúvidas, os valores dos adolescentes, trazendo o tema da AIDS para que o adolescente pudesse identificar as situações de risco e agir.

Os dados desta pesquisa indicam que, embora os adolescentes apresentem conhecimentos bastante satisfatórios sobre os aspectos médicos-biológicos da AIDS, formas de transmissão e contágio, apresentam também dificuldades em relacionar ou articular esses conhecimentos com suas próprias atitudes e comportamentos preventivos.

Os adolescentes reconhecem e descrevem as situações de risco e indicam o que seria necessário para “não pegar AIDS”, porém o agir preventivamente, o

incorporar o discurso como prática de vida, segundo suas declarações não parecem condizentes com os discursos.

Não parece que os adolescentes aqui estudados tenham outras possibilidades de construir suas Representações Sociais sobre AIDS senão aquelas com ênfase nos aspectos médicos e biológicos, uma vez que esses aspectos, segundo as indicações e percepções dos adolescentes e nas pesquisas anteriores do Autor, são eleitos e apresentados como programas e/ou atividades de prevenção nas escolas.

A falta de indicações de elementos que possam caracterizar as Representações Sociais dos adolescentes sobre prevenção, atitudes preventivas ou fatores protetivos, não parece ser uma negligência ou descaso desses adolescentes frente a AIDS. É, na opinião do Autor, uma indicação muito clara da reprodução das Representações Sociais sobre AIDS e Programas de Prevenção à AIDS de Professores e Diretores de Escolas que são mantidas pelas atividades desenvolvidas nas escolas.

Embora as escolas tenham concentrado esforços no sentido de atuar preventivamente, não parece que tenham tido sucesso em sua tarefa pelos resultados aqui mostrados.

A precocidade na iniciação sexual, o uso crescente e até assustador de bebidas alcoólicas, a admissão de que para ter relações sexuais, basta que as pessoas se conheçam, a falta de preocupações com a AIDS, a falta de conversa sobre sexo entre os adolescentes, a inconsistência no uso da camisinha refletem

o estado de abandono em que se encontra o adolescente. Indicam também a realidade de vida do adolescente desacompanhada de ações políticas e institucionais preventivas nas escolas.

As distorções dos conhecimentos dos alunos sobre a AIDS podem ser corrigidas utilizando-se de recursos como palestras ou atividades esporádicas, porém as mudanças mais profundas em seus comportamentos, a desconstrução de crenças, as mudanças de hábitos sexuais já estabelecidos exigem programas especialmente planejados e adaptados para situações e condições peculiares desses adolescentes.

Conhecer as Representações Sociais dos adolescentes, seus contextos, suas atitudes constituem alguns dos elementos fundamentais para desencadear as ações preventivas para a construção dos fatores protetivos.

Esta pesquisa buscou “ouvir” e interpretar os discursos dos adolescentes para que se possa, em conjunto com outros estudos, construir e disponibilizar conhecimentos visando ao sucesso dos programas de prevenção à AIDS nas escolas, assim como servir de orientações para consolidar políticas e estratégias de prevenção contínuas e sistemáticas nas escolas.

Referências

- ABIA (1993). A Aids e a Escola: nem indiferença nem discriminação. (2^a. ed.). RJ.
- Abric, J.C. (1997). Les représentations sociales: aspects théoriques. In: Abric, J. C.. Pratiques sociales e représentations. Presses Universitaires de France. Paris.
- Abric, J.C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira, A. S. P. & Oliveira, D. C. de .Estudos interdisciplinares de representação social. Cultura e Qualidade. Goiânia.
- Ajzen (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Process, 50 – 179-211.
- Albarracín, D.; Ho, R.M.; McNatt, P.S.; Williams, W. R.; Rhodes, F.; Malotte, C. K.; Hoxworth, T.; Bolan, G. A.; Zenilman, J. & Iatesta, M. (2000). Structure of outcome beliefs in condom use. Health Psychology, 19 (5), 458-468.
- Alberti, S. (1996). Esse sujeito adolescente. Relume Dumará, RJ
- Almeida, C. C. L. de (2002). Risco e saúde reprodutiva: a percepção dos homens de camadas populares. Cad. Saúde Pública, 18 (3), 797-805.
- Anteghini, M.; Fonseca, H.; Ireland, M. & Blum, R. W. (2001). Health risk behavior and associated risk and protective factors among brazilian adolescent in Santos, Brazil. Journal of Adolescent Health, 28 (4), 295-302.
- Antunes, M. C. (1999). Influências das normas de gênero na prevenção da AIDS: avaliando um modelo educativo para jovem. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, USP.
- Antunes, M.C.; Stall, R.D.; Paiva, V.; Peres, C.A. ; Paul, J.; Hudes, M. & Hearst, N. (1997). Evaluating an AIDS sexual risk reduction program for young adults in public night schools in São Paulo, Brazil. AIDS 11(1) Supl: S121-27.

- 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.
- Araújo, L. B. & Gomes, W. B. (1998). Adolescência e as expectativas em relação aos efeitos do álcool. Psicol. Reflex. Crit, 11 (1), 5-33.
- Araújo, N. J. S. M. de (1992). A AIDS e o preconceito. Dissertação de Mestrado. PUCSP.
- Arce, C. G. (1999). Sexualidad en adolescentes: apuntes para una discusión. Adol Sal, 1 (2).
- Arènes, J.; Janvrin, M.P. & Baudir, F. (1998). Baromètre santé – jeunes 97/98. Éditions CFES, France.
- Ayres, M; Ayres Jr., M; Ayres, D. L. & Santos, A. S. dos (2000). BioEstat 2.0. Sociedade Civil Mamirauá. CNPq. Brasília, DF.
- Baldivieso, L. E. & Perotto, P.C. (1996). Prevención y proyecto de vida. In: Madaleno, M.; Munist, M.M.; Serrano, C. V.; Silber, T. J.; Ojeda, E. N. S. & Yunes, J. (1995). La salud del adolescente y del joven. OPAS, OMS, Wasgington, DC.
- Bardin, (1978). Análise de conteúdo. Lisboa. Edições Setenta.
- Barros, R.; Coscarelli, P.; Coutinho, M. de F. G. & Fonseca, A. F. (2002). O uso do tempo livre por adolescentes em uma comunidade metropolitana no Brasil. Adolesc. Latinoam., 3 (2),p0-0, ISSN 1414-7130.
- Batchelor, W. F. (1988). AIDS 1988 – the science and the limits of science. American Psychologist, 43 (11), 853-858.

- Bhave, G.; Lindan, C.P.; H. E.S.; Desai, S.;Wagle, U.;Tripathi, S. P. & Mandel, J.S. (1995). Impact of an intervention on HIV, sexually transmitted diseases, and condom use among Sex workers in Bombay, India. AIDS 9(1) Suppl.S21-30.
- Blum, R.; McNeely, C.& Nonnemaker, J. (2002). Vulnerability, risk, and protection. Journal of Adolescent Health, 31S, 28-39.
- Branco, C.A.C.; Santos, E. M. dos & Monteiro, S.S. (orgs.)(1996). AIDS e Educação: um convite à prevenção. ABIA, RJ.
- Brauer, M.; Wasel, W. & Niedenthal, P. (2000). Implicit and explicit components of prejudice. Review of General Psychology, 4 (1), 70-101.
- Brown, T. (2000). AIDS, risc and social governance. Social Science & Medicine, 50, 1273-1284.
- Bruin, , W. B. de, & Fischhoff, B. (2000). The effect of question format on measured HIV/Aids knowledge: detention center teens, High School students, and adults. AIDS Education and Prevention, 12 (3), 187-198.
- 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.
- Cáceres, C.F.; Rosasco A. M.; Mandel, J.S. & Hearst, N. (1994). Evaluating a school-based intervention for STD/AIDS prevention in Peru. J Adolesc Health, 15(7):582-91.

- Camargo Jr., K. R. de (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 Huctitec.
- Camargo Jr., K. R. de (1999). Políticas públicas e prevenção em HIV/AIDS. In: Parker, R.; Galvão, J. & Bessa, M. S.. Saúde, desenvolvimento e política – resposta frente à Aids no Brasil. ABIA, Editora 34, RJ.
- Camargo, B. V.; Botelho, L. J. & Souza, E. da S. B. (2001). AIDS, sexualidade e atitudes sobre a proteção contra o HIV – um estudo descritivo com adolescentes do nível médio da rede de ensino (Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú). Relatório de Pesquisa. UFSC, SC.
- Canin, L., Dolcini, M. M. & Adler, N. E. (1999). Barriers to and facilitators of HIV – STD behavior change intrapersonal and relationship-based factors. Review General Psychology, 3 (4), 338-371.
- Carlini-Cotrim, B.; Gazal-Carvalho, C, & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública, 34 (6), 636-645.
- Carstensen, L. L. & Fredrickson, B. L. (1998). Influence of HIV status and age on cognitive representations of others. Health Psychology, 17 (6), 494-503.
- Carvalho, R. de O . (1998). AIDS e a escola: proposta interdisciplinar e institucional de prevenção. Rev. Bras. Enfermagem, 51(2), 245:52.
- Cassano, C., Frias, L.A.de M. & Valente, J. G. (2000). Classificação por ocupação dos casos de AIDS no Brasil – 1995. Cad. de Saúde Pública, 16(Sup1), 53-64.
- Castilla, J; Barrio, G.; Belza, M. J. & Fuente, L. de la (1999). Drug and alcohol consumption and sexual risk behavior among young adults: results a national survey. Drug and Alcohol Dependence, 56, 47-53.

- CDC - Center For Disease Control And Prevention. (1996). Morbidity and Mortality Weekly Report, 45(35), 760-767.
- CEBRAP, MS (2000). Projeto “Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS”. SP
- Cerwonka, E. R. , Isbell, T. R. & Hansen, C. E. (2000). Psychosocial factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults. AIDS Education and Prevention, 12 (2), 141-153.
- 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.
- Contandriopoulos, A-P. (1998). Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? Cad. Saúde Pública, 14 (1), 199-204.
- Costa, F. T. da; Teixeira, M. A. P. & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. Psicol. Reflex. Crit., 13 (3), 465-473.
- Crandall, C. S.; Eschleman, A. & O'Brien, L. (2002). Social norms and the expression and suppression of prejudice the struggle for internalization. Jounal of Personality and Social Psychology, 82 (3), 359-378.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context and integrative model. Psychological Bulltin, 113 (3), 487-496.
- Delor, F. & Hubert, M. (2000). Revisiting th econcept of “vulnerability”. Social Science & Medicine, 50, 1557-1570.
- Dhalia, C.; Barreira, D. & Castilho, E. A. (2000). A Aids no Brasil: situação atual e tendências.CN-DST/AIDS,SPS-MS. <http://www.aids.gov.br/udtv/boletim>

- Dias, A. C. G. & Gomes, W. B. (2000). Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. Psicol. Reflex. Crit., 13 (1), 109-125.
- Doise, W. (1997). Attitudes et représentations sociales. In: Jodelet, D.. Les représentations sociales. Presses Universitaires de France. Paris.
- Eagly, A. H. (1992). Uneven progress social psychology and study of attitudes. Journal of Personality and Social Psychology, 63 (5), 693-710.
- Fernandes, A.M. dos S., Antonio, D. de G., Bahamondes, L.G. & Cupertino, C.V. (2000). Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação à doenças de transmissão sexual. Cad. de Saúde Pública, 16(Sup1), 103-112.
- Ferreira, E. (1996). A parceria Institucional entre “Save the Children e ABIA” no projeto Viva a Vida. In: Branco, C.A.C.; Santos, E. M. dos; Monteiro, S.S. (orgs.). AIDS e Educação: um convite à prevenção. ABIA, RJ.
- Fishbein, M.; Middlestadt, S. E. & Hitchcock, P. J. (1994). Using information to change sexually transmitted disease – related behaviors. In: DiClemente, R. J. & Peterson, J. L. Preventing AIDS – Theories and Methods of Behavioral Interventions. Plenum Press, NY.
- Fonseca, M.G., Szwarcwald, C.L., Derrico, M., Andrade, C.L.T. de, Veras, C.T. & Bastos, F.I. (2000). AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cad. de Saúde Pública, 16(Sup1), 77-88.
- Galduróz, J.C.F.; Noto, A. R. & Carlini, E. A. (1997). IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º. e 2º. graus em 10 capitais brasileiras – 1997. USP, UNIFESP, CEBRID, SP.

- García, C.R. (1998). Universidade y drogas. Ediciones Gráficas Delos S.L., Madrid.
- Gaskell, G. (2001). Attitudes, social representations, and beyond. In: Deaux, K. & Philogène, G. Representations of the Social. – Bridging Theoretical Traditions. Blackwell Publishers, Oxford, UK.
- Germano, M.I.S. (1998). Ações de promoção da saúde relacionadas à prevenção da AIDS em unidades do Sistema Estadual de Ensino de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, USP.
- Gerrard, M.; Gibbons, F. X.; Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. Psychological Bulletin, 119 (3), 390-409.
- Gibbons, F. X & Gerrard, M (1995). Predicting young adult's health risk behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 69 (3), 505-517.
- Goldman, J. A & Harolw, L. L. (1993). Self-perception variables that mediate AIDS-preventive behavior in college students. Health Psychology, 12 (6), 489-498.
- Goode, W. J. & Hatt, P. (1979). Métodos em pesquisa social. Trad. Carolina M. Bori. 7^a ed. Cia. Ed. Nacional, SP.
- Governo do Estado de São Paulo (2.000). Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo – Relatório da oficina para análise de situação e de resposta – planejamento estratégico. <http://www.aids.gov.br/planejamento>.
- Greenwald, A G. (1989). Why are attitudes important?. In: Pratkanis, A. R.; Breckler, S. J. & Greenwald, A. G. Attitude structure and function. Hillsdale, Erlbaum, NJ.

- Guastini, G.; Brussi, M. L. P. & Araújo Filho, O. F. de (1996). Prevenção e Controle. In: Lima, A. L. M.; Kiffer, C. R.; Uip, D.; Oliveira, M. S. & Leite, O. M. Perguntas e respostas HIV/AIDS. Atheneu. SP.
- Guimarães, M.D.C., 2000. Estudo temporal das doenças associadas à AIDS no Brasil, 1980-1999. Cad. de Saúde Pública, 16(Sup1), 21-36.
- Guo, J.; Chung, I.; Hill, K.G.; Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; & Abbott, R.D. (2002). Developmental relationship between adolescent substance use and risky sexual behavior in young adulthood. Journal of Adolescent Health, 31 (4), 354-362.
- Guzzo, R. S. L. & Rosado, E. M. da S. (1998). É preciso falar – Programa de Prevenção à AIDS na Escola. CEETEPS, SP.
- Guzzo, R. S. L. (1999). Construindo as bases para prevenção primária no Brasil. Projeto Integrado de Pesquisa. PUCCAMP.
- Guzzo, R. L. de S. & Wuo, M. (2000). Atividades de prevenção à AIDS na Escola: visão de Diretores e Professores. I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. UNESCO, UNAIDS, OPAS-OMS, Ministério da Saúde. RJ.
- Guzzo, R. L. de S., Wuo, M. (2001). A escola e a prevenção à Aids: como professores e Diretores avaliam os programas? Simpósio AIDS e Prevenção – XXX Reunião Anual de Psicologia, 26 a 29 de outubro de 2.000, DF.
- Hearst, N. & Mandel, J. (1997). A research agenda for AIDS prevention in the developing world. AIDS, 11(1), S1-S4.
- 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. Rev. de Saúde Pública, 31 (4), 351-359.

- Huba, G. J.;Melchior, L.A.;Greenberg, B.;Trevithick, L.;Feudo, R.; Tierney, S.;Sturtevant, M.;Hodgins, A.;Remafedi, G.;Woods, E. R.;Wallace, M.;Schneir, A.;Kawata, A.K.;Brady, R.E.;Singer, B.;Marconi, K.;Wright, E.; & Panter, A.T. (2000). Predicting substance abuse among youth with, or at high risk for, HIV. Psychology of Addictive Behaviors, 14 (2), 197-205.
- Huerta,G.C.(1996).Implementing Aids Education: polices and practices. Education Policy Analysis Archives, 4(13). <http://olam.ed.asu.edu/epaa/s4n13.html>.
- IBGE, (2001). Brasil em Síntese - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2001. http://www1.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/.
- Jackson, C. (2002). Perceived legitimacy of parental authority and tobacco and alcohol use during early adolescence. Journal of Adolescent Health, 31 (4), 425-432.
- Jackson, S. & Hafemeister, T.L. (2001). Impact of parental consent and notification policies on the decisions of adolescents to be tested for HIV. Journal of Adolescent Health, 29 (2), 81-93.
- Jaworski, B. C. & Carey, M. P. (2001). Effects of a brief, theory-based STD-prevention program for female college students. Journal of Adolescent Health, 20(6), 417-425.
- Kelly, M. J. (2000). The Encouter between HIV/AIDS and education. UNAIDS. <http://www.unaids.org>.
- Kennedy, M. G. , Mizuno, Y., Hoffman, R. , Baume, C. & Strand J. (2000). The effect of tailoring a model HIV prevention program for local adolescent target audiences. AIDS Education and Prevention, 12 (3), 225-238.

- King, R.; Estey, J.; Allen, S.; Kegeles, S.; Wolf, W.; Valentine, C. & Serufilira, A. (1995). A family planning intervention to reduce vertical transmission of HIV in Rwanda. AIDS 9(1) Suppl. S45-51.
- Klein, J.; Rossbach, C.; Nijher, H.; Geist, M.; Wilson, K.; Cohn, S.; Siegel, D. & Weitzman, M. (2001). Where do adolescents get their condoms? Journal of Adolescent Health, 29 (3), 186-193.
- Kulbok, P. A. & Cox, C. L. (2002). Dimensions of adolescent health behavior. Journal health Risk Behavior, 31 (5), 394-400.
- Lahlou, S. (2001). Functional Aspects of Social Representation. In: Deaux, K. & Philogène, G. Representations of the Social. – Bridging Theoretical Traditions. Blackwell Publishers, Oxford, UK.
- Lear, D. (1995). Sexual communication in the age of Aids: the construction of risk and trust among young adults. Soc. Sci. Med., 41 (9), 1311-1323.
- Lee, Y-T.(1996). Difference, not prejudice, engenders intergroup tension. American Psychologist, 51 (3), 267-268.
- Levy, S.R.; Perhats, C.; Weeks, K.; Handler, A. S.; Zhu, C. & Flay, B.R. (1995). Impact of a school-based prevention program on risk and protective behavior for newly sexually active students. J Sch Health, 65(4):145-51.
- Lyra, J.; Medrado, B.; Nascimento, P.; Galindo, D.; Moraes, M. & Pedrosa, C. (2002).“A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete”.Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos.Cadernos CEDES, 22 (57),9-21.
- McNeely,C.;Shew,M. L.;Beuhring,T.;Sieving, R.;Miller,B.C. & Blum,R.WM. (2002). Mother’s influence on the timing of first sex among 14- and 15 – year-olds. Journal of Adolescent Health, 31 (3), 256-265.

- MacPhail, C. & Campbell, C. (2001). 'I think condoms are good but, aai, I hate those things': condom use among adolescents and young people in a Southern African township. Social Science & Medicine, *52*, 1613-1627.
- Mann, J. (1994). Foreword. In: DiClemente, R.J. & Peterson, J.L. Preventing AIDS – Theories and Methods of Behavioral Interventions. Plenum Press, NY.
- Mann, J., Tarantola, D. J. M. , & Netter, T.W. (1993). A Aids no Mundo. RJ, Relume-Diumará, ABIA, IMS, UERJ.
- Manzanera, R. & Martin, L. T. Y (2002). Música y drogas en la movida del fin de semana. Adolesc. Latinoam., *3* (1), p0-0, ISSN 1414-7130.
- Marques, A. C. P. R. & Cruz, M. S. (1999). O adolescente e o uso de drogas. Rev. Brás. Psiquiatr., *22*(S2), 32-36.
- Medway, F. J. & Cafferty, T. P. (1990). Contributions of social psychology to school psychology. In: Gutkin, T. B. & Reybolds, C. R.. The handbook of school psychology. John Wiley & Sons. NY
- Merati, T.P.; Ekstrand, M.L.; Hudes, E.S.; Suarmiarta, E, & Mandel, J. (1997). Traditional Balinese youth groups as a venue for prevention of AIDS and other sexually transmitted diseases. AIDS *11*(1)Supl.: S111-10.
- Merikangas, K.R., Rousanville, B. J. & Prusoff, B. A. (1996). Familial factors in vulnerability to substance abuse. In: Glantz, M. & Pickens, R. Vulnerability to drug abuse. American Psychological Association, Washington, DC
- Mezzich, A. C.; Tarter, R. E.; Giancola, P. R.; Lu, S.; Kerisci, L. & Parks, S. (1997). Substance use and risky sexual behavior in female adolescents. Drug and Alcohol Dependence, *44*, 157-166.

- Miller, L. & Cur, M. (2002). Religiousness and sexual responsibility in adolescent girls. Journal of Adolescent Health, 31 (3), 256-265.
- Millstein, S. G. & Halpern-Felsher, B. (2002). Perceptions of Risk and Vulnerability. Journal of Adolescent Health, 31S, 10-27.
- 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 (1997). Criança, adolescente e adulto jovem. Documento de referência para trabalho de prevenção das DST, Aids e Drogas. Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- Ministério da Saúde (2000). Relatório do I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. Rio de Janeiro, 6 a 11 de novembro de 2.000.
- Ministério da Saúde (2001). Agenda de compromisso – articulação política para a Promoção das DST/Aids e Uso Indevido de Drogas entre Crianças, Adolescentes e Jovens. <http://www.aids.gov.br/prevencao/agenda.htm>.
- Misovich, S. J.; Fischer, J. D. & Fischer, W. A. (1997). Close relationship and elevate HIV risk behavior evidence and possible underlying psychological process. Review of General Psychology, 1 (1), 72-107.
- Monteiro, S.S. (1995). A AIDS no contexto escolar, análise de um programa de prevenção. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Morin, M. (1994). Entre représentations et pratiques: le sida, la prevention et les jeunes. In: Abric, J. C.. Pratiques sociales e représentations. Presses Universitaires de France. Paris.

- Moscovici, S. (1978). A Representação Social da Psicanálise. Trad. Álvaro Cabral. RJ, Zahar Editores.
- Moscovici, S. (2001). Social Representations – Explorations in Social Psychology. New York University Press, NY.
- Mounts, N. S. (2002). Parental management of adolescent peer relationship in context: the role of parenting style. Journal of Family Psychology, 16 (1), 58-69.
- Muza, G. M. & Costa, M. P. (2002). Elementos para a elaboração de projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. Cad. Saúde Pública, 18 (1), 321-328.
- Navarro, P.& Díaz, C. (1995). Análisis de Contenido. In: Delgado, J.M.; Gutiérrez, J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Editorial Sintesis, Macrid.
- Newman, P. A. , & Zimmerman, M. A. (2000). Gender differences in HIV-related sexual risk behavior among urban african american youth: a multivariate approach. AIDS Education and Prevention, 12 (4), 308-325.
- O'Hara, P.; Messick, B.J.; Fichtner, R.R. & Parris, D. (1996). A peer-led AIDS prevention program for students in na alternative school. J Sch Health, 66(5):176-82.
- Oliveira, E. A. de; Marin, A. H.; Pires, F. B.; Frizzo, G. B.; Ravanello, T. & Rossato, C. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. Psicol. Reflex. Crit., 15 (1), 1-11.

- OMS - Organizacion Mundial de la Salud (1992). La educación sanitaria escolar en la prevención del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual. OMS, Ginebra, Suiza.
- OMS - Organizacion Mundial de la Salud (1999). Programación para la salud y del desarrollo de los adolescentes. OMS, FNUAP, UNICEF, Ginebra, Suiza.
- OPS – Organizacion Panamericana de la Salud (2000). Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. OPS, Buenos Ayres, Argentina.
- Paicheler, G. (1999). General population and HIV prevention: from risk to action. Cad. de Saúde Pública, 15(Sup2), 93-105.
- Paikoff, R. L. & Brooks-Gunn, J. (1991). Do parent-child relationships change during puberty? Psychological Bulletin, 110 (1), 47-66.
- Paiva, V., Peres, C. & Blesa, C. (2002). Jovens e adolescentes em tempos de AIDS reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. Psicol. USP, 13 (1), 55-78.
- Parker, R. & Camargo Jr., K.R. de (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad. de Saúde Pública, 16(Sup1), 89-102.
- Paulilo, M. A. S. (1999). AIDS os sentidos do risco. Veras Editora, SP.
- Pinto, T. & Telles, I. da S. (Orgs.) (2000). Aids e escola – reflexões e propostas do EDUCAIDS. Cortez Editora, Unicef, SP.
- Pintz, C. (2002). Issues in providing health maintenance to adolescents. Topics in Advanced Practice Nursing e Journal, 2 (2). <http://www.medscape.com/viewarticle/430530>.

- Robertson, A. , & Levin, M. L. (1999). Aids knowledge, condom attitudes, and risk-taking sexual behavior of substance-abusing juvenile offenders on probation or parole. AIDS Education and Prevention, 11 (5), 450-461.
- Rodrigues, E.H.G.& Abath, F.G.C. (2000). Doenças sexualmente transmitidas em pacientes infectados com HIV/Aids no Estado de Pernambuco, Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 33(1), 47-52.
- Rojas, D. S. (1996). Adolescencia, cultura y salud. In: Madaleno, M.; Munist, M.M.; Serrano, C. V.; Silber, T. J.; Ojeda, E. N. S. & Yunes, J. (1995). La salud del adolescente y del joven. OPAS, OMS, Wasgington, DC.
- Rosengard, C.; Adler, N. E.;Gurvey, J. E.;Dunlop, M.B.V.;Tschann, J.M.;Millstein, S.G. & Ellen, J. M..(2001). Protective role of health values in adolescents' future intentions to use condoms. Journal of Adolescent Health, 29 (3), 200-207.
- Roso, A. (2000). Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepção das propagandas de prevenção da AIDS. Cad. Saúde Pública, 16 (2), 385-397.
- 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.
- Sá, C.P. (1998). A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais. EdUERJ, RJ.
- Sandrin-Berthon, B. ; Lestage, A. ; Baudier, F. & Monnot, A.(1994). Guide Pédagogique à l'usage des profissionnels – santé-education pour le santé en milieu scolaire. Comité Français D'Education pour la Santé. Ministère de L 'Education Nationale, France.

- Santo, A. H., Pinheiro, C. E. & Jordani, M. S. (2000). Causas básicas e associadas de morte por Aids, Estado de São Paulo, Brasil, 1998. Rev Saúde Pública, 34 (6), 581:588.
- Santos, V. L. dos & Santos, C. E, dos (1999). Adolescentes, jovens e Aids no Brasil. Cadernos Juventude e Desenvolvimento. Ministério da Saúde.
- 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.
- Segurado, A. A. C. & Oliveira, M. S. de (1996). Prevenção e Controle. In: Lima, A. L. M.; Kiffer, C. R.; Uip, D.; Oliveira, M. S. & Leite, O. M. Perguntas e respostas HIV/AIDS. Atheneu. SP.
- Serrano, C. V. (1996). La salud integral de los adolescentes y los jóvenes: su promoción y su cuidado. In: Madaleno, M.; Munist, M.M.; Serrano, C. V.; Silber, T. J.; Ojeda, E. N. S. & Yunes, J. (1995). La salud del adolescente y del joven. OPAS, OMS, Wasgington, DC.
- Siegel D; DiClemente R; Durbin M; Krasnovsky F; Saliba P (1995). Change in junior high school students' AIDS-related knowledge, misconceptions, attitudes, and HIV-preventive behaviors: effects of school-based intervention. AIDS Educ Prev, 7(6):534-43.

- Slonim-Nevo V.; Auslander W. F.; Ozawa M.N. & Jung, K.G. (1996). The long-term impact of AIDS-preventive interventions for delinquent and abused adolescents. Adolescence, 31(122):409-21.
- Smith, M. U. , Dane, F. C. , Archer, M. E. , Devereaux, R. S. , & Katner, H. P. (2000). Students together against negative decisions (stand): evaluation of a school-based sexual risk reduction intervention in the rural south. AIDS Education and Prevention, 12 (1), 49-70.
- Soares, C. B. (1997). Adolescência, drogas e AIDS: avaliando a Prevenção e levantando necessidades. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação, USP.
- Socci, V.M.V. (1983). Elaboração e validação de uma escala de atitudes em relação ao sexo. Tese de Doutorado em Ciências (Psicologia).USP.
- Souza, E. da S. B. e (2002). Aspectos comunicacionais e adoção de condutas preventivas, frente ao HIV/AIDS, por adolescentes do ensino médio de Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú. Dissertação de Mestrado. UFSC.SC
- Spink, M. J. (1993).O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. Cad. de Saúde Pública, 9(3), Número Temático: Abordagens Antropológicas em Saúde, 300-308.
- Spink, M. J. (Org.) (1995).O conhecimento cotidiano. As representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. SP, Editora Brasiliense
- Spink, M. J.; Medrado, B., Menegon, V. M., Lyra, J. & Lima, H. (2001). A construção da AIDS-notícia. Cad. Saúde Pública, 17 (4), 851-862..
- Stage, A. & Brandt, T. S. (1999). Authoritative parenting and college student's academic adjustment and success. Journal of Educational Psychology, 91 (1), 146-156.

- Stevenson, H. C. & Davis, G. (1994). Impact of culturally sensitive AIDS video education on the AIDS risk knowledge of African-American adolescents. AIDS Educ Prev, 6(1):40-52.
- Sun, K. (1993). Two types of prejudice and their causes. American Psychologist, 48 (11), 1152-1153.
- Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. Drug and Alcohol Dependence, 55, 209-224
- Szwarcwald, C.L. & Castilho, E.A. (2000). Estimativa de pessoas de 14 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. Cad. de Saúde Pública, 16(Sup1),135-141.
- Szwarcwald, C.L., Bastos, F.I., Esteves, M. A.P. & Andrade, C.L.T. de, (2000). A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Cad. de Saúde Pública, 16(Sup1), 7-19.
- Szwarcwald, C.L., Castilho, E.A.de, Barbosa Jr., Gomes, M.R. O., Costa, E.A.M.M., Maletta, B.V., Carvalho, R.F.M. de & Oliveira, S.R. de (2000). Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenças sócio-econômicas. Cad. de Saúde Pública, 16(Sup1), 113-128.
- Tapert, S. F.; Aarons, G. A.; Sedlar, G. R. & Brown, S. A. (2001). Adolescent substance use sexual risk-taking behavior. Journal of Adolescent Health, 28 (3), 181-189.
- Trotter II, R. T. , Weller, S. C. , Baer, R. D. , Pachter, L. M. , Glazer, M., Garcia, J. E. G. de A. , & Klein, R. E. (1999). Consensus theory model of aids/sida beliefs in Four latino populations. AIDS Education and Prevention, 11 (5), 414-426.

- Tschann, J. M.;Adler, N. E.;Millstein, S. G.;Gurvey, J. E. & Ellen, J. M. (2002).
Relative power between sexual partners and condom use among adolescents.
Journal of Adolescent Health, 31 (1), 17-25.
- UNAIDS, (1997). Impact of HIV and sexual health education on the sexual
behaviour of young people: a review update. <http://www.unaids.org>
- UNAIDS, (1999a). Sexual behavioural change for HIV: Where have theories taken
us? <http://www.unaids.org>.
- UNAIDS, (1999b). Peer education and HIV/AIDS: concepts, uses and challenges.
<http://www.unaids.org>
- UNAIDS, (2000). Measure Evaluation. [http://www.cpc.umc.edu/measure/
guide/behavior](http://www.cpc.umc.edu/measure/guide/behavior)
- UNAIDS, WHO & Pan American Health Organization (2000). Epidemiological
fact sheet - on HIV/AIDS and sexually transmitted infections - Brazil.
<http://www.unaids.org>
- UNAIDS, WHO.(2.000). AIDS epidemic update: december 2000.
<http://www.unaids.org>
- Unda, R.; Acevedo, H. L. & Sotomayor, J. (1992). How early should AIDS
education begin? Na educational approach to teach pre-scholars to prevent
AIDS en Puerto Rico. Inf. Conf. AIDS, 1:42
- UNICEF, (2002). Young people and HIV/AIDS – opportunity in crisis. UNICEF,
UNAIDS, WHO. NY.
- Vandell, D. L. (2000). Parents, peer groups, and other socializing influences.
Developmental Psychology, 36 (6), 699-710.

- Vieira, E.M, Villela, W.V., Réa, M.F., Fernandes, M.E. L., Franco, E. de & Ribeiro, G. (2000). Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do Município de São Paulo. Cad. de Saúde Pública, 16(4), 997-1009).
- Visrutaratna, S.; Lindan, C.P., Sirhorachai, A & Mandel, J. S. (1995) 'Superstar' and 'model brothel': developing and evaluating a condom promotion program for Sex establishments in Chiang Mai, Thailand. AIDS 9(1) Suppl: S69-75.
- Vivona, J. M. (2000). Parental attachment styles of late adolescents qualities of attachment relationships and consequences adjustment. Journal of Counseling Psychology, 47 (3), 316-329.
- Wagner, W. & Kronberger, N. (2001). Killer Tomatoes! Collective symbolic coping with biotechnology. In: Deaux, K. & Philogène, G. Representations of the Social. – Bridging Theoretical Traditions. Blackwell Publishers, Oxford, UK.
- Walters, K. L. & Simoni, J. M. (1999). Trauma, substance use, and HIV risk among urban American Indian women. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 5 (3), 236-248.
- Weeks, K.; Levy, S.R.; Gordon, A. K.; Handler, A. ; Perhats, C. & Flay, B.R. (1997). Does parental involvement make a difference? The impact of parent interactive activities on students in a school-based AIDS prevention program. AIDS Educ Prev, 9 Suppl A: 90-106.
- Whalen, C. K.; Henker, B.; Hollingshead, J. & Burgess, S. (1996). Parent – adolescent dialogues about AIDS. Journal of Family Psychology, 10 (3), 343-357.

- WHO - World Health Organization (1989). AIDS Prevention Through Health Promotion: A Planning Guide. In WHO (1989). AIDS - Profile of an Epidemic. Scientific Publication n° 514. Washington, DC. USA.
- Winter, L. & Goldy, A. S. (1993). Effects of prebehavioral cognitive work on adolescents' acceptance of condoms. Health Psychology, 12 (4), 308-312.
- Witter, G.P. (1996). Pesquisa em Psicologia Escolar no Brasil. In Weschsler, S. Psicologia Escolar: Pesquisa, Formação e Prática. Campinas-SP, Editora Alínea.
- Wuo, M. (1998). Prevenção da AIDS na Escola: Representações Sociais de Professores. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Wuo, M. & Rosado, E. M. da S. (1999)(a). AIDS: Representações Sociais de Professores. XX Congresso Interamericano de Psicologia. 27 de junho a 02 de julho de 1999. Caracas, Venezuela.
- Wuo, M. & Rosado, E. M. da S. (1999) (b). AIDS na Escola: Representações Sociais de Professores. XX Congresso Interamericano de Psicologia. 27 de junho a 02 de julho de 1999. Caracas, Venezuela.
- Zamora, R.; Toledo, B.; Santi, L. S. & Martinez, A. (1996). El tiempo libre y la recreación: estudio en adolescentes uruguayos. In: Madaleno, M.; Munist, M.M.; Serrano, C. V.; Silber, T. J.; Ojeda, E. N. S. & Yunes, J. (1995). La salud del adolescente y del joven. OPAS, OMS, Washington, DC.

ANEXO 1



Agradecemos sua participação nesta pesquisa. Nosso objetivo é obter informações sobre o seu conhecimento, atitudes e habilidades com respeito à prevenção do HIV e à Aids. Essas informações serão utilizadas para elaborarmos um programa de prevenção à Aids.

Isto não é uma prova ou exame, não existem questões certas ou erradas e não será atribuída nenhuma nota – nosso interesse é conhecer a sua **opinião** e o que você **pensa**.

Você não precisa se identificar. Isto significa que ninguém saberá o que você está respondendo. Nós garantimos absoluto anonimato e sigilo de suas respostas, as quais serão usadas somente com finalidades científicas. Após a tabulação das respostas, os questionários individuais serão destruídos.

Suas respostas são muito importantes. Por favor, responda **todas as questões** de maneira **completa**. Se você tiver alguma dúvida pergunte ao professor.

Muito obrigado

Autorização para uso de suas respostas e opiniões

Autorizo a utilização de minhas respostas e opiniões no presente questionário de pesquisa sobre HIV/Aids entre os alunos das Escolas do CEETEPS.

Data: ____/____/____ _____

Nome e assinatura

Na devolução do questionário, destaque esta folha e entregue-a separada.

Instruções

Algumas questões são de múltipla escolha e outras são para você escrever sua resposta.

- Nas questões de múltipla escolha você deverá colocar um X no “quadrinho” ao lado da alternativa que corresponde a sua opinião.
- Nas questões que você deve escrever sua opinião use a linha imediatamente abaixo da questão.
- Quando você completar o questionário, não assine.

Suas respostas são muito importantes para nós. Responda todas as questões de maneira completa. Se você tiver alguma dúvida, chame o professor.

		Não utilize estes quadros									
--	--	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Quantos anos você tem?		<input type="text"/>		<input type="text"/>		Anos		
2. Você é do sexo?		Masculino		<input type="checkbox"/>				
		Feminino		<input type="checkbox"/>				
3. Nesta ETE você está cursando	1a.	<input type="text"/>	Série ou Ciclo do	<input type="checkbox"/>	Ensino Médio	Período	Manhã	<input type="checkbox"/>
	2a.	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	Curso Técnico		Tarde	<input type="checkbox"/>
	3a.	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>			Noite	<input type="checkbox"/>
4. Você poderia dizer qual é a sua situação com relação a estudos e trabalho?			Estou só estudando e não procuro trabalho		<input type="checkbox"/>			
			Estou só estudando e procurando trabalho		<input type="checkbox"/>			
			Estudo e trabalho		<input type="checkbox"/>			

5. Indique com um X, no quadro abaixo, as suas 5 principais preocupações atuais em ordem de importância e o grau de preocupação. Atribua o número 1 para a primeira preocupação – aquela que você considera mais importante - 2 para a segunda, e assim por diante até o 5.

Assuntos	Ordem	Estou muito preocupado	Estou preocupado	Estou pouco preocupado	Não estou preocupado	Não penso nesse assunto
a) Proteção ao meio ambiente						
b) Violência urbana						
c) Situação econômica						
d) Serviços públicos						
e) Desemprego						
f) Corrupção política						
g) Drogas						
h) Impunidade						
i) Sistema educacional						
j) Contaminação com antraz						
k) Saúde Pública						
l) AIDS						
m) Dengue						
n) Câncer de pele						
o) Obesidade						
p) Outra - especifique						

6. Indique a ordem e o grau de importância que você atribui aos valores sociais abaixo.

<i>Valores sociais</i>	<i>Ordem</i>	Muito importante	Importante	Pouco importante	Não acho importante	Não penso nesse assunto
a) Segurança e cidadania						
b) Liberdade individual						
c) Igualdade social						
d) Solidariedade						

7. No que se refere a sua relação com seu grupo de amigos mais habituais indique quais das seguintes expressões definem melhor sua posição nessas relações.

Não tenho muitas relações com amigos
 Tenho relações com amigos, mas sou bastante independente em minhas opiniões e critérios.
 Tenho amigos e me identifico bastante com eles
 Tenho amigos e o que eles pensam ou fazem tem muita importância para mim

8. Com relação a limites e normas de sua casa, como você avalia as atitudes de sua família em relação a sua maneira de viver ou suas atitudes?

Com relação a	Muito liberal	Pouco liberal	Pouco Rígida	Muito Rígida	Não se intrometem
a) Horários de diversão e lazer					
b) Grupos de amigos					
c) Uso de bebida alcoólica					
d) Rotina de estudo ou trabalho					
e) Necessidade e uso de dinheiro					
f) Experiências Sexuais					
g) Em geral sua família é					
h) Não moro com minha família					

9. De quanto dinheiro você dispõe semanalmente para seus gastos pessoais, isto é, a quantidade que você pode gastar no que você quiser?

Não tenho dinheiro
 Menos de R\$ 50,00
 De R\$ 50,00 a R\$ 100,00
 De R\$ 100,00 a R\$ 200,00
 Mais de R\$ 200,00

10. Como você vê o momento que está vivendo hoje?

Tenho um projeto de vida e pretendo realizá-lo
 Sinto-me perdido, os dias passam e não sei bem o que quero para a minha vida futura.
 Não penso no futuro

11. Você pertence a alguma das seguintes associações ou grupos? Em caso afirmativo, você participa muito, pouco ou nada das atividades dessas associações? (Pode assinalar mais de uma alternativa)

<i>Associação</i>	Pertence		Participa		
	SIM	NÃO	MUITO	POUCO	NADA
a) Desportiva					
b) Grêmio ou associação estudantil					
c) Amigos de Bairro					
d) Cultural, teatro, coral, dança.					
e) Religiosa					
f) Juvenil					
g) De atividades de lazer e de tempo livre					
h) Outros - especifique					

12. Qual das situações abaixo *define melhor* a sua maneira de “sair” e relacionar-se socialmente nesses momentos?

<i>Maneiras de sair</i>	Saio		Saio		
	SIM	NÃO	MUITO	POUCO	NADA
a) Saio sempre com minha família					
b) Saio só					
c) Saio com amigos/as do mesmo sexo					
d) Saio com meu namorado/namorada					
e) Saio com amigos/as de ambos os sexos					

13. No seu tempo livre ou horas de lazer qual é a sua atividade preferida?

<i>Atividade ou lazer</i>	Preferida		Faço		
	SIM	NÃO	MUITO	POUCO	NADA
a) Ouvir rádio					
b) Ver televisão					
c) Ler					
d) Assistir a espetáculos (cinema, esportes, shows)					
e) Escutar música					
f) Praticar esportes					
g) Estar com amigos (bate-papo, ir a festas).					
h) Participar de atividades culturais artísticas					
i) Estar com meus familiares					
j) Não faço nada, me chateio					
k) Outro – especifique _____					

14. Se você toma alguma bebida alcóolica indique, no quadro abaixo, qual o tipo de bebida, a quantidade e se você bebe diariamente ou nos fins de semana:						
<i>Tipo de bebida</i>	Qualquer dia da Semana			Nos fins de Semana		
	Nada	Sim	Quantidade	Nada	Sim	Quantidade
a) Cerveja (lata)						
b) Cerveja (garrafa)						
c) Batidas/Caipirinha						
d) Vodka (dose)						
e) Martini (dose)						
f) Vinho (copo)						
g) Whisky (dose)						
h) Outros – especifique						

15. Você ficou bêbado nos últimos três meses?	SIM <input type="checkbox"/>
	NÃO <input type="checkbox"/>

16. Onde você costuma beber? (Pode assinalar mais de um local)	a) Em bares, discotecas ou clubes.	<input type="checkbox"/>
	b) Em festas com amigos	<input type="checkbox"/>
	c) Na minha casa	<input type="checkbox"/>
	d) Levo na “mochila” ou carro	<input type="checkbox"/>
	e) Com minha namorada (o)	<input type="checkbox"/>
	f) não bebo	<input type="checkbox"/>
	g) Outros - especifique	<input type="checkbox"/>

17. Com relação às substâncias ou medicamentos sem receita médica usada para sentir um “barato” qualquer.	Você já provou alguma vez?		Com que freqüência você tem usado nos últimos 30 dias?
	SIM	NÃO	Número de vezes
a) Maconha			
b) Cocaína, Crack			
c) Heroína			
d) LSD, Mescalina, Chá de cogumelo.			
e) Éter, lança-perfume, clorofórmio, acetona, loló, cola, benzina.			
f) Morfina			
g) Remédios para emagrecer, calmantes, sem receita médica.			

Vamos fazer algumas perguntas sobre sexo. Não se esqueça que estamos buscando informações sobre comportamentos dos jovens. Por favor, responda honestamente as questões que seguem. Lembre-se que não podemos identificar de quem é este questionário.

18. Para você, a relação sexual é	Muito importante	Importante	Pouco importante	Não acho importante	Não penso nesse assunto
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. Na sua opinião, para que as pessoas tenham relações sexuais é preciso que essas pessoas	Estejam casadas	Estejam noivas	Estejam namorando	Conheçam um ao outro	Apenas se encontrem
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. Com que idade você teve a primeira relação sexual?	Idade em anos				<input type="text"/>
	Não sei				<input type="text"/>
	Ainda não tive relação sexual				<input type="text"/>

Se você não teve relação sexual vá para a questão número 24

21. Você teve relações sexuais nos últimos 12 meses?	Sim				<input type="text"/>
	Não				<input type="text"/>
22. Com quantos parceiros sexuais você teve relações nos últimos 12 meses?	Número de Parceiros				<input type="text"/>
	Não sei				<input type="text"/>
	Nenhum				<input type="text"/>
23. Você usou camisinha nas relações Sexuais que você teve nos últimos 12 meses,	Em todas às vezes	Na maioria das vezes	Em Poucas vezes	Em 1 ou 2 vezes	Não usei
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24. Na sua opinião, por que os jovens usam pouco a camisinha como preservativo?	a) Não têm “camisinha” no momento				<input type="text"/>
	b) A “camisinha” é cara				<input type="text"/>
	c) Um dos parceiros não concorda				<input type="text"/>
	d) Não gostam de usar “camisinha”				<input type="text"/>
	e) Usam outro método anticoncepcional				<input type="text"/>
	f) Não acham necessário				<input type="text"/>
	g) Nem pensam na “camisinha”				<input type="text"/>
	h) Já se conhecem				<input type="text"/>
	i) Confiam um no outro				<input type="text"/>
	j) Outras razões – especifique				<input type="text"/>
k) Não sei				<input type="text"/>	

25. Na sua opinião, comprar camisinha	Não compro porque é muito chato	Compro, mas prefiro não comprar	Só compro onde ninguém me conhece	Compro, mas acho um pouco chato	Sempre comprei e não acho chato	
26. A questão do preservativo ou segurança na atividade sexual é responsabilidade		<i>dos homens (meninos)</i>				
		<i>das mulheres (meninas)</i>				
		<i>dos dois</i>				
		<i>Não sei</i>				
27. Qual é a atitude de seus pais com relação ao uso da camisinha?	Não querem nem ouvir falar	Já falaram sobre o assunto	Não tenho idéia	Falam para eu usar	Sempre compram para mim	
28. As pessoas que se conhecem bem podem ter relações sexuais sem camisinha?	Claro, se elas já se conhecem não tem problema	Devem usar de vez quando	Usando ou não usando é a mesma coisa	Não, devem usar na maioria das vezes	Não, devem usar todas às vezes	
29. Você pretende usar – ou usou –camisinha na sua primeira relação sexual?	Sim, usar camisinha é indispensável	Usarei se tiver camisinha na hora	Usarei se meu/minha parceira quiser	Não posso prever se usarei ou não	Não, porque na primeira vez não tem problema	
30. O seus(suas) colegas de escola usam camisinha	Sempre	Nem sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca	Não sei
31. Você acha que o uso da camisinha durante a relação sexual é desconfortável	Sempre	Nem sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca	

32. Você ouviu falar em DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis	Com muita frequência	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
<p>33. Você pode descrever alguns sintomas das DSTs nas mulheres? Pode assinalar mais de uma resposta</p>	<p>a) Dor no abdome <input type="checkbox"/></p> <p>b) Corrimento genital <input type="checkbox"/></p> <p>c) Corrimento com mau cheiro <input type="checkbox"/></p> <p>d) Arde quando urina <input type="checkbox"/></p> <p>e) Ferida/úlceras no órgão genital <input type="checkbox"/></p> <p>f) Inchaço na virilha <input type="checkbox"/></p> <p>g) Coceira <input type="checkbox"/></p> <p>h) Outro (qual?) _____ <input type="checkbox"/></p> <p>i) Não sei descrever nenhum sintoma <input type="checkbox"/></p>				
<p>34. Você pode descrever alguns sintomas das DSTs nos homens? Pode assinalar mais de uma resposta</p>	<p>a) Corrimento genital <input type="checkbox"/></p> <p>b) Arde quando urina <input type="checkbox"/></p> <p>c) Ferida/úlceras no órgão genital <input type="checkbox"/></p> <p>d) Inchaço na virilha <input type="checkbox"/></p> <p>e) Outro (qual?) _____ <input type="checkbox"/></p> <p>f) Não sei descrever nenhum sintoma <input type="checkbox"/></p>				

35. Você ouviu falar do vírus HIV e a AIDS	Com muita frequência	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
<p>36. O que você sabe sobre a Aids?</p>					

37. Como a Aids pode ser transmitida?

38. Na sua opinião, quem está mais sujeito a “pegar” Aids? Porquê?

39. Quais os cuidados que uma pessoa deve ter para não “pegar” Aids?

40. Como você sabe que uma pessoa está contaminada com o HIV?

53. Existe inconveniente em estar em uma classe com um companheiro com Aids?	Sempre	Nem sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
54. Você teria medo de se contaminar com o HIV se vivesse com uma pessoa com Aids?	Sempre	Nem sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
55. Se na sua turma alguém fosse portador do HIV, você mudaria as suas relações com ele por esse motivo?	Sempre	Nem sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
56. É praticamente impossível adquirir HIV numa única relação sexual sem camisinha.					<i>Sim</i> <input type="checkbox"/> <i>Não</i> <input type="checkbox"/> <i>Não sei</i> <input type="checkbox"/>
57. Quando o seu(sua) namorado(a) quer ter relação sexual sem camisinha você concorda, com medo de perdê-lo(a)?	Sempre	Nem sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
58. Na sua opinião os jovens ou adolescentes não casados podem ter relações sexuais	Sempre	Nem sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
<p>59. Com quem ou onde você obteve ou obtém informações sobre a Aids?</p> <p><i>Pode assinalar mais de uma alternativa.</i></p>	<p>a) Com seus pais</p> <p>b) Com seus irmãos/irmãs</p> <p>c) Com seus parentes – tios, tias, primos, etc.</p> <p>d) Na escola com professor, orientador educacional, palestras, etc.</p> <p>e) Na igreja ou comunidades religiosas com padre, pastor, etc.</p> <p>f) Nos postos de saúde com enfermeiro/a, médico, biomédico, etc.</p> <p>g) Em clubes esportivos, em escolinha de esportes, grêmios, etc.</p> <p>h) Na TV em programas especiais, entrevistas, informes médicos, etc.</p> <p>i) Nos jornais ou revistas jornalísticas (Veja, Época, etc.)</p> <p>j) Em revistas como Carícia, Capricho, Cláudia, Nova, Atrevida, etc.</p> <p>l) Com seus amigos/amigas na escola</p> <p>m) Com seus amigos/amigas do bairro ou da rua ou prédio onde você mora</p> <p>n) Com seu namorado/namorada</p> <p>o) Em livros especializados ou escolares</p> <p>p) Outros – especifique _____</p>				
60. Na sua escola existe algum tipo de programa					<i>Sim</i> <input type="checkbox"/>

65. Você gostaria que ocorressem programas ou atividades de prevenção à Aids na sua escola	Sempre	Nem sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
66. Como você gostaria que essas atividades ocorressem e quais os assuntos que você acha que deveriam ser tratados?					
67. <i>Este espaço foi reservado para você apresentar suas sugestões ou opiniões sobre algum assunto que você ache relevante e que não foi tratado no questionário.</i>					

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO 2

Questão 36 - O que você sabe sobre a Aids?

Questionário Número	Respostas
0160001	Que é uma DST também e que mata.
0160012	Que é uma doença sexualmente transmissível, que os indivíduos podem se contaminar não só através da prática do sexo mas também por drogas injetáveis.
0160221	É uma doença mortal, e só é transmissível se o indivíduo não ter consciência do perigo e não se prevenir, transando com qualquer pessoa antes do casamento, não usando pelo menos preservativo, usando seringas freqüentemente usadas, enfim, está nas mãos de cada um se esta doença fará parte de sua vida ou não.
0160232	A pior doença, todos sem responsabilidade podem pegar, mas tem alguns que hoje não é tão comum como a transmissão pela seringa. E por enquanto não tem cura.
0230023	A AIDS é uma doença adquirida com o vírus HIV, que é transmitido através do uso de seringas contaminadas, em relações sexuais com pessoas contaminadas sem o uso da camisinha, em contato com ferimentos das pessoas contaminadas em que haja muito sangramento. Se prevenindo contra esses meios de transmissão, não há como pegar AIDS.
0230034	Sei que é um vírus que pode se contrair com relações sexuais desprotegidas, uso de seringas contaminadas, doações de sangue e que não tem cura uma vez contraída.
0230243	A Aids pode ser transmitida pelo sexo, por seringas contaminadas, não se transmite no beijo, no contato (desde que as duas pessoas não estejam cortadas ou machucadas) e pode matar.
0230254	Que é um vírus, que destrói os leucócitos. Pode ser transmitida através da relação sexual, de machucados e seringas compartilhadas. Aids significa Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida. Pode ser transmitida de mão para filho.
0350045	Que ela é uma doença contagiosa e que passa através do sangue, de relações sexuais sem camisinha, na amamentação e que até hoje ela ainda não tem uma cura, tem alguns coquetéis servidos pelo governo mais eles não eliminam a doença. A pessoa contaminada não morre de AIDS e sim de outra doença, pois ela ataca o Sistema Defensor do Corpo.
0350056	DST, está se alastrando o número de contaminados por falta de informações. Mata!!!
0350265	Eu sei que a AIDS é uma doença sexualmente transmissível que ataca o organismo.
0350276	É uma doença contagiosa, que pode causar diversos danos no sistema imunológico e pode levar a morte se não for combatido com remédios.

Questão 36 – O que você sabe sobre a Aids?

Questionário Número	Respostas
0400067	Sei que a Aids é uma doença sexualmente transmissível e que também pode ser transmitida por transfusão e em casos raros no beijo. A doença enfraquece o sistema imunológico.
0400078	Ela é uma doença que ainda não tem cura, tem como se evitar, e os coquetéis ajudam a estancar a doença mas não cura.
0400287	Eu sei que ela é mortal. Não existe vacina e nem cura e ela mata o sistema de defesa do corpo. Há dez anos atrás em 1 ou 2 anos a pessoa morreria mas hoje com os remédios a pessoa pode viver mais de 10 anos e ter uma vida normal.
0400299	Ela acaba com nossa vida, o que não entendo que as pessoas sabem o que a Aids causa e não se previnem mesmo assim.
0540089	Doença sexualmente transmissível que pode levar a morte em cem por cento dos casos, pode se evitar usando unicamente a camisinha e fazendo uma leve seleção dos parceiros(as) sexuais.
540100	Sei que é uma doença extremamente séria, e que existe um alto índice de contaminação. Porém as pessoas não levam a sério. É contaminado(a) por relação sexual e sangue, seringas.
0540309	A aids é uma doença sexualmente transmissível que acaba com a resistência do nosso corpo contra vírus ou bactéria, causando várias doenças e até a morte em decorrência dos outros vírus que não são combatidos no organismo.
0540320	Eu sei que a Aids é transmitida por relações sexuais, transfusões de sangue, etc. A aids ainda não tem cura, ela pode ser tratada mas não eliminada. Pelo menos por enquanto.
0670111	Que é uma doença contagiosa. Através de relação sexual, uso de drogas injetáveis, etc. É uma doença sem cura que pode ser amenizada com remédios.
0670122	A aids é uma doença que vem aumentando muito (principalmente entre os jovens). Ainda não se sabe a cura e a melhor maneira de evitar é usar camisinha, não injetar droga com seringa usada.
0670331	Que é uma doença sexualmente transmissível, que a três tios de vírus, pode-se evitar com o uso de camisinha somente, nada mais.
0670342	Que é uma doença sexualmente transmissível, por isso a camisinha é indispensável.
0770133	Sei que é uma doença que ainda não tem cura, mas que já estou cansado de saber de seus males, então, não marco e sempre me protejo, sei que ela é muito perigosa e que só é contraída nas relações sexuais e em transfusões de sangue.
0770144	Acho que as pessoas devem valorizar mais o seu corpo e respeitá-lo tendo consciência de que usar seringas descartáveis e camisinha é indispensável.

Questão 36 - O que você sabe sobre a Aids?

Questionário Número	Respostas
0770353	É um vírus mortal que ainda não tem cura, ele veio dos macacos na África, surgiu nos EUA pela primeira vez em um humano, pode ser também um vírus criado em laboratório porque esse vírus é muito inteligente. O remédio usado contra ele é o coquetel (só prolonga a vida da pessoa, não cura). O vírus ataca o linfócito T o comandante dos glóbulos brancos, por isso a pessoa fica vulnerável. A Aids não mata ela deixa a pessoa fraca, e qualquer gripe que ela peque pode ser mortal.
0770364	Que até agora não tem cura.
0780155	É uma doença sexualmente transmissível, que não tem cura, é uma das maiores causas de morte no mundo principalmente na África e países subdesenvolvidos.
0780166	A Aids é uma doença que nem sempre é transmitida sexualmente. Pode ocorrer também em caso de transfusões sanguíneas, ou uso de seringas por mais de uma pessoa. Mas , a Aids pode ser evitada. Basta que as pessoas sejam orientadas e tenham consciência de seus atos.
0780375	Se a responsabilidade dos jovens de hoje em dia fosse maior, com certeza ouviríamos falar menos da doença.
0780386	Aids é uma doença sem cura que atinge jovens, velhos e até mesmo crianças. E até hoje cresce o número de doentes talvez por ignorância da pessoa (por não fazer um teste), e da falta de cuidado com a relação sexual; e além disso há muito preconceito com as pessoas que tem.
1030177	É uma doença que é transmitida através do ato sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão de sangue, não tem cura, em algumas pessoas leva tempo para se manifestar em outras não. Os sintomas são machas na pele, etc.
1030188	Que é uma doença contraída através do vírus HIV e de relações sexuais sem preservativos (camisinha por exemplo).
1030397	A Aids é uma doença que pode levar a morte.
1030408	A Aids é uma doença que se pega não somente em atos sexuais como em seringas usadas por pessoas que têm a Aids e as transfusões de sangue, ela mata e não tem cura.
1070199	É uma doença sexualmente transmissível, a pessoa só pode pegá-la pela relação sexual, não por um beijo, um abraço, escova de dente e outros, você só pode pegá-la pela relação sexual, troca de seringa, transfusão de sangue.
1070210	Acho que sei bastante. Informação sobre este assunto é o que não falta.
1070420	AIDS é uma DST, que é transmitida ou por relação sexual ou por transfusão de sangue.
1070430	Que é uma doença que enfraquece e a deixa mais vulnerável a outras doenças, pois o seu corpo perde umas células do sangue que são as células que produzem anticorpos.

Questão 37 - Como a AIDS pode ser transmitida?

Questionário Número	Respostas
0160002	Relação sexual sem preservativo, transfusão sangue contaminado, de mãe para filho, etc...
0160013	Pode ser transmitida através das relações sexuais e seringas.
0160222	Pelo ato sexual, em uma transfusão de sangue, etc.
0160233	Ela pode ser transmitida por relações sexuais, uso compartilhado de seringas, pelo sangue.
0230024	Através da relação sexual, seringas contaminadas, sangue da pessoa contaminada ou ferida, e a saliva possui risco mínimo (quase inexistente) de se pegar AIDS.
0230035	Com o contato com sangue contaminado e relações sexuais (página anterior).
0230244	Através do sexo e transfusão de sangue.
0230255	Através do ato sexual, seringas usadas, contato com o sangue (se você tiver uma ferida e encostar no sangue do aidético).
0350046	Seringas injetáveis não descartáveis, sexo sem camisinha.
0350057	Seringas compartilhadas. Transfusão de sangue. Sexo sem proteção.
0350266	Se uma pessoa que tenha Aids e ela estiver com algum machucado, que estava sangrando e o parceiro(a) também tiver, eles podem pegar Aids. E a mais comum é tendo relação sexual com quem tenha o vírus.
0350277	Através do ato sexual ou pelo sangue.
0400068	Pelo contato sexual. Por transfusão de sangue. Drogas injetáveis.
0400079	Transando sem camisinha. Por drogas injetável se alguém tiver Aids. E com um parceiro(a) contaminado.
0400288	Nas relações sexuais, nas agulhas de injeção usada mais de uma vez, na transfusão de sangue (infectado) no uso de drogas com seringas.
0400299	Relações sexuais, transfusões, nas aplicações com, seringas com conteúdos de drogas (quando são passadas para muitas pessoas).
0540090	Relações sexuais e outros.
0540101	Na relação sexual, transfusão de sangue.
0540310	Através de relações sexuais sem camisinha.
0540321	Por meio do sexo sem camisinha, de seringas, de cortes, feridas, machucados;..
0670112	Por transfusões de sangue mal elaborada, sexo, drogas injetáveis.
0670123	Resposta questão 36.
0670332	Através da relação sexual, do beijo (pouco provável).
0670343	Através de relação sexual, transfusão de sangue.

Questão 37 – Como a AIDS pode ser transmitida?

Questionário Número	Respostas
0770134	Pelo sexo, uso de drogas injetáveis. Sangue contaminado, através de mãe para filho se esse for gerado por uma mulher contaminada.
0770145	Através de relações sexuais sem preservativos, uso da mesma seringa, transfusão de sangue.
0770354	Religião sexual sem proteção, agulha ou seringa contaminados e transfusão de sangue.
0770365	Relações sexuais sem camisinha, transfusão de sangue contaminado, de mãe para filho, etc.
0780156	Relação sexual, transfusões sangüíneas, compartilhamento de mesma seringa.
0780167	Transfusão de sangue, contato com a secreção vaginal ou sêmen contaminados.
0780376	Através de relações sexuais, transfusão de sangue, usar a mesma agulha que a pessoa com AIDS usou.
0780387	Durante o sexo e através de feridas, sangue.
1030178	Por relações sexuais, por transfusão de sangue.
1030189	Através da relação sexual, agulhas compartilhadas, transfusão de sangue.
1030398	A aids pode ser transmitida através do sexo.
1030409	Através de relações sexuais sem preservativo, transfusão de sangue, uso de droga injetável e tudo que entra em contato com sangue contaminado pelo vírus.
1070200	Sangue, seringas contaminadas e através de ato sexual sem prevenção.
1070211	Relação sexual, quando se compartilha da mesma agulha e seringa no uso de drogas, etc.
1070420	Como eu já disse, por relação sexual ou transfusão de sangue.
1070431	Transando sem camisinha, compartilhando seringas, etc.

Questão 38. Na sua opinião, quem está mais sujeito a “pegar” Aids? Porquê?

Questionário Número	Respostas
0160003	Todos se não se precaverem, mas o grupo de risco se concentra nas garotas(os) de programa por desconhecimento do assunto.
0160014	Os drogados, pois no estado que ficam “muito locos” não tem noção do perigo de usar drogas com a mesma seringa. Mas as prostitutas e garotos de programas também correm um grande risco por fazer a vontade de seus clientes por dinheiro e as vezes não usarem camisinha.
0160223	Todos porque, todos praticam relações sexuais.
0160234	Os jovens mais muitas vezes pessoas que cobram o cuidado tem.
0230025	Todos, pois todos fazem sexo ué!!
0230036	Quem usa camisinha e não tem consciência que não se pode entrar em contato, de nenhuma forma, com o sangue alheio. Pessoas de qualquer classe social.
0230245	Não existe quem, todos podem pegar se não se prevenirem e se cuidarem.
0230256	Todos estão sujeitos a pegar aids, pois o HIV é um vírus que não escolhe cor nem idade.
0350047	Tanto homens quanto mulheres, porque a qualquer descuido ambos podem adquirir o vírus.
0350058	Prostitutas, pois têm muitos parceiros e nem sempre usam camisinhas.
0350267	Não sei.
0350279	Todos. Porque se o homem estiver com Aids para a mulher através da ejaculação. E se a mulher estiver passa para o homem através do corrimento.
0400069	Quem não se cuida nas relações sexuais.
0400080	Tanto homem quanto mulher, pois os dois estão expostos a pegar Aids.
0400289	Quem usa drogas injetáveis e praticam isso sem seringa descartável, usam a dos outros e também pelo ato sexual sem camisinha.
0400300	Todas as pessoas que têm relações sexuais sem preservativos, e usam instrumentos contaminados porque são as pessoas que se expõem ao contágio.
0540091	A mulher porque ela sé sempre forçada a fazer sexo sem camisinha.
0540102	Todos que possuem diversos parceiros sexuais ou que participam de rodas de drogas e usam uma única seringa para várias pessoas.
0540311	Gays, prostitutas, jovens, maridos e mulheres infiéis e pessoas que fazem doação e transfusão de sangue. Porque tudo pode acontecer. Obs. Drogados também.
0540322	A mulher, porque ela tem mais relações sexuais e ela se prostitui mais.

Questão 38. Na sua opinião, quem está mais sujeito a “pegar” Aids? Porquê?

Questionário Número	Respostas
0670113	As pessoas que não ligam para ela e vai comendo as mina sem qualquer encanação. Os jovens porque tem muitos jovens que levam a sério esse problema.
0670124	Aquele pessoa que “sai” com todo mundo sem nenhum preservativo.
0670333	Quem usa drogas por causa da agulha que pode estar contaminada e que não usa camisinha por causa do sangue que circula pode estar contaminado e se houver algum corte ele pode entrar nesse corte e por causa do esperma estar contaminado.
0670344	As pessoas que não usam camisinha, pelo simples fato de muitas vezes ter acabado de conhecer seu parceiro e achar desnecessário o uso da camisinha.
0770135	Os dois por que ambos os sexos estão sujeitos.
0770146	Todas as pessoas. Porque talvez você não usa droga e sempre usa preservativo, mas numa transfusão de sangue você pode ser contaminado.
0770355	Qualquer pessoa está sujeita a pegar Aids.
0770366	As prostitutas por transarem com muitos dês conhecidos.
0780157	Todos. Pelo fato de que “pra morrer basta estar vivo”.
0780168	As pessoas que não utilizam preservativos na relação sexual, porque não têm os cuidados necessários.
0780377	Qualquer um porque sem o uso da camisinha nas relações sexuais os riscos aumentam.
0780388	Pessoas que têm vários parceiros sexuais, pois podem não conhece-los. Pessoas que usam drogas injetadas, porque na maioria das vezes usam a mesma seringa.
1030179	Quem não tem informações sobre o vírus HIV. Porque não se previnem.
1030190	Todo mundo porque todo mundo está sujeito.
1030399	Quem não se previne, porque eu não sei.
1030410	Ambas as partes, porque ninguém pensa em se prevenir contra.
1070201	Pessoas que mantém relações sexuais sem preservativos, porque é transmitido através da relação sexual.
1070212	Pessoas que tem vários parceiros e manter relações sem camisinha e usuários de drogas injetáveis, pois a seringa pode estar contaminada.
1070421	Quem tem relações sexuais com diversos parceiros, quem faz transfusão de sangue com frequência.
1070432	Todos. Porque ninguém sabe quem possui o vírus, então não dá para escolher.

Questão 39. Quais os cuidados que uma pessoa deve ter para não “pegar” Aids?

Questionário Número	Respostas
0160004	Usar preservativos em suas relações sexuais
0160015	Usar preservativo; Usar seringa descartável; Saber se foi feito uma avaliação do sangue que irá receber numa transfusão.
0160224	Usar camisinha.
0160235	Ela deve usar a camisinha na hora das relações, não compartilhar seringas, etc.
0230026	Usar agulhas descartáveis ao se picar e usar camisinha na prática sexual.
0230037	Todos os possíveis, mas não banais do tipo: se beijar pega. Só pega no beijo se o infectado tiver uma ferida e outro também.
0230246	Se proteger usando o preservativo e no caso de transfusão de sangue exigir que a seringa seja nova.
0230257	Não transar sem camisinha e não usar drogas na mesma seringa.
0350048	Usar camisinha . Não compartilhar seringas e agulhas.
0350059	Preservativos, não compartilhar objetos cortantes.
0350268	Evitar o contato com a pessoa infectada e usar sempre camisinha.
0350279	Usar camisinha e ver bem com quem vai transar.
0400070	Usar camisinha sempre. Conhecer e muito o seu parceiro. Não usar drogas injetáveis.
0400081	Usar seringas descartáveis, preservativos, reduzir os parceiros sexuais, tomar cuidado para não entrar em contato com o sangue de terceiros.
0400290	Principalmente não fazer sexo sem preservativo e não compartilhar seringas.
0400301	Sempre que for ter uma relação sexual usar camisinha, usar seringas descartáveis.
0540092	Usar sempre camisinhas e uso de seringas descartáveis.
0540103	Uso de camisinha.
0540312	Usar camisinha, não usar mesma seringa,etc.
0540323	Usar camisinha, etc.
0670114	Transar com camisinha. Usar seringas descartáveis.
0670125	Usar camisinha, verificar a higiene de clínicas médicas, dentárias ou outras que pretenda frequentar, etc
0670334	Usar camisinha.
0670345	Usar camisinha, seringas descartáveis, pode até pedir para o parceiro e ela fazerem o exame para ver se está tudo bem.

Questão 39. Quais os cuidados que uma pessoa deve ter para não “pegar” Aids?

Questionário Número	Respostas
0770136	Usar camisinha ou obrigar o parceiro a usar, não usar seringas já usadas. Manter só um parceiro.
0770147	Usando métodos preventivos (camisinha) por exemplo.
0770356	Usar camisinha, não emprestar seringa, etc.
0770367	Usar camisinha, exigir agulhas descartáveis.
0780158	Usar camisinha.
0780169	Usar camisinha em todas as relações sexuais, se utilizar drogas injetáveis, utilizar seringas novas e descarta-las. Com a transfusão não dá para saber (não sei qual o procedimento).
0780378	Usa camisinha, usar seringa descartável, etc.
0780389	Usar a camisinha em todas as relações e usar somente seringas descartáveis.
1030180	Usar sempre camisinha.
1030191	Sexo com camisinha. Não compartilhar seringas (ou melhor nunca usar drogas).
1030400	Usar seringas descartáveis, evitar relações sexuais sem camisinha, tomar todos os cuidados em uma transfusão de sangue, etc.
1030411	Usar camisinha e não se drogar.
1070202	Usar os preservativos, não compartilhar seringas.
1070213	Usar camisinha é essencial, além disso ter muito cuidado com outros tipos de relação e não compartilhar seringas.
1070422	Usar camisinha.
1070433	Usar camisinha nas relações sexuais, não compartilhar seringas, etc.

Questão 64. Qual a sua opinião sobre as atividades sobre Aids que ocorrem na escola – (Palestras ou em Sala-de-Aula)

Questionário Número	Respostas
0160006	São muito boas, pois estão sempre alertando sobre o problema dessa doença.
0160016	Há peças mais o suficiente.
0160225	Acho ótimo.
0160239	São muito boas, pois podem tirar dúvidas sobre não só as DST.
0160240	Como estou em escola nova, ainda não tive palestras mas devido à outros alunos já sei que elas existem. Na escola de onde eu vim as palestras eram esclarecedoras.
0230030	Eu acho muito importante pois muitas pessoas não tem o conhecimento dessa doença.
0230038	Das palestras que assisti na escola (não muitas) acho que foram ótimas pois tiraram minhas dúvidas. E na sala-de-aula e também gostei pois mostrou o que acontece dentro do corpo quando se está com AIDS.
0230259	Uma boa maneira de conscientizar a população.
0350054	É boa, mas esses tipos de palestras que aqui (na escola) ocorrem é sempre para vender alguma coisa. No caso foi um livro sobre prevenções. Deveria ser somente a palestra, sem intenção de vender nada.
0350060	São boas, bem válidas é uma oportunidade maior para sabermos mais da doença.
0350274	São boas porque ajudam no conhecimento.
0350284	Com palestras.
0400072	Eu acho bom para informar sobre o perigo.
0400083	Muito útil, deveria ocorrer com mais frequência.
0400291	Servem de alerta para a gravidade do problema, e é interessante também.
0400304	Muito importante pois tem muita gente que não tem informação em casa e a único jeito de se obter informação é na escola.
0540093	É muito importante para manter todos informados.
0540104	É bom para os jovens ter um maior conhecimento.
0540329	Não tem palestras.
0670115	É legal que os professores façam isso.
0670126	São importantes, porque o aluno adquire o conhecimento e sai um pouco da rotina.
0670335	Qualquer tipo de informação é boa.

Questão 64. Qual a sua opinião sobre as atividades sobre Aids que ocorrem na escola – (Palestras ou em Sala-de-Aula)

Questionário Número	Respostas
0670346	Eu acho ótimo, pois é através da informação que vem a prevenção, pois há pessoas que se contaminam por não saber, não ter informações sobre o assunto a informação é de essencial importância.
0770137	Apesar de muitas pessoas não acharem serventia, é muito bom para aqueles querem saber.
0770148	Bastante importante, porque percebemos que não é algo imaginário mas real, e essa realidade vem matando muito.
0770358	Boas.
0770371	São indispensáveis.
0780170	Eu acho que ajudam os adolescentes a obterem mais informações a respeito do assunto.
0780383	Muito legal.
0780390	Em sala de aula, falam pouco sobre o assunto, e em palestras, não são muito comum palestras, que eu saiba não... Entrei na escola agora e não sei como ela encara e ajuda nesse assunto.
1030181	São boas as palestras e com elas muitos aprendem mas teriam que melhorá-las.
1030192	São boas, vários trabalhos, várias palestras, e o assunto é bem comentado, na minha opinião.
1030401	Boa.
1030413	Palestras com pessoas que entendam muito bem do assunto.
1070203	Legais.
1070214	São de grande utilidade; somos mais bem informados e educados.
1070425	Não há atividades sobre a Aids na minha escola.

Questão 66. Como você gostaria que essas atividades ocorressem e quais os assuntos que você acha que deveriam ser tratados?

Questionário Número	Respostas
0160007	Em determinadas épocas do semestre fazendo trabalhos de conscientização em palestras, música, teatros, etc.
0160017	Esses assuntos (DST, Drogas) deveriam ser apresentados em palestras, murais, etc. para que todos tivessem acesso. Como disse, assuntos relacionados à DST, drogas, sexo, etc.
0160226	Ocorressem através de palestras, vídeos experiências, Sobre todo tipo de DST, as formas de prevenção, o tratamento, se tem cura, etc. Também tudo sobre drogas.
0160241	Deveriam ser feitas de um modo divertido, pois assim os jovens “absorveriam” o conteúdo mais facilmente.
0230031	Deveriam ser comentados diversos assuntos em relação ao sexo.
0230039	Através de palestras com médicos. Deveria falar sobre AIDS e também sobre DST, pois as vezes não se dá tanta importância a elas como se deveria. Deveria falar também sobre todas as formas de contágio, sintomas, características.
0230253	Palestras sobre prevenção e tratamento das Aids, cartazes, etc.
0230260	Sm sugestões.
0350055	Drogas.
0350061	Por meio de palestras, atividades em grupo. Assuntos: AIDS, DSTs, drogas.
0350275	Doença comuns e incomuns.
0350285	O preconceito deveria ser explorado em palestras e algumas orientações sobre o contágio.
0400073	Podem ocorrer de qualquer jeito e devem ser tratados assuntos que dizem respeito às DSTs.
0400084	Palestras ilustradas com exemplos reais.
0400292	Deveriam ser explicados de uma forma clara, que passe para os alunos de uma forma fácil de se entender.
0400305	Aids, drogas e como preveni-las disso.
0540094	Mensalmente.
0540105	As atividades devem ocorrer sempre, pelo menos, uma vez por mês e serem expostas para a escola toda. O debate é mais importante que a palestra, porque na palestra algumas pessoas ficam com receio de tirar suas dúvidas ou sem sequer se interessam pelo assunto.
0540315	Com muita propaganda, folhetos, palestras, aulas, tudo.
0540330	Que tivessem palestras, folhetos. Os assuntos é que os jovens têm que se conscientizarem e tomar mais precauções.
0670116	Aids, drogas, álcool e tudo mais.

Questão 66. Como você gostaria que essas atividades ocorressem e quais os assuntos que você acha que deveriam ser tratados?

Questionário Número	Respostas
0670127	Através de palestras e vídeos, os assuntos poderiam ser sobre prevenção, contágio, educação sexual. NR
0670336	Com palestras. Acho que deviam falar sobre o vírus e precaução.
0670347	Através de palestras. Deveriam ser tratados assuntos como drogas, sexo e AIDS entre outras DSTs.
0770138	A Aids já bem conhecida, as palestras que já vi foram todas repetidas quero ver uma palestra diferente.
0770149	Palestras com portador da doença. Deveriam tratar de toda sua história.
0770359	Com uma pessoa que entendesse do gênero.
0770374	Com palestras, folhetos, vídeos, etc.
0780171	Acredito que palestras educativas são válidas abordando as transmissões, as conseqüências, e querendo ou não um certo preconceito por parte da sociedade em geral.
0780385	Drogas, dengue, Educação, etc.
0780391	Através de palestras, vídeos (assunto sobre Aids, Dengue, etc.).
1030182	A escola tem todos é muito bom assim.
1030193	Palestras, jogos, questionários e os assuntos deveriam ser diversos.
1030402	Gostaria que tivesse sempre e que tratados assuntos sobre AIDS, DROGAS, VIOLÊNCIA.
1030414	Palestras.
1070204	Diversos.
1070216	Sim. Assuntos que sejam ligados diretamente aos jovens (drogas, AIDS, comportamento) essas atividades devem ocorrer de maneira interativa.
1070426	Aids, dengue, etc.
1070440	Com teatros, atividades que despertasse o interesse dos alunos para saber como se prevenir de DSTs e não usar drogas.

ANEXO 3

Questão 36 - O que você sabe sobre a Aids?**Categorias**

- 1. Doença** – termos ou expressões que façam referência a doença, aos sintomas, que propicia a instalação de outras doenças, a manifestação, ao tratamento ou inexistência de vacinas, aos aspectos epidemiológicos de disseminação ou controle, aspectos biológicos como sistema imunológico, agente causador, referindo-se ou não explicitamente ao HIV, referências imprecisas ou impressões subjetivas sobre a doença, tais como: é uma doença que não tem cura, horrível, humilhante, terrível, leva à morte, contagiosa, DST, usos de medicamentos, coquetéis, demora para aparecer os sintomas, entre outras.
- 2. Transmissão** – termos ou expressões que façam referências a transmissão da doença via sangue, transfusões, contatos com ferimentos, sexo, objetos, mãe para filho, secreções corpóreas, sêmen, transfusão, relacionamentos. Também devem ser incluídos termos ou expressões que indiquem que *não ocorre transmissão* pelas vias indicadas acima.
- 3. Prevenção** – termos ou expressões que façam referências à prevenção tais como uso de camisinha, cuidados, sexo seguro, não compartilhar seringas ou agulhas ou mesmo as expressões ou termos imprecisos tais como com prevenção não se pega, para não pegar é só se cuidar.
- 4. Morte** – termos ou expressões que indiquem que a aids leva à morte, mata, é fatal, destrói, morre aos poucos ou lentamente, etc.
- 5. Quem está sujeito** – termos ou expressões que indiquem quem está sujeito à aids ou que a mesma atinge sem distinção todas as pessoas tais como: Sem distinção entre pessoas, todos estão sujeitos, homens e mulheres, jovens, raça, Muitos parceiros, não tem parceiro fixo, transar antes do casamento ou sexo fora do casamento.

Questão 37 - Como a AIDS pode ser transmitida?

Categorias Iniciais

- 1. Relações sexuais** – termos ou expressões que façam referências a relações sexuais ou sexo, sêmen, secreções sexuais, sem demais especificações ou qualificações.
- 2. Sexo de risco** – termos ou expressões que façam referências a relações sexuais ou sexo, com especificações ou qualificações, tais como: relações sexuais sem camisinha; sexo com pessoa contaminada; muitos parceiros sexuais; sexo com prostitutas; sexo com desconhecidos; entre outros.
- 3. Transfusão de sangue** – termos ou expressões que façam referência a transfusão de sangue, doação de sangue ou de órgãos ou que indique o contato com sangue via processo clínico.
- 4. Contato Sangue** – termos ou expressões que façam referência a contatos com sangue contaminado ou não, contato com ferimentos ou feridas, ou referências ao contato com sem especificações ou qualificações.
- 5. Seringas no uso de drogas** – termos ou expressões que façam referência a seringas ou agulhas destinadas ou compartilhadas no uso de drogas ou drogas injetáveis.
- 6. Seringas reutilizadas** – termos ou expressões que façam referências a reutilização de seringas ou agulhas ou uso de seringas ou agulhas não descartáveis, reutilizadas, fazendo ou não referência estarem contaminadas.
- 7. Outros** – termos ou expressões que façam referência a objetos, não citados anteriormente, tais como: alicatinho de manicuro; dentistas, instrumentos pontiagudos, entre outros.

Categorias Globais

- 1. Sexo** – é composta pelas categorias iniciais que façam referência a sexo e relações sexuais, sêmen, secreções sexuais, contatos sexuais ou a indicações sobre parceiros sexuais.
- 2. Sangue** – é composta pelas categorias iniciais que façam referência a sangue, transfusão de sangue ou transplante de órgãos.
- 3. Seringas** – é composta pelas categorias iniciais que façam referência a seringas no uso de drogas e seringas reutilizadas, descartáveis, contaminadas ou não.
- 4. Outros** – é composta pela categoria inicial outros conforme descrito acima.

Questão 38. Na sua opinião, quem está mais sujeito a “pegar” Aids?

Categorias

- 1. Não usa camisinha** – termos ou expressões que indique o não uso da camisinha.
- 2. Não se previne** – termos ou expressões que façam referência a falta de prevenção mesmo sem qualquer especificação ou com indicações vagas e imprecisas tais como: aqueles que não se previnem, não se protegem, irresponsáveis, não acreditam que possam pegar, não têm cuidado, entre outros.
- 3. Tem muitos parceiros** – termos ou expressões que façam referência ao número de parceiros sexuais, indicações sobre a qualidade dos parceiros ou referências sobre a quantidade de atividade sexual, tais como: têm muitos parceiros, relações com desconhecidos ou promíscuos.
- 4. Todos** – termos ou expressões que indiquem que todos, indistintamente, estão sujeitos a AIDS, tais como: todos, todo mundo ou ninguém “escapa”.
- 5. Usa drogas** – termos ou expressões que façam referência aos usuários de drogas especificando ou não se são usuários de drogas injetáveis.
- 6. Pertence ao grupo de risco** – termos ou expressões que façam referência ao grupo de risco especificamente ou a homossexuais, *gays*, prostituta, garotas de programas ou aqueles que necessitam de transfusão de sangue.
- 7. Homens/Mulheres** – termos ou expressões que façam referência aos homens e mulheres.
- 8. Não têm informação** – termos ou expressões que façam referência aos desinformados, quem não tem acesso a informação.
- 9. Outros** – todos os demais termos ou expressões não especificadas anteriormente.

Questão 38. Porquê?**Categorias**

- 1. Compartilham seringas ou objetos** – termos ou expressões que façam referência a compartilhar seringas, agulhas ou objetos pessoais.
- 2. Acaso** – termos ou expressões que façam referência ao acaso ou que não apresente definições ou explicações tais como: a AIDS não escolhe, não há distinção, quem “dá azar”.
- 3. Comportamento** – termos ou expressões que façam referência a comportamentos com ou sem especificações tais como: depende do comportamento, todos somos humanos e erramos, falta de fidelidade ou devido ao impulso.
- 4. Desconhecimento dos contaminados** – termos ou expressões que façam referência a impossibilidade de se saber quem está contaminado, tais como: não se sabe quem está contaminado ou alguém que está com o vírus e não se sabe.
- 5. Processo biológico da transmissão** – termos ou expressões que façam referência ao processo de transmissão do vírus tais como: porque é transmitida pelo sêmen, secreções, pelo sangue contaminado, pelo sangue menstrual ou pelos fluidos corporais.
- 6. Outros** – todos os demais termos ou expressões que não especificados anteriormente.

Questão 39. Quais os cuidados que uma pessoa deve ter para não “pegar” Aids?

Categorias Iniciais

- 1. Categorias iniciais** – termos ou expressões que façam referência ao uso da camisinha ou preservativo durante a relação sexual.
- 2. Escolher parceiros** – termos ou expressões que façam a referência ao parceiro sexual e que indiquem que deve existir algum critério, objetivo ou não, para manter relações sexuais tais como: não transar com qualquer um, escolher parceiros, ter cuidado com as pessoas, ver bem com quem se deita, conhecer seus companheiros, ter parceiro fixo, diminuir o número de parceiros.
- 3. Usar seringas descartáveis** – termos ou expressões que façam referência ao uso de seringas ou agulhas descartáveis ou esterilizadas para a reutilização.
- 4. Não compartilhar seringas** – termos ou expressões que façam referência ao não compartilhamento de seringas ou agulhas.
- 5. Cuidado com sangue** – termos ou expressões que façam referência ao sangue contaminado ou não, transfusão de sangue, contatos com ferimentos com ou sem sangue e doação de sangue.
- 6. Não usar drogas injetáveis** – termos ou expressões que façam referência ao não uso de drogas injetáveis.
- 7. Ter cuidado** – termos ou expressões que façam referência a cuidados, porém sem especificações ou esclarecimentos tais como: proteger-se, ter relações seguras, prevenir, se cuidar, se amar, ser informado, bom senso, se preservar, fazer teste do HIV, fazer “chekup”.
- 8. Cuidado com objetos** – termos ou expressões que façam referência a objetos compartilhados ou não que não seringas e agulhas tais como: objetos, alicates de manicuro, instrumentos pontiagudos ou giletes.

Questão 39. Quais os cuidados que uma pessoa deve ter para não “pegar” Aids?

Categorias Globais

1. **Sexo** – é composta pelas categorias iniciais “usar camisinha” e “escolher parceiros” que fazem referência a sexo, relações sexuais, parceiros e uso de camisinha ou preservativo.
2. **Seringas** – é composta pelas categorias iniciais “usar seringas descartáveis” e “não compartilhar seringas”, cujos termos ou expressões fazem referência a seringas e agulhas.
3. **Sangue** – é composta pela categoria inicial “cuidado com sangue” descrita anteriormente.
4. **Drogas** – é composta pela categoria inicial “não usar drogas injetáveis” descrita anteriormente.
5. **Ter cuidado** – é composta pela categoria inicial “ter cuidado” descrita anteriormente.
6. **Objetos** – é composta pela categoria inicial “cuidado com objetos” descrita anteriormente.

Questão 64. Qual a sua opinião sobre as atividades sobre Aids que ocorrem na escola – (Palestras ou em Sala-de-Aula)

Categorias

- 1. Impressões positivas** – termos ou expressões que façam referências positivas as atividades de prevenção desenvolvidas mesmo sem especificações tais como: boa, legal, conscientizam, dá sossego, importante, interessante.
- 2. Educativas** – termos ou expressões que façam referência a qualidade ou aspecto educativo da atividade tais como: Informativa, esclarecedora, ajudam a entender, educam, promovem o conhecimento, a gente fica sabendo.
- 3. Insuficientes** – termos ou expressões que façam referência a insuficiência ou aos aspectos negativos das atividades tais como: deveria melhorar, não gosto, pouco assunto, não sai sabendo tudo, deixou muitas dúvidas.
- 4. Prevenção** – termos ou expressões que façam referência aos aspectos preventivos, mesmo sem especificações desses aspectos tais como: alertam, previnem, orientam, não deixam fazer besteiras.

Questão 66. Como você gostaria que essas atividades ocorressem e quais os assuntos que você acha que deveriam ser tratados?

Categorias

- 1. Interativas** – termos ou expressões que façam referência a interatividade das atividades com os alunos tais como: dinâmicas, divertidas, com jogos, passando vídeos, teatro, gincanas.
- 2. Palestras** – quanto fazem referência específica a palestras.
- 3. Contextualizadas** – termos ou expressões que indiquem ou consideram contexto do aluno ou suas necessidades tais como: abertamente, com respeito, natural, espontâneo, sem constrangimento, permitisse o debate.
- 4. Participantes externos** – quando indicam a participação de pessoas convidadas pela escola como médicos, psicólogos, portadores, entendidos ou especialistas.
- 5. Regularidade** – termos ou expressões que façam referência a regularidade da realização das atividades tais como: deveriam ocorrer sempre, todos os meses, semanalmente.
- 6. Sala de aula** – termos que indiquem a sala-de-aula ou durante o período de aulas tais como: durante a Aula, na sala de aula, horário de aula.

ANEXO 4

Correlações Estatísticas

Tabela 9

Posição da AIDS como preocupação relacionada às cinco primeiras indicações

Cinco Principais Preocupações	Posição da Preocupação com a AIDS			
	1ª. Série		3ª. Série	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
1	5 ^a .	3 ^a .	8 ^a .	10 ^a .
2	4 ^a .	1 ^a .	4 ^a .	5 ^a .
3	2 ^a .	6 ^a .	6 ^a .	5 ^a .
4	4 ^a .	4 ^a .	8 ^a .	1 ^a .
5	5 ^a .	8 ^a .	10 ^a .	6 ^a .
Geral	5^a.	4^a.	8^a.	6^a.

Correlação de Spearman para $\alpha = 0,05$, $N = 5$, r_s crítico = 0,90

1. $r_s = 0,052$ entre alunos e alunas da 1^a. série
2. $r_s = 0,368$ entre alunos e alunas da 3^a. série
3. $r_s = 0,703$ entre alunos da 1^a. série e alunos da 3^a. série
4. $r_s = 0,730$ entre alunos da 1^a. série e alunas da 3^a. série
5. $r_s = 0,666$ entre alunas da 1^a. série e alunos da 3^a. série
6. $r_s = 0,051$ entre alunas da 1^a. série e alunas da 3^a. série

Tabela 10Primeira das indicações dos Valores Sociais mais importantes

Valores Sociais	1 ^a . Série		3 ^a . Série	
	Sexo		Sexo	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
	%	%	%	%
Segurança e Cidadania	49,1	46,1	33,6	32,8
Igualdade social	33,4	36,6	37,6	32,3
Liberdade individual	10,9	3,5	20,7	12,0
Solidariedade	6,6	13,8	8,1	22,9
Totais	100	100	100	100

Correlação de Spearman para $\alpha = 0,05$, $N = 4$, r_s crítico = 1,00

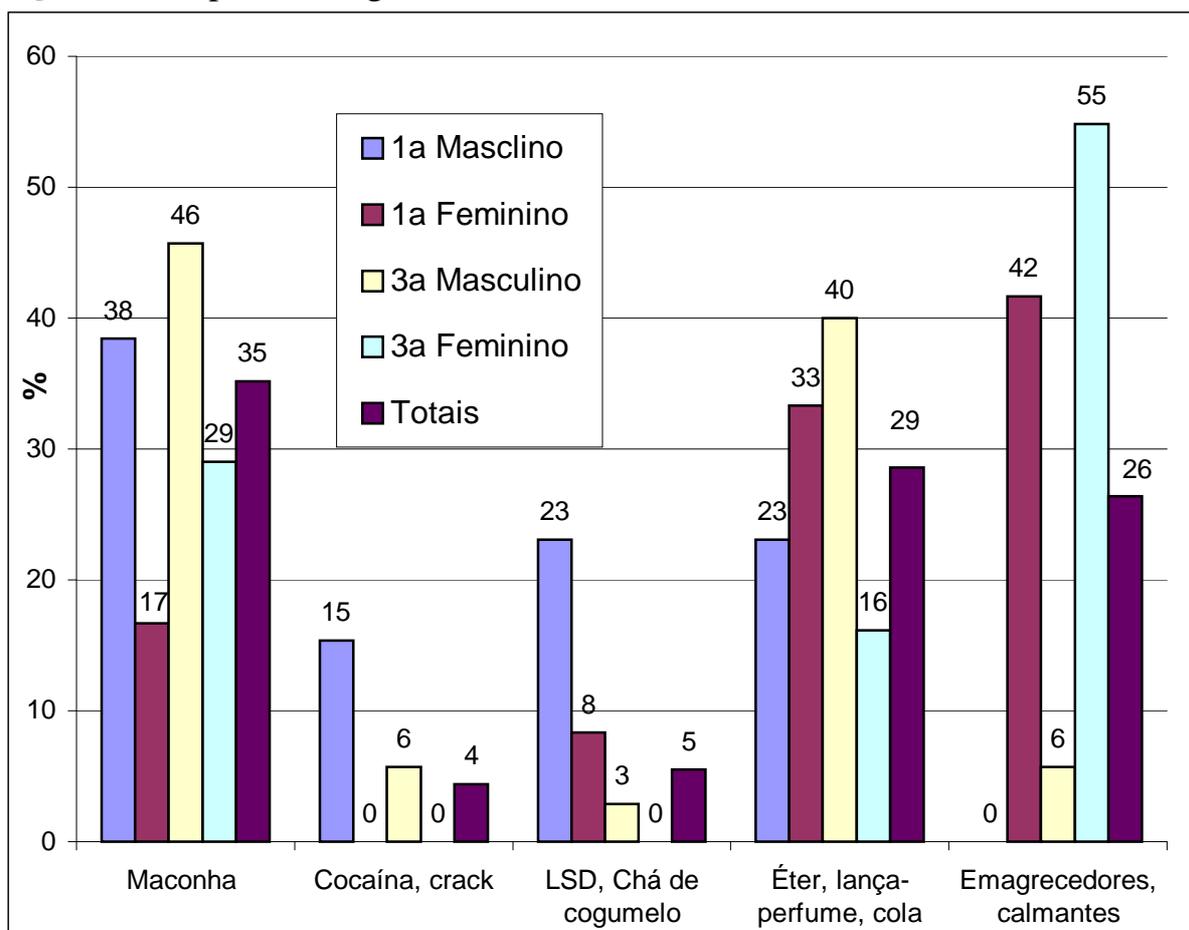
1. $r_s = 0,800$ entre alunos e alunas da 1^a. série
2. $r_s = 0,600$ entre alunos e alunas da 3^a. série
3. $r_s = 0,800$ entre alunos da 1^a. série e alunos da 3^a. série
4. $r_s = 0,800$ entre alunos da 1^a. série e alunas da 3^a. série
5. $r_s = 0,600$ entre alunas da 1^a. série e alunos da 3^a. série
6. $r_s = 1,000$ entre alunas da 1^a. série e alunas da 3^a. série

Tabela 14Indicações sobre os hábitos de “sair”

Sai com	1 ^a . Série						3 ^a . Série						Total Geral	
	Masculino		Feminino		Totais		Masculino		Feminino		Totais		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
A família	63	18,9	87	25,1	150	22,1	66	19,5	75	22,2	141	20,9	291	21,5
Só	63	18,9	46	13,3	109	16,0	53	15,7	38	11,2	91	13,5	200	14,7
Amigos/as do mesmo sexo	81	24,3	92	26,5	173	25,4	86	25,4	83	24,6	169	25,0	342	25,2
Namorado/a	32	9,6	33	9,5	65	9,6	38	11,2	51	15,1	89	13,2	154	11,4
Amigo/as de ambos os sexos	94	28,2	89	25,6	183	26,9	95	28,1	91	26,9	186	27,5	369	27,2
Totais	333	100	347	100	680	100	338	100	338	100	676	100	1.356	100

Correlação de Spearman para $\alpha = 0,05$, $N = 5$, r_s crítico = 0,90

1. $r_s = 1,000$ entre todos os alunos da 1^a, e 3^a, séries
2. $r_s = 0,872$ entre alunos e alunas da 1^a, série
3. $r_s = 0,900$ entre alunos e alunas da 3^a, série
4. $r_s = 0,974$ entre alunos da 1^a, série e alunos da 3^a, série
5. $r_s = 0,820$ entre alunos da 1^a, série e alunas da 3^a, série
6. $r_s = 0,900$ entre alunas da 1^a, série e alunos da 3^a, série
7. $r_s = 0,800$ entre alunas da 1^a, série e alunas da 3^a, série

Figura 15: Tipos de drogas utilizadas,

Correlação de Spearman para $\alpha = 0,05$, $N = 5$, r_s crítico = 0,90

1. $r_s = -0,205$ entre alunos e alunas da 1^a, série
2. $r_s = 0,500$ entre alunos e alunas da 3^a, série
3. $r_s = 0,526$ entre alunos da 1^a, série e alunos da 3^a, série
4. $r_s = -0,131$ entre alunos da 1^a, série e alunas da 3^a, série
5. $r_s = 0,307$ entre alunas da 1^a, série e alunos da 3^a, série
6. $r_s = 0,872$ entre alunas da 1^a, série e alunas da 3^a, série