

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

“A Aids e as Mulheres Jovens: Uma Questão de Vulnerabilidade”

por

Kátia Regina de Barros Sanches

Tese apresentada com vistas à obtenção do Título de Doutor em Ciências na área de
Saúde Pública.

Orientador: Euclides Ayres Castilho

Co-Orientadora: Elizabeth Moreira dos Santos

Rio de Janeiro, julho de 1999

“O que será que será
Que dá dentro da gente que não devia,
Que desacata a gente, que é revelia
Que é feito uma aguardente que não sacia
Que é feito estar doente de uma folia
Que nem dez mandamentos vão conciliar
Nem todos os unguentos vão aliviar
Nem todos os quebrantos, toda alquimia
Que nem todos os santos, será que será

O que não tem descanso nem nunca terá
O que não tem cansaço nem nunca terá
O que não tem limites”

Chico Buarque

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Euclides Castilho pela orientação competente, críticas e sugestões que me foram concedidas durante o processo de construção desta tese.

À minha Co-Orientadora Elizabeth Moreira dos Santos pela orientação, conselhos preciosos e sugestões inestimáveis. Sua ajuda, amizade e estímulo foram forças decisivas para a produção deste trabalho.

Ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pela concessão da bolsa de estudos, sem a qual seria muito difícil a execução desta pesquisa.

Ao Francisco Inácio, Joaquim Valente, Kenneth Camargo, Letícia Vermelho e Luiz Fernando Tura, participantes da banca prévia, pelas críticas e sugestões.

Ao Álvaro Matida, pelo seu estímulo e colaboração na produção do projeto inicial da pesquisa.

À Célia Landman pela orientação na análise estatística.

Ao Francisco Inácio Bastos pelas discussões à época da qualificação.

Ao Chris Peterson pela ajuda na tradução do resumo e por ter me apresentado à Elizabeth Moreira.

À Marisa Palácios, chefe do Departamento de Medicina Preventiva da faculdade de Medicina da UFRJ, pela licença concedida para a finalização deste trabalho.

Aos amigos do NESC-UFRJ, em especial à Rejane, que com sua ajuda, amizade e compreensão, possibilitou-me, nessa reta final, dedicar mais tempo à tese.

Aos amigos da Assessoria de DST/Aids-SES-RJ, em especial à Asunción pelas lembranças, à Denise Pires pelo seu carinho, à Fátima Rocha pelo seu apoio e prestativa colaboração e à Roseane pelas longas conversas.

À Regina Guedes, minha “sempre-chefe”, que, em 1988, me convidou para trabalhar na então Divisão de Aids da SES-RJ.

À Lia Selig, pela sua amizade, força, carinho e presença constante.

À Christina Figueiredo, pela leitura da tese e por seu encanto.

À minha prima Márcia, pela rápida revisão do texto, tão cordial quanto criteriosa e pelos seus quadros que alegam meus olhos.

Ao Mauro, pelos ensinamentos de inglês e por sua amizade.

À Márcia Cristina, que, pacientemente me ouve nas horas de desânimo.

À Luiza, por “entender” a minha ausência.

Ao Antônio Solé, que conduziu meus olhos para essa direção.

À minha Madrinha e ao Padrinho, pelo entusiasmo que demonstram pela afilhada.

Aos meus pais pelo estímulo, conforto e carinho incondicional. À minha mãe que além de apoio emocional e organizacional, me ajudou na aplicação e verificação dos questionários, e na revisão da bibliografia.

Finalmente eu gostaria de agradecer à todos os meus amigos, pelas horas que não passamos juntos, pelas coisas que deixamos de fazer e pela torcida e compreensão.

Obrigada.

RESUMO

Esta trabalho teve como objetivo, caracterizar a vulnerabilidade individual, em relação às práticas e atitudes sobre a sexualidade, de estudantes do sexo feminino, do primeiro ano de cursos da Universidade Federal do Rio de Janeiro, visando subsidiar intervenções preventivas à transmissão do HIV.

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com uma amostra probabilística de 600 indivíduos, do sexo feminino. Jovens entre 16 e 25 anos, estudantes dos cursos de Administração, Arquitetura, Biologia, Economia, Enfermagem, Engenharia Química, Matemática e Serviço Social responderam a um questionário individual composto por perguntas de múltipla-escolha e perguntas abertas. As questões abrangeram dados que possibilitaram caracterizar esse grupo de universitárias segundo as dimensões da vulnerabilidade social e individual ao HIV.

Os resultados indicaram que, de uma maneira geral, essas estudantes têm um bom conhecimento sobre os mecanismos de transmissão do HIV, o que não se traduz de forma direta, na adoção de práticas de sexo seguro. Essas jovens têm um reduzido número de parceiros sexuais e associam diretamente o sexo ao relacionamento afetivo-amoroso. Apresentam baixa percepção de susceptibilidade pessoal ao HIV. Para elas o sexo seguro baseia-se em ter parceiro único e “escolhido”. O uso dos preservativos está mais relacionado a práticas anticoncepcionais em “períodos específicos” e sua não utilização é justificada pelo conhecimento e confiança no parceiro.

Com base nos dados desse estudo, sugere-se que as estratégias de intervenção para essas jovens, além do repasse de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, deveria também incluir estratégias de fortalecimento individual e reforço da auto-estima. Os programas de intervenção deveriam fazer todo o esforço em orienta-las para alterar os comportamentos que as ponham a risco.

Palavras-Chaves: Aids, Mulheres, Estudantes, Vulnerabilidade.

ABSTRACT

The objective of this study was to characterize the individual vulnerability of first year female students at the Universidade Federal do Rio de Janeiro with regard to practices and attitudes concerning sexuality, with a view towards supporting activities to prevent HIV transmission. The research employed a cross-sectional, descriptive design using a probabilistic sample of 600 individuals.

Female students aged 16 to 25 years and enrolled in the Schools of Business Administration, Architecture, Biology, Chemical Engineering, Economics, Mathematics, Nursing and Social Work answered an individual questionnaire consisting of both multiple-choice and open-ended questions. The questions covered data aimed at characterizing this group of university students according to their social and individual vulnerability to HIV.

The results showed that in general these students possess a high degree of knowledge concerning transmission mechanisms for HIV, but which did not translate directly as the adoption of safe sex practices. These young women have a small number of sex partners and associate sex with an affective/loving relationship. They display a low perception of personal susceptibility to HIV. In their view, safe sex is based on having a single, "chosen" partner. Condom use is more related to contraception practices during "restrict periods, while non-utilization is justified based on knowledge of and trust in one's sexual partner.

The study data suggest that, in addition to transmitting information on sexual and reproductive health, intervention programs target to these young women should include individual empowerment strategies, bolstering self-esteem, and encouragement for overall autonomy. Intervention programs should make concerted efforts to help them alter risk behavior that favor their exposure to HIV.

Key Words: AIDS, Women, Students, Vulnerability,

SUMÁRIO

RESUMO	iv
ABSTRACT	v
SUMÁRIO	vi
LISTA DE TABELAS E QUADROS	viii
LISTA DE ABREVIACÕES	x
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1	
OS CAMINHOS DA AIDS	15
1.1 Aids, Um Pequeno Resumo	15
1.2 Os Caminhos da Aids no Brasil	20
1.3 Dados Sobre Aids no Brasil	22
CAPÍTULO 2	
A AIDS E AS MULHERES BRASILEIRAS	26
2.1 Aids e as Mulheres	26
2.1.1 Magnitude do Problema	26
2.1.2 Mulheres no Mundo dos Homens.....	27
2.1.3 Vulnerabilidade e Negociação	28
2.2 Dados e Imagens	31
2.2.1 Aids e Mulheres no Brasil	31
2.2.2 Aids e Mulheres no Estado do Rio de Janeiro.....	36

CAPÍTULO 3

PENSANDO O PROBLEMA: MULHERES, PRÁTICAS SEXUAIS E PREVENTIVAS

.....	43
3.1 Dilemas sobre Conceituação das Condutas Humanas	43
3.1.1 Estudos sobre Comportamentos: Breve Introdução	44
3.1.2 Psicologia Social e Representações Sociais	47
3.2 Teorias Específicas de Comportamento em Saúde	51
3.2.1 <i>Health Belief Model</i>	51
3.2.2 Teoria Cognitiva Social	52
3.2.3 Modelo de Redução de Risco em Aids (ARRM)	54
3.3 Premissas da Presente Abordagem	55
3.3.1 Sexualidade: Biologia e Cultura	57
3.3.2 Teoria dos <i>Scripts</i> Sociais	58
3.4 Conceito de Vulnerabilidade	59

CAPÍTULO 4

CARACTERIZANDO O ESTUDO	64
4.1 Objetivos e Hipóteses	64
4.1.1 Objetivo Geral	64
4.1.2 Objetivos Específicos	64
4.1.3 Hipótese	65
4.2 Metodologia	65
4.2.1 Descrição	65
4.2.2 Plano Amostral	65
4.2.2.1 Caracterização da Amostra	65
4.2.2.2 Seleção da Instituição	66
4.2.2.3 Tamanho da Amostra	66

4.2.2.4 Seleção dos Participantes	67	
4.2.3 Instrumento	68	
4.2.3.1 Pré – Teste	69	
4.2.3.2 Administração dos Questionários	69	
4.2.3.3 Validação dos Questionários	69	
4.2.4 Plano de Análise dos Dados	73	
4.2.4.1 Análise das Questões Abertas e Construção de Categorias de Codificação		73
4.2.4.2 Análise das Questões Fechadas	81	
4.2.4.3 Análise segundo o Conceito de Vulnerabilidade	83	
CAPÍTULO 5		
RESULTADOS E DISCUSSÃO	85	
5.1 Vulnerabilidade Social	85	
5.2 Vulnerabilidade Individual	88	
5.2.1 Fontes de Informações, Conhecimentos e Práticas Sexuais	88	
5.2.2 Auto Avaliação: Percepção de Risco e Práticas Preventivas	95	
5.3 Cenário Interpessoal	101	
5.3.1 Condições de Interações Sexuais	101	
5.3.2 Relacionamento Afetivo	102	
5.4 Cenário Intrapsíquico	103	
5.4.1 Mudança de Estilo de Vida	103	
5.5 Definição de Vulnerabilidade no Grupo de Universitárias	105	
CAPÍTULO 6		
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	111	
6.1.1 Análise Geral	111	
6.1.2 Vulnerabilidade à Infecção pelo HIV	113	
6.2 Implicações para os Programas de Prevenção	114	
BIBLIOGRAFIA	118	

ANEXOS 132

LISTA DE TABELAS E QUADROS

- Tabela 1
Distribuição proporcional dos casos de aids segundo sexo e idade - Brasil 1980-1998.....página 25
- Tabela 2
Distribuição dos casos de aids em mulheres maiores de 12 anos, segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição - Brasil 1983-1998.....página 33
- Tabela 3
Distribuição proporcional dos casos de aids segundo sexo e idade - Rio de Janeiro 1982-1998.....página 41
- Tabela 4
Distribuição dos casos de aids em mulheres maiores de 12 anos, segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição - Rio de Janeiro 1984-1998.....página 42
- Tabela 5
Características sociodemográficas segundo experiência sexual.....página 86
- Tabela 6
Distribuição das alunas segundo religião e experiência sexual..... página 87
- Tabela 7

Fontes de conhecimento sobre HIV/Aids segundo informação recebida e fonte de maior credibilidade página 89

Tabela 8
Formas referidas de transmissão página 91

Tabela 9
Crenças e conhecimentos sobre HIV/Aids.....página 91

Tabela 10
Número de parceiros sexuais por período de tempo.....página 94

Tabela 11
Suscetibilidade à infecção pelo HIV.....página 96

Tabela 12
Frequência na compra de preservativospágina 99

Tabela 13
Frequência de uso de álcool e drogas antes das relações sexuais.....página 101

Tabela 14
Mudança no estilo de vida sexual devido ao conhecimento sobre HIV/Aids..... página 104

Tabela 15
Pesos das variáveis nos fatores da análise por componentes principais, após rotação.....página 106

Quadro 1
Fator 1: Variáveis com descrição e pesos..... página 107

Quadro 2

Fator 2: Variáveis com descrição e pesos..... página 108

Quadro 3

Fator 3: Variáveis com descrição e pesos..... página 109

Quadro 4

Fator 4: Variáveis com descrição e pesos..... página 110

LISTA DE ABREVIACOES

ACP	.....	Análise por Componentes Principais	AGA	
.....	Áreas Geográficas de Afinidade	ARRM	.....	Modelo de
Redução de Risco em Aids	CDC	.....	Centros de Controle e prevenção de Doenças	CN-DST/AIDS
.....	Coordenação Nacional de DST e Aids	DST	.....	Doenças Sexualmente
Transmissíveis	FII	.....	Ficha Individual de Investigação	HBM
.....	Health Belief Model			
HIV	.....	Vírus da Imunodeficiência Humana	HTLV-III	
.....	.....	Vírus T Linfotrópico Humano – III	LAV	
.....	.....	Vírus Associado a Linfadenopatia	MS	
.....	.....	Ministério da Saúde	OMS	
.....	Organização Mundial de Saúde	PACTG076	.....	Protocolo 076 do
Grupo de Estudos Clínicos em Aids	GPA	.....	Programa Global de Aids	
SES-RJ	.....	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro		
UDI	.....	Usuário de Drogas Injetáveis	UFRJ	
.....	Universidade Federal do Rio de Janeiro	UNAIDS	.....	Programa
		Conjunto das Nações Unidas para HIV e Aids		

INTRODUÇÃO

A síndrome de imunodeficiência adquirida (aids) é um problema de Saúde Pública que alcançou proporções pandêmicas. Nos últimos tempos, poucos agravos à saúde geraram tamanho grau de interesse dos profissionais de saúde, de atividade científica, de enigma e de preconceito como a aids. O número de pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), seu modo de transmissão e seu impacto na sociedade levou a aids a ser uma doença que tem uma grande dimensão social (Bennett, 1987; Velimrovic, 1987).

Na ausência de uma vacina eficaz ou tratamento efetivo para a aids, a prevenção se baseia na educação, objetivando um maior conhecimento sobre a doença, e em propostas que promovam mudanças de comportamento. Estas mudanças comportamentais são os objetivos-chave de muitos programas de controle da aids, mas os comportamentos humanos têm múltiplos determinantes, e abordagens direcionadas somente para alguns aspectos dificilmente alcançam o sucesso (Santos, 1992).

Pesquisas sobre sexualidade indicam que as práticas sexuais, como qualquer comportamento humano, têm profunda interação com as demais representações e práticas sociais, ou seja, comportamentos sexuais são social e culturalmente organizados e prescritos (Parker, 1994). Sendo assim é necessário entender o meio sociocultural no qual o indivíduo vive, seus padrões de interpretação da realidade, seus costumes locais e práticas - fatores culturais e religiosos (Janzen, 1987)

Apesar do sucesso de alguns programas educacionais voltados para homossexuais e bissexuais masculinos nos Estados Unidos da América (Kelly et al. 1991; Martin, 1987), a prevenção da disseminação do HIV tem sido particularmente difícil, seja por insensibilidade cultural, inadequação socioeconômica das propostas frente às diferentes comunidades, ou razões pedagógicas. Outro aspecto é a evolução constante da epidemia, continuamente modificando-se e necessitando de formas renovadas e adequadas de prevenção.

Sendo a prevenção, no momento, a melhor opção para o controle da epidemia da aids, é essencial o entendimento de como a doença é percebida em um contexto cultural definido para o desenvolvimento de estratégias preventivas.

Desde o início da década de 90, a transmissão heterossexual do HIV vem crescendo. Em todo o mundo, mais de 75% dos adultos infectados no início desse período adquiriu o vírus por contato heterossexual (WHO, 1992). Esse quadro reflete a tendência da transmissão heterossexual do HIV, observada não somente em países em desenvolvimento, como também no mundo industrializado, se bem que neste último, em escala bem mais moderada, e restrita a grupos de padrão socioeconômico mais baixo.

O número de casos de aids em mulheres vem crescendo. Nos Estados Unidos, e no Reino Unido, a proporção de mulheres vem aumentando desde o final da década de 80 (Jones, 1989; XI International Conference on AIDS, Final report, 1996). Na Europa, as mulheres representam 20% de todos os casos; já na África a proporção de mulheres é estimada em torno de 50% do total de casos (XI International Conference on AIDS, Final report, 1996).

Altas taxas da infecção pelo HIV em mulheres grávidas, como as encontradas no África Sub-Saara e em alguns países do Caribe, podem em muitas regiões ter um grande impacto sobre a sociedade. Em alguns centros urbanos de Botswana, 43% das gestantes estão infectadas pelo HIV (UNAIDS, 1998).

Estima-se que desde o início da epidemia até dezembro de 1997, a aids foi a causa de óbito de 3,9 milhões de mulheres, e produziu um total de oito milhões de órfãos (UNAIDS, 1998). Nos países industrializados a taxa de infecção pelo HIV em

mulheres ainda é baixa mas está crescendo, especialmente em populações urbanas com altas taxas de outras doenças sexualmente transmissíveis e maior frequência de uso de drogas injetáveis.

Aproximadamente 33,0% (37,4% entre as mulheres e 32,1% entre os homens) dos casos de aids notificados no Brasil, atingem pessoas na faixa etária de 20 a 29 anos, sugerindo que a infecção pelo HIV foi adquirida durante a fase de adolescência ou quando esses indivíduos eram adultos jovens, dado o amplo período de latência (aproximadamente 10 anos) entre a infecção e a sua manifestação clínica.

Muitos programas de prevenção têm os adolescentes e os adultos jovens como populações-alvo, entretanto, diversas pesquisas demonstram que comportamentos de alto risco têm persistido e mesmo aumentado nessa faixa etária (Di Clement et al. 1990; Fisher e Misovich, 1990). Algumas explicações sobre esses fatos estão relacionadas a um inadequado conhecimento sobre a transmissão do HIV (MacDonald et al. 1990; Skurnick et al, 1991); atitudes negativas sobre o uso de preservativos (Jemmott e Jemmott, 1991; Keller et al, 1993) e dificuldades em discutir com o parceiro atual o uso do preservativo (MacDonald, et al. 1990). Somado a isso, existem fatores relacionados à imaturidade cognitiva e percepções de invulnerabilidade, próprias dessa faixa etária. Avaliações sobre alterações comportamentais sugerem que sem uma apreciação pessoal do risco, os comportamentos tendem a não se alterar, apesar do adequado conhecimento sobre as chances de infecção pelo HIV.

Atualmente, no Brasil, as mulheres compõem a população onde a infecção pelo HIV mais cresce. A maioria delas é jovem e tem parceiro fixo e único. Segundo dados do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo, 71% das mulheres infectadas pelo HIV contraíram o vírus dos seus maridos, noivos ou namorados com quem se relacionaram por mais de um ano (Traumann e Monteiro, 1998). Apesar disso as campanhas de prevenção têm negligenciado grande parte das mulheres em idade reprodutiva, sendo as ações preventivas dirigidas especificamente a prostitutas e gestantes.

Como a prevenção se baseia principalmente na promoção de mudanças comportamentais, é necessário implementar pesquisas sobre conhecimento, atitudes, comportamento e percepção de risco entre pessoas sob risco ou não, para o HIV/Aids em diferentes contextos socioculturais. O objetivo principal do presente estudo é avaliar a percepção de risco face à transmissão do HIV em mulheres com idade entre 16 e 25 anos, estudantes da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Esse trabalho é dividido em seis capítulos. O primeiro apresenta uma visão geral da aids em termos clínico-epidemiológicos e sociais, de uma forma global, situando o Brasil nesse contexto.

O segundo capítulo versa mais, especificamente, sobre a situação feminina e a realidade da aids, incluindo desde as dificuldades do diagnóstico às barreiras para a prevenção. Também é apresentado o perfil epidemiológico em termos do Brasil e do Estado do Rio de Janeiro e o impacto da epidemia da aids na população feminina neste estado.

O terceiro capítulo aborda os estudos sobre o comportamento humano à luz da psicologia e da sociologia. Aborda as teorias específicas de comportamento relacionadas à saúde e referencia a teoria dos *scripts* sociais. A concepção de vulnerabilidade também é discutida neste capítulo.

Os capítulos IV e V enfocam os conhecimentos, atitudes e percepção de risco de estudantes universitárias da Universidade Federal do Rio de Janeiro. No capítulo IV são expostos os aspectos metodológicos incluindo o plano amostral, o instrumento utilizado e o plano de análise dos dados. No capítulo V apresentam-se os resultados e a discussão dos dados deste estudo.

O sexto capítulo contempla as conclusões e recomendações para trabalhos com prevenção nessa população específica.

I OS CAMINHOS DA AIDS NO BRASIL

1.1 AIDS, UM PEQUENO RESUMO

A síndrome de imunodeficiência adquirida foi, primeiramente, descrita como uma nova doença em 1981 nos Estados Unidos. Entre outubro de 1980 e maio de 1981 foram notificados cinco casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* em jovens homossexuais masculinos em Los Angeles (Mansur et al, 1985). Ao mesmo tempo, 26 casos de sarcoma de Kaposi foram diagnosticados na Califórnia e New York (Peterman et al, 1985).

A ocorrência dessas doenças em jovens previamente saudáveis despertou a comunidade científica para o provável aparecimento de uma nova doença de origem desconhecida. O quadro inicial, exclusivamente presente em homossexuais masculinos, sugeriu uma doença transmissível e descreveu-se uma possível ligação entre a nova patologia e as práticas sexuais. Os casos que a seguir ocorrem em populações diversas como receptores de sangue e derivados e entre mulheres e crianças reforçaram a idéia de uma doença transmissível.

Nesse período, quando ainda não se conhecia a etiologia da doença, buscou-se através da investigação epidemiológica delimitar os possíveis mecanismos de transmissão para a doença e os principais fatores de risco e proteção. Evidências sobre uma possível etiologia infecciosa, cujo agente era transmitido pelo contato sexual e através do sangue, foram se acumulando entre o fim de 1982 e o início de 1983.

Esse vínculo inicial da doença com a homossexualidade masculina induziu, tanto a comunidade científica quanto a população em geral, a um erro de avaliação sobre as possíveis formas de transmissão, então centrada em determinados comportamentos freqüentes nessa população, o que contribuiu em parte para possibilitar a difusão da aids para outros segmentos da sociedade. Nessa ocasião, os Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC) passaram a utilizar a expressão “grupos de risco” para designar o conjunto de pessoas “mais expostas à infecção”. Em um curto espaço de tempo, casos de aids começaram a ser notificados em usuários de drogas injetáveis (CDC, 1982) e hemofílicos (Davis et al, 1983; Poon et al, 1983). Logo em seguida, o primeiro caso de aids associado à transfusão sanguínea foi diagnosticado (DeVita, 1988).

Em 1982, postulou-se que um retrovírus seria o provável agente etiológico (Essex, 1982). Em 1983 dois novos retrovírus foram isolados por Montagnier e Gallo: LAV e HTLV-III. Estudos subseqüentes mostraram que o LAV e o HTLV-III eram, na verdade, o mesmo vírus (Broder e Gallo, 1984). Após várias polêmicas, esse vírus passou a ser denominado de HIV, o vírus da imunodeficiência humana. A partir de 1985, o teste para detecção de anticorpos séricos anti-HIV se torna disponível.

As diferenças entre o perfil epidemiológico da aids no mundo industrializado e África, permitiu à Organização Mundial de Saúde (OMS) definir, em 1986-1987, padrões epidemiológicos básicos para a pandemia. Os padrões I, II e III foram propostos pela OMS, numa tentativa de explicar as diferenças, categorizando a epidemia da aids no mundo segundo conceitos algo obscuros, e, para alguns autores, preconceituosos (Ramos, 1991).

O Padrão I era aquele predominante em países industrializados incluindo América do Norte, Oeste Europeu, Austrália e Nova Zelândia. Nessas áreas, segundo a OMS, o HIV provavelmente começou a se espalhar no final da década de 70, atingindo, basicamente, homens homo/bissexuais, UDI, suas parceiras sexuais e prole.

O Padrão II referia-se à área que compreendia os países da África Sub-Saara e Caribe. Nessas áreas o contato heterossexual era o principal mecanismo de transmissão.

O Padrão III incluía países do Oriente onde o HIV teria começado a se difundir na metade dos anos 80. A característica desse terceiro grupo de países era o pequeno número de casos, via de regra, associados a contatos com pessoas de países incluídos nos padrões I e II. O Brasil situava-se como um país limite entre o padrão I e II. Esse modelo ignorou, desde o princípio, diversos determinantes socioeconômicos e culturais, o que teve conseqüências adversas sobre as estratégias de enfrentamento da epidemia. Por essas questões a tipologia de padrões I, II e III foi abandonada.

A nova geografia do HIV/Aids descrita por Mann, 1992, envolve a divisão do mundo em áreas geográficas de afinidade (AGA). Cada área foi identificada considerando-se três fatores principais: 1- epidemiológico, relacionado às características epidemiológicas da epidemia pelo HIV/Aids em cada país; 2- operacional ou programático, referente às características e nível da resposta à pandemia; 3- social, relacionado à vulnerabilidade social à difusão do HIV. As dez áreas geográficas de afinidade foram então definidas como: 1- América do Norte, 2- Oeste Europeu, 3- Oceania, 4- América Latina, 5- África Sub-Saara, 6- Caribe, 7- Leste Europeu, 8- Sul e Sudeste Mediterrâneo, 9- Nordeste Asiático, 10- Sudoeste Asiático.

A utilização da noção do conceito de AGA apresenta vantagens e desvantagens. A maior desvantagem é que esse enfoque é insensível a diferenças internas e entre países. A maior vantagem dessa abordagem é a possibilidade de desenvolver comparações em grande escala, identificando importantes e amplas tendências, e conferir um padrão global à epidemia.

A história natural da infecção pelo HIV pode ser apresentada em três fases: 1- infecção aguda; 2- fase assintomática e 3- fase sintomática. Estima-se que na ausência de qualquer intervenção terapêutica, a mediana de progressão da infecção aguda à fase sintomática (período de incubação) seja de aproximadamente 10 anos (Kuo, et al., 1991). Segundo David Ho (1995), essa incubação é aparente, não havendo uma latência real. Mesmo indivíduos assintomáticos e imunocompetentes produzem uma quantidade de vírus que tem uma meia-vida extremamente curta (menos de seis horas). A estimativa do “período de incubação” varia com a idade do paciente no momento da infecção e é significativamente mais curta entre crianças e idosos. Essa variação é

observada mesmo entre adultos de 20 e de 40 anos (Rosemberg, et al., 1994). Evidências recentes indicam que, após o ajuste por idade, o período de incubação é similar entre usuários de drogas injetáveis, indivíduos infectados por via sexual e hemofílicos. Entre os receptores de sangue esse período é mais curto, provavelmente pela grande quantidade do vírus transmitida por essa via. O período de incubação não parece variar significativamente entre homens e mulheres ou em diferentes grupos raciais. A efetividade da terapia antiretroviral combinada que inclui inibidores da protease, e o emprego rotineiro de profilaxia das infecções oportunistas, vêm diminuindo substancialmente a progressão da doença, e parece estar alterando significativamente o seu curso, aumentando o tempo e a qualidade de vida dos indivíduos infectados pelo HIV.

As particularidades da infecção pelo HIV em países sub-desenvolvidos podem resultar em uma maior gravidade do quadro clínico. A co-infecção do HIV com outros agentes infecciosos (como o da tuberculose) e, eventualmente, com outras doenças tropicais como a leishmaniose tegumentar (Coutinho, et al, 1996), somada a uma situação precária do sistema de atenção à saúde, certamente ocasionaram uma evolução mais rápida da doença nesta população.

O HIV é transmitido através do contato sexual; exposição ao sangue e hemoderivados ou da mãe para o filho, tanto em útero, no momento do parto ou através do aleitamento materno. O HIV já foi identificado no sangue, saliva, lágrima, fluido cérebro-espinal, tecido cerebral, urina, sêmen, leite materno, líquido amniótico e secreções vaginais. Entretanto, a baixa carga de vírus e a baixa frequência do seu isolamento da maioria desses fluidos sugerem que, com exceção do sangue, sêmen, secreções vaginais e leite materno, os demais fluidos desempenham um papel insignificante na transmissão do HIV.

Em países desenvolvidos economicamente, os contatos sexuais entre homens homo/bissexuais constituem, desde o início da epidemia, os principais mecanismos de transmissão. Apesar do preconceito sofrido, os homens homo/bissexuais tomaram previamente consciência do seu risco, e isso fez com que se organizassem para o enfrentamento da epidemia. Em New York, San Francisco e Los Angeles, em parte devido às campanhas de prevenção, a incidência de aids cresceu menos rapidamente do que se

estimava após 1986 (Karon e Berkelman, 1991). Entretanto, evidências sugerem que alguns homens homo/bissexuais, particularmente adolescentes e grupos étnicos minoritários, continuaram não mantendo práticas de sexo seguro (Stall et al., 1990).

Por estar presente no sêmen e secreções vaginais o HIV pode ser transmitido para ambos os parceiros durante uma relação sexual (Vogt et al, 1987). A principal forma de transmissão para as mulheres é o contato heterossexual. Além disso, existe a transmissão secundária ao compartilhamento de agulhas e seringas e outros equipamentos de injeção no uso de drogas injetáveis. Alguns fatores como a presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST) ulcerativas (Plummer et al, 1991; Guimarães, 1992) ou não (Laga et al, 1993) e parceiros infectados por mais tempo pelo HIV (Laga et al., 1989) podem aumentar a probabilidade da transmissão do vírus durante o intercuro sexual.

O HIV pode afetar quase todos os órgãos ou sistemas, resultando em uma ampla gama de manifestações clínicas. Algumas delas resultam diretamente da infecção pelo vírus e outras resultam da ação de outros agentes infecciosos e das alterações do sistema imunitário de um modo geral.

A caquexia (Nahlen et al, 1991), a candidíase esofágica e o herpes simples (Fleming et al, 1991) foram as patologias encontradas mais freqüentemente associadas ao diagnóstico do HIV em mulheres quando comparados à infecção em homens. Em estudo realizado com 200 mulheres infectadas pelo HIV, a candidíase vaginal, infecção de alta prevalência no Brasil, foi a manifestação clínica inicial mais freqüente (37,0% das mulheres sintomáticas).

Outras doenças reconhecidamente associadas à aids, como a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, a tuberculose, o herpes zoster, a retinite por citomegalovírus e outras, foram responsáveis por 7,0% dos diagnósticos de aids (Barbosa e Villela, 1996). Diversos estudos concluíram que as mulheres com infecção pelo HIV têm um risco maior para displasias e cânceres do trato genital, como o câncer cervical uterino.

Cabe observar que essas doenças foram incluídas na revisão de definição de caso dos CDC, apenas em 1993. O carcinoma cervical invasivo também foi incluído pela Coordenação Nacional de DST/AIDS-MS, na nova revisão da definição de caso de aids entre maiores de 12 anos em 1988 (CN-DST/AIDS, 1998a).

É necessário enfatizar que essas evidências compõem um quadro epidemiológico global complexo. Apesar da crescente integração mundial, permeada por profundas desigualdades sociais, as condições micro-culturais devem ser observadas para a adequada avaliação dos quadros endêmicos específicos.

A compreensão das particularidades que a história natural da infecção pelo HIV determina na população feminina, as nuances da prevenção às voltas com a problemática da sexualidade e das relações de gênero, a intervenção do papel social feminino nas redes de apoio social como a maternidade, definem como prioritários os estudos que enfoquem questões da pandemia relacionadas à população feminina.

Longe de restringir-se aos estudos biomédicos, é conveniente ressaltar a necessidade de investigações que enfoquem a dinâmica da atenção à saúde das mulheres infectadas pelo HIV e mulheres com aids, o impacto dos custos específicos de tratamento, as repercussões sobre os serviços de saúde e até mesmo nas relações de trabalho.

1.2 OS CAMINHOS DA AIDS NO BRASIL

No Brasil, os primeiros casos de aids foram identificados em 1982, quando sete pacientes masculinos com práticas homo-bissexuais, foram diagnosticados (CN-DST/AIDS, 1998c). Um caso foi reconhecido retrospectivamente no Estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980 (CN-DST/AIDS, 1998c). Os modelos epidemiológicos, o discurso científico, bem como as

representações na mídia passaram a enfatizar a semelhança com a distribuição dos casos de aids nos Estados Unidos no início da década de 80. Diante dessa constatação amplamente divulgada pelos meios de comunicação, a sociedade brasileira construiu núcleos de resistências sociais e culturais, provocando atitudes de discriminação, medo e de preconceito analisadas por Daniel e Parker (1991) no contexto do que esses autores denominaram de a “terceira epidemia”.

Mesmo com o passar do tempo e o reconhecimento dos mecanismos de transmissão, a aids continuou a ser relacionada com a prática homossexual masculina, a pessoas promíscuas e de hábitos não aceitos pela sociedade. Sendo assim, as pessoas ditas “normais” não teriam com o que se preocupar. Tanto em nível científico quanto popular, a aids no Brasil não tem sido tratada somente como uma doença de homossexuais e “marginais”, mas também e principalmente, como a “doença do outro” (Daniel, 1989).

O modelo ideológico da “doença do outro”, vigoroso no início da epidemia, gerou por parte dos órgãos governamentais e de vários grupos sociais importantes, como os representantes das instituições de saúde, em especial na primeira metade da década de 80, um imobilismo com relação às campanhas de prevenção à aids. Esse imobilismo foi seguido por campanhas amedrontadoras e simplistas. O reflexo disso na população foi a não adoção de métodos de prevenção uma vez que se acreditava ser a aids uma doença “estrangeira” à vida cotidiana do cidadão. Na realidade, essa abordagem (a doença como atributo e experiência do outro) da prevenção reforça concepções tradicionais do processo saúde e doença na população. Apesar das mudanças epidemiológicas e nas campanhas de prevenção, a mudança individual continuou restrita (Baldiane et al., 1997).

Segundo Barbosa, 1993, com a visão da aids como sendo a “doença do outro” foram surgindo, com o tempo, outros “grupos de risco” que vem mobilizando a comunidade científica e a opinião pública: o da “população geral” e dentro dele as mulheres. Caracterizar a construção do “outro” e as condições associadas a esta construção no grupo feminino tem sido objeto de alguns estudos.

1.3 DADOS SOBRE AIDS NO BRASIL

Desde o início da epidemia até o final de 1997, um número estimado de 30,6 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV em todo o mundo. Deste total, 17,2 milhões (58,0%) são homens e 12,2 milhões (42,0%) mulheres. A maioria das infecções, aproximadamente 28 milhões (93,0%) ocorreu em países subdesenvolvidos economicamente; sendo 68,0% na África Sub-Saariana e 18,0% no sudeste Asiático (UNAIDS report, 1998).

Segundo dados do Programa Global de Aids (GPA), o Brasil situa-se entre os três primeiros países do mundo em número absoluto de casos registrados, abaixo apenas dos Estados Unidos da América e do Quênia. Entretanto, quando são consideradas as incidências relativas, o Brasil passa a ocupar uma posição entre 40º e 50º posto do *ranking* mundial (WHO, 1998). Até novembro de 1998, 145.327 casos tinham sido notificados ao Ministério da Saúde, representando uma incidência acumulada de 100,5/100000 habitantes (CN-DST/AIDS, 1998b).

Nos primeiros anos da epidemia os casos de aids estavam restritos à região Sudeste. De modo contínuo, a epidemia se difunde para o conjunto da federação, com taxas anuais crescentes em praticamente todos os Estados.

Apesar da presença de casos em todos os Estados, eles não são uniformemente distribuídos. A maioria se concentra na região Sudeste, tendo o Rio de Janeiro e São Paulo 14,4% e 48,3% dos casos, respectivamente. Esse padrão é similar àquele encontrado nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, onde a maioria dos casos ocorre em grandes centros urbanos.

No Brasil, essa situação está mudando, uma vez que paralelamente à expansão da epidemia no eixo Rio - São Paulo, sua ocorrência está aumentando em centros urbanos menores e, geograficamente, mais afastados. Os dados referentes à notificação de casos indicam que a epidemia vem crescendo de forma mais acelerada no eixo que passa pelo interior de São Paulo e estados da região Centro-Oeste e parte da região Norte (Bastos, 1995). A década de 90 testemunha altas taxas anuais de incidência em regiões, como a Centro-Oeste, com uma taxa de 70,9/100000 habitantes, no ano de 1997 (CN-DST/AIDS, 1997). Mais recentemente observamos um crescimento expressivo na região Sul, que apresentou em 1998 uma taxa de 95,7/100000 habitantes (CN-DST/AIDS, 1998b).

Análises sobre as alterações das características socio-econômicas dos casos de aids notificados à Coordenação Nacional de DST/AIDS, como a escolaridade (Castilho et al., 1994), apontam para uma incidência crescente de casos novos da doença em pessoas pertencentes a estratos socioeconômicos mais pobres. Esses dados indicam que a evolução da epidemia vem se caracterizando entre nós por um processo de pauperização somado à já descrita interiorização, embora ainda basicamente concentradas em regiões urbanas.

A observação mais detalhada do problema evidencia a presença de microepidemias diferenciadas segundo critérios geográficos, com taxas de incidência e prevalência da aids bastante distintas e diferentes perfis de transmissão. Não se pode comparar por exemplo, a epidemia em Itajaí ou Santos com a distribuição de doença em Manaus ou Rio de Janeiro. Mesmo na cidade do Rio de Janeiro as diferenças são marcantes se tomarmos como objeto de análise a sua interação com outros agravos à Saúde Pública como a tuberculose (Santos, 1996).

Analisando os dados da Coordenação de DST/AIDS-MS até novembro de 1998, podemos observar na distribuição dos casos de aids por idade, que mais de 95% dos casos têm idade superior a 12 anos. Aproximadamente 70,0% estão na faixa etária entre 20 e 39 anos. A distribuição por sexo indica que 77,3% são homens e 22,7% mulheres. A moda de idade entre homens é de 30-34 anos e entre mulheres de 25-29 anos, sugerindo que as mulheres se infectam em idades mais jovens. A distribuição proporcional dos casos de aids segundo sexo e idade pode ser vista na tabela 1.

Entre indivíduos maiores de 12 anos, a relação sexual foi o modo de transmissão em 54,3% dos casos (76191). Deste total, 44484 casos (58,4%) foram registrados entre homens homo/bissexuais.

A transmissão sangüínea foi responsável por 33197 casos (23,6%). Destes, 4004 (12,1%) foram registrados entre receptores de sangue e derivados e 22193 (87,9%) entre usuários de drogas injetáveis (UDI).

A proporção de homens homo/bissexuais decresceu de 71,3%, em 1986, para 24,6% em 1998. A percentagem de UDI aumentou de 4,8%, no ano de 1986, para 14,0%, no ano de 1998.

Também ganha relevo crescente a transmissão heterossexual. Enquanto no período de 1980-1989, esta categoria representava 6,9% dos casos notificados, este número passou para 41,3% em 1998. Sem negar um real aumento da transmissão heterossexual, devemos considerar que esse aumento pode resultar parcialmente de um erro de classificação do mecanismo de transmissão, especialmente entre homens. Dois fatores reforçam essa possibilidade: 1) o excesso de homens nessa categoria; e 2) o fato dos casos de transmissão heterossexual serem semelhantes aos casos entre homo/bissexuais no que se refere a fatores sociodemográficos e alta prevalência de sarcoma de Kaposi (Castilho et al, 1991). É sabido que o sarcoma de Kaposi ocorre mais freqüentemente entre homens homo/bissexuais, e que entretanto, a proporção desse sarcoma entre essa categoria de exposição e a de homens heterossexuais com aids é bastante similar no Brasil.

A distribuição dos casos por sexo indica uma tendência de crescimento da epidemia na população feminina. A razão homem:mulher, que em 1983/84 era de 16:1, diminuiu para 2:1 em 1998. A diminuição dessa razão é um indicador do crescimento da transmissão entre as mulheres, infectadas principalmente através da relação sexual com homens bissexuais e UDI. Esta conclusão entretanto deve ser interpretada com algumas restrições, uma vez que 20,0% das mulheres com aids, e maiores de 12 anos, são elas próprias UDI.

Outro dado importante é a contínua diminuição proporcional do número de casos relacionados à transfusão sangüínea entre as mulheres. Este era o principal modo de transmissão desde o início da epidemia (22,8% dos casos durante o período de 1980-1987), mas, em 1997, ele representava apenas 2,7% dos casos. Deve-se destacar que até 1986 os bancos de sangue não eram objeto de nenhum controle sistemático. A partir do final da década de 80 passou a ser obrigatória a testagem anti-HIV em todo o sangue doado e foi instituída a aplicação de um questionários que tinha como objetivo uma melhor seleção dos doadores.

Os dados aqui analisados sobre a epidemia pelo HIV/Aids baseiam-se nos casos notificados da doença, que não traduzem a real magnitude do problema, dada a defasagem temporal entre infecção e doença. A partir de dados de estudos de prevalência de infecção em populações-sentinela, o número de pessoas na faixa etária de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV foi estimado, para o final do ano de 1996, em aproximadamente 410.000, sendo que 170.000 seriam mulheres (Castilho, 1996).

TABELA 1:
Distribuição proporcional dos casos de aids segundo sexo e idade - Brasil 1980-1998*

Grupo etário (Anos)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	(%)
	Nº	(%)	Nº	(%)		
Menor de 1	1089	1,0	985	3,0	2074	1,4
1 a 4	945	0,8	1050	3,2	1995	1,4

5 a 9	380	0,3	262	0,8	642	0,4
10 a 12	170	0,2	58	0,2	228	0,2
13 a 14	172	0,2	38	0,1	210	0,1
15 a 19	2243	2,0	952	2,9	3195	2,2
20 a 24	11268	10,0	4543	13,8	15811	10,9
25 a 29	23415	20,8	7115	21,6	30530	21,0
30 a 34	25970	23,1	6501	19,7	32471	22,3
35 a 39	19272	17,1	4514	13,7	23786	16,2
40 a 44	12278	10,9	2908	8,8	15186	10,4
45 a 49	6851	6,1	1640	5,0	8491	5,8
50 a 54	3615	3,2	1052	3,2	4667	3,2
55 a 59	2103	1,9	597	1,8	2700	1,9
60 a mais	2246	2,0	636	1,9	2882	2,0
Ignorado	384	0,3	75	0,2	458	0,3
Total	112401	100,0	32926	100,0	145327	100,0

Fonte: Coordenação Nacional de DST/AIDS - MS
 (*) 1998 (Dados preliminares até 28 de novembro de 1998).

II AIDS E AS MULHERES NO BRASIL

2.1 AIDS E AS MULHERES

2.1.1 A Magnitude do Problema

A OMS estima que durante a primeira década da pandemia, existiam aproximadamente 500.000 casos de aids em mulheres. Durante os anos 90 essas estatísticas tornaram-se ainda mais dramáticas já que a OMS calcula que a aids será a causa de morte de aproximadamente 4,0 milhões de mulheres no mundo. Esses dados são expressivos, mas não devemos esquecer da relevância de outros agravos à saúde como a tuberculose, malária, a fome e a violência que produzem também um grande impacto na morbi-mortalidade mundial.

Dados de vigilância epidemiológica da aids no Brasil, como o aumento do número de casos de aids e a diminuição da relação homem:mulher, revelam o grau em que o HIV vem se disseminando na população feminina. Evidências de vários países confirmam essa expansão, sendo que em várias regiões do mundo inúmeras conseqüências concretas para o sistema de atenção à saúde e para a rede de serviços sociais de apoio já estão presentes.

De acordo com dados dos CDC, nos Estados Unidos o número de mulheres com aids cresceu de 534 em 1985 (7,0% do total de casos de aids) para 14.081 (18%) em 1994 (CDC, 1995). Naquele país a taxa de incidência de aids está crescendo mais rapidamente entre as mulheres do que entre os homens, chegando a ser a quarta principal causa de óbito em mulheres entre 25 e 44 anos de idade (Horton, 1995). Nos estados de New York e New Jersey, a aids desde o começo da década de 90 já era a principal causa de morte em mulheres negras entre 25 e 44 anos (Chin, 1990).

Estimativas da OMS indicam que na África mais de 3 milhões de mulheres estão infectadas pelo HIV. Em algumas áreas urbanas as taxas de infecção excedem por vezes os 50% (Elias e Heise, 1993; UNAIDS Report, 1998). As trabalhadoras do sexo, cujo contato desprotegido com múltiplos parceiros sexuais aumenta seus riscos de terem sexo com alguém infectado, contribuem, entretanto, com uma pequena percentagem de mulheres com HIV/Aids na África. Entre mulheres gestantes, a prevalência do HIV em algumas regiões da África Central é estimada em 58,0% (UNAIDS report, 1998). Nessas áreas, o número de casos notificados de aids em mulheres aumentou em 40 vezes nos últimos quatro anos. No Caribe, aproximadamente 40% dos casos de aids são em mulheres (Mann e Tarantola, 1996).

Segundo a OMS, o crescimento da aids entre mulheres tem e terá um grande impacto social que vai além das implicações dessa epidemia para a população feminina em si. Se considerarmos que nos dias de hoje, as mulheres ainda assumem

culturalmente o papel de “agregadoras e cuidadoras” dos núcleos familiares, com o seu adoecimento ou morte, há um esvaziamento desse papel e isso pode levar a uma desestruturação de suas famílias.

A sexualidade é uma questão de abordagem complexa e a aids uma doença que envolve discussões e resoluções complexas pelos aspectos morais, éticos e comportamentais que a envolvem. No que diz respeito às mulheres, esses problemas se tornam ainda maiores. A situação se agrava pelo fato de uma das soluções proposta para a prevenção ser o uso de preservativos, que depende fundamentalmente da concordância do parceiro masculino. Outro fator complicador é a gestação na presença de uma infecção pelo HIV, que toma-se ainda mais preocupante, pela probabilidade de infecção do concepto.

2.1.2 A Mulher no Mundo dos Homens

Historiadores da ciência, em especial, Thomas Khun (1970), apontam para o fato de que as teorias científicas não são inteiramente objetivas, mas são antes paradigmas que refletem o contexto histórico e social vigente. Em nossa cultura, o poder institucionalizado, o autoritarismo e a dominação do homem freqüentemente resultam na aceitação, como norma, do ponto de vista masculino, o androcentrismo.

Um dos resultados do androcentrismo é relegar as mulheres a um papel secundário em termos de pesquisa clínica ou epidemiológica e cuidados de saúde. Nesse contexto, a aids representa um bom exemplo de doença na qual a mulher se apresenta em desvantagem em relação ao diagnóstico, tratamento e cuidados de saúde.

Desde o início da epidemia, a categorização dos “grupos de risco” definiu a aids como doença de homossexuais masculinos, (“a peste *gay*”), seguida pela inclusão dos usuários de drogas injetáveis e haitianos. Algum tempo depois, mesmo com o

conhecimento da etiologia e vias de transmissão do vírus, a visão mecanicista dos grupos de risco ainda era utilizada. Essa visão levou a uma plethora de problemas, resultando na priorização diferenciada de recursos para pesquisa sobre a aids em detrimento de subgrupos populacionais, incluindo as mulheres.

Apesar do grande número de mulheres infectadas e do crescente número de casos de aids nas Américas e Oeste Europeu, muito pouco em pesquisa foi feito, mundialmente com relação à população feminina. Apenas 6,7% dos estudos clínicos envolvem mulheres (Barbosa e Vilela, 1996). As primeiras conseqüências deste fato foram o subdiagnóstico e tratamento inapropriado para as mulheres (Rosser, 1991). Esses “equivocos”, decorrentes de visões ideologicamente “viciadas” trouxeram problemas como o distanciamento da visão global da questão e sobretudo geraram um imobilismo nas estratégias de prevenção.

2.1.3 Vulnerabilidade e Negociação

Nos países onde o HIV se propaga principalmente por meio da relação heterossexual, a relação sexual com penetração vaginal, sem uso de preservativo, é o principal comportamento de risco. Segundo pesquisas realizadas na Europa e Estados Unidos, 80,0% das mulheres infectadas pela via sexual afirmam que a penetração vaginal sem preservativo foi a única atividade de risco por elas praticadas (Dossiê Panos, 1993).

A percepção de vulnerabilidade pessoal pelas mulheres é importante e necessária mas não é suficiente para determinar mudanças de comportamento. Diferentes grupos sociais apresentam lógicas e concepções diferenciadas sobre a saúde e doença.

O conceito de risco é um dos mais complexos da epidemiologia, com implicações importantes para a educação em saúde. A noção que cada pessoa tem acerca do risco a que está exposta tem, freqüentemente, pouco a ver com o risco real. Mesmo

aqueles que sabem bastante sobre HIV/Aids e sobre a importância de adotar medidas de proteção, admitem que nem sempre tomam as devidas precauções. Programas de prevenção da aids que aconselham as mulheres a insistir no uso do preservativo, não se dão conta, muitas vezes, da realidade social em que elas vivem. O conhecimento sobre o risco de infecção pelo HIV é muitas vezes entendido e utilizado de maneira diferenciada. Por exemplo, a mulher trabalhadora do sexo pode insistir no uso do preservativo com um cliente e pode não usá-lo com o seu companheiro regular. Da mesma forma, muitas pessoas que não usam preservativos com o seus parceiros regulares poderão fazê-lo em um encontro casual.

“Quando você se sente feliz com determinada pessoa você pensa: ‘eu realmente quero ficar com essa pessoa’. Aí o medo de pegar uma doença com ela não é tão forte”.

Relato de uma jovem britânica entrevistada sobre seu comportamento sexual de risco (Dossiê Panos, 1993).

Um dos problemas mais críticos para as mulheres em relação à prevenção é a negociação com o parceiro do uso de métodos de sexo seguro. Quanto menor poder de barganha tem a mulher, mais difícil é para ela “pedir” ao parceiro que use o preservativo. Ao insistir (ou simplesmente pedir) para que seus parceiros usem o preservativo algumas mulheres receiam estar colocando em risco a sua relação amorosa ou mesmo perder seu parceiro. Perdendo seus parceiros elas podem estar não somente abrindo mão de uma relação que lhes dá *status* e apoio emocional, mas também suporte financeiro.

A idéia de que as práticas sexuais são negociadas não é um conceito novo. O uso de métodos anticoncepcionais é um exemplo disso. Nas últimas três décadas, inúmeras pesquisas foram implementadas com o objetivo de produzir contraceptivos eficazes. Com o advento do contraceptivo oral nos anos 60, os métodos de barreira, que independem da capacidade de negociação da mulher, foram aos poucos sendo abandonados. Com isso, o uso de preservativos nas últimas décadas foi extremamente limitado. No final dos anos 80, na maioria dos países, menos de 16% dos casais usavam preservativos como método contraceptivo. As únicas

exceções eram a Escandinávia, Hong-Kong, Singapura, Reino Unido e Japão (Berer, 1993). Dados sobre o uso de preservativos para proteção contra doenças sexualmente transmissíveis antes de 1980 são muito raros.

Se, por um lado, o uso de anticoncepcionais orais possibilitou à mulher o exercício mais livre de sua sexualidade e o direito de decidir quando e quantos filhos desejava ter; por outro lado, interferiu negativamente no processo de negociação sexual com o seu parceiro, já que predominantemente, responsabilizou-a pela contracepção.

A existência de uma assimetria de poder nas relações entre homens e mulheres, ao lado de desigualdades nas relações de gênero nas esferas sociais e econômicas (menor acesso da mulher à educação e empregos, baixos salários e dupla jornada de trabalho) acabam determinando uma situação de extrema vulnerabilidade feminina à epidemia (Parker, 1994). Uma das estratégias de diminuição da vulnerabilidade feminina que vem sendo cada vez mais enfatizada é a capacidade da mulher em negociar com o seu parceiro o uso dos métodos de proteção disponíveis. Além disso, a idéia de risco e suas relações com os estilos de vida mais saudáveis é uma das questões mais complexas nos estudos e modelos de intervenção preventiva para a promoção e proteção à saúde.

Sendo assim, os programas de prevenção à aids devem ser desenvolvidos em um contexto de compreensão da realidade socioeconômica e cultural. Assim, é necessária a participação dessas mulheres em todos os estágios das políticas e programas que estão sendo ou que venham a ser desenvolvidos.

2.2 DADOS E IMAGENS

2.2.1 Aids e as Mulheres no Brasil

Traçar o perfil da epidemia da aids em mulheres no Brasil é uma tarefa um tanto quanto difícil pela complexidade do nosso quadro epidemiológico. Somado a isso, temos uma importante diversidade regional que faz com que tenhamos um grande número de epidemias micro-regionais em constante interação no País.

É importante perceber que quando trabalhamos com casos confirmados de aids, estamos tendo um retrato da epidemia em um momento bastante anterior. Momento este acontecido em média há 10 anos atrás, quando a infecção ocorreu. Se a isso somarmos o problema do atraso das notificações (Barbosa e Struchiner, 1996) que ocorre desde o diagnóstico nos Serviços de Saúde, até seu registro pelas Coordenadorias Estaduais e pela CN-DST/AIDS, estaremos, no mínimo delimitando um perfil pouco preciso da epidemia.

Considerando-se o total de casos de aids no Brasil, em mulheres maiores de 12 anos notificados até fevereiro de 1998, a transmissão sexual foi responsável por 50,9% das notificações, a infecção através do uso de drogas injetáveis por 18,0% e a transfusão de sangue por 4,8%. Em 26,4% dos casos não foi possível identificar a categoria de transmissão.

A transmissão sexual do HIV vem assumindo ao longo do tempo uma importância cada vez maior entre a população feminina, tendo sido responsável por 88,5% das notificações em 1998. Entre a população masculina o uso de drogas injetáveis e a transmissão heterossexual vêm assumido papel de importância crescente da dinâmica da epidemia.

A tabela 2 nos permite observar ano a ano o comportamento das diversas categorias de transmissão. Até 1986, a principal categoria era a relacionada à transfusão de sangue (34,4%). No ano de 1987 começa a se observar um novo perfil epidemiológico entre as mulheres. O uso de drogas injetáveis começa a ter maior influência na epidemia entre mulheres no Brasil, representando 36,8% dos casos notificados. O papel desempenhado pelos UDI tornou-se mais marcante nos anos de 1987 a 1989 e,

a partir de então, apresentou tendência de diminuição relativa: em 1988 representava 39,3% dos casos notificados entre mulheres naquele ano e em 1998, passou para 11,3%.

Os casos associados à transfusão de sangue tiveram no período de 1987-88 um aumento em seu número absoluto e uma diminuição relativa, devido ao incremento das demais categorias de transmissão. Importantes modificações foram observadas na tendência dos casos vinculados à transmissão sangüínea, que representava 34,4% dos casos notificados em 1986 e em 1998, até novembro, nenhum caso havia sido notificado (tabela 2).

A prática heterossexual passou a ser a principal categoria de transmissão entre as mulheres a partir de 1991, tendência essa que se mantém até o período estudado. Pode-se observar que o compartilhamento de seringas e agulhas utilizadas na auto-administração de drogas injetáveis e a transfusão de sangue tiveram maior influência em um primeiro momento no perfil da epidemia; posteriormente, a transmissão heterossexual passou a participar de forma importante no crescimento do número de casos de aids. Deve-se apontar que até o momento nenhum caso confirmado de transmissão do HIV entre mulheres que fazem sexo com mulheres foi notificado.

Tabela II

O perfil da aids em mulheres no Brasil, analisado de acordo com a escolaridade, mostra uma tendência de queda do número de casos entre mulheres com nível superior de escolaridade, que representava em 1985, 50,0% dos casos e em 1992, passou a representar 7,0% do total de casos (Barbosa e Vilela, 1996). O número de casos de aids em mulheres com escolaridade de primeiro grau incompleto ou analfabeta, é representada por uma curva de tendência inversa, isto é, crescente.

À medida em que aumenta o número de casos de HIV/Aids em mulheres em idade reprodutiva, aumenta concomitantemente o número de casos de aids pediátrica. Isso é visto, principalmente, nos países sub-desenvolvidos economicamente onde as taxas de transmissão vertical são, de um modo geral mais elevadas. Em 1994, os resultados do protocolo ACTG076 (PACTG076)¹ demonstraram que a profilaxia com zidovudina (AZT) poderia diminuir o risco da transmissão vertical em aproximadamente 70% (Connors et al., 1994). Nos anos seguintes, estudos epidemiológicos nos Estados Unidos e Europa demonstraram uma redução dramática na transmissão com a introdução do PACTG076 (Cooper et al, 1996; Mayaux et al, 1997; Fiscus et al, 1997; Simonds et al, 1998; Mofenson, 1998b). Com a nova terapia de AZT por curto período e de baixo custo, proposta para países em desenvolvimento, surge uma esperança em termos de redução das taxas de transmissão vertical nesses países (Shaffer et al, 1999; CDC, 1998). No Brasil, em 81,8% dos casos em menores de 13 anos de idade, o HIV foi adquirido via transmissão materna (CN-DST/AIDS, 1998).

Para uma mulher grávida a descoberta da soropositividade para o HIV (ou se uma mulher soropositiva para o HIV descobre que está grávida), gera forte tensão emocional. A partir desse momento, ela estará lidando não somente com o seu diagnóstico como também com a possibilidade de transmissão do HIV para o seu concepto. Além disso, esse fato traz à tona

¹ Protocolo produzido pelo grupo de estudos clínicos em aids pediátrica. O regime inclui o uso do AZT oral a partir da 14^a-34^a semana de gestação, AZT intravenoso no trabalho de parto e administração de AZT oral ao neonato nas seis primeiras semanas de vida.

questões de ordem moral e ética, na medida em que se questiona o direito da mulher infectada pelo HIV optar por levar adiante ou não a gravidez.

Mesmo nos países onde o aborto é uma opção legal e segura, a mulher se depara com a escolha quase sempre angustiante entre continuar ou interromper a gravidez. Muitas mulheres soropositivas para o HIV sabedoras das características da sua doença e da possibilidade de infecção do feto, decidem continuar a gravidez. Para muitas mulheres a gravidez representa um investimento para o futuro, trazendo para suas vidas um efeito motivador.

A escolha pessoal e o risco da transmissão vertical não são os únicos fatores que influenciam a decisão de continuar ou de planejar uma gravidez. Discussões individuais sobre a maternidade muitas vezes refletem expectativas sociais e culturais muito mais amplas. Além disso, grande parte dos abortos provocados não se devem ao fato das mulheres não quererem ter filhos. Um dos fortes determinantes do aborto é a dificuldade econômica e a incerteza em relação ao futuro (Barbosa e Vilela, 1996).

A atual legislação brasileira, excetuando-se algumas situações como o estupro, não permite a prática do aborto induzido. Existe uma proposta de lei que permitiria o aborto legal para os casos de gestantes infectadas pelo HIV. Essa é uma proposta defendida por alguns setores da sociedade mas não pelas entidades de apoio aos portadores do vírus, que consideram ser esta uma proposta discriminatória.

Essa medida deve ser avaliada com cuidado uma vez que há uma acentuada diminuição da transmissão mãe-filho do HIV com a utilização do protocolo ACTG-076. Segundo Barbosa e Vilela (1996), a aprovação dessa lei poderia ter como consequência uma pressão sobre as mulheres soropositivas para o HIV, no sentido de realizar o aborto, questionando seus direitos de ter o filho.

Assim como o acesso à informação é fundamental para a prevenção da aids entre as mulheres, ele é também fundamental para as mulheres que devem tomar uma decisão relacionada à interrupção ou planejamento de uma gravidez.

À medida que aumenta o número de casos de HIV/Aids, cresce a demanda por atendimento integral e dos custos da atenção aos pacientes com aids. A crise do setor saúde, inserida no atual contexto econômico do país acompanhada da pequena quantidade de recursos destinados pelo governo para este fim, faz com que esses serviços não acompanhem de forma adequada as necessidades da população, e não tenham, em algumas regiões, nível de resolutividade frente à situação epidemiológica do país. Nunca é demais lembrar que a epidemia do HIV/Aids é apenas uma das que compõem o quadro sanitário brasileiro.

Segundo cadastramento realizado em 1993 pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, a região metropolitana dispunha de 180 leitos para pacientes com aids. A demanda estimada em fins de 1992 era de 370 leitos. A partir de 1996, com a introdução de novas drogas no arsenal terapêutico da aids, essa demanda por leitos hospitalares diminuiu substancialmente. Dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro mostram que neste ano de 1999, aproximadamente 12.200 pacientes com aids estão sendo atendidos em 52 unidades públicas, que incluem 24 Centros Municipais de Saúde e 5 hospitais-Dia.

2.2.2 Aids e as Mulheres no Estado do Rio de Janeiro

O primeiro caso feminino de aids no Brasil foi notificado em 1983, em São Paulo. No Rio de Janeiro, em 1984, foram notificados os três primeiros casos femininos do Estado. A partir de então, cresceu gradativamente o número de casos femininos, de tal forma que a proporção homem:mulher que era de 11:1 naquele ano, diminuiu para 3:1 em 1997/98 (DST/Aids-SES-RJ, 1998).

O número de casos de aids em mulheres notificado à Assessoria de DST/Aids da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), totaliza 3664 casos. Esse número representa todos os casos notificados entre 1984 e abril de 1998 em indivíduos do sexo feminino, com 13 anos de idade ou mais, no momento do diagnóstico, e residentes no Estado do Rio de Janeiro. As mulheres com menos de 13 anos não foram contempladas nessa análise por entendermos que as questões que permeiam a epidemia entre crianças são muito diferentes das relacionadas as das mulheres adolescentes e adultas.

Os dados aqui apresentados foram analisados a partir do banco de dados de casos de aids notificados à Assessoria de DST/Aids – SES-RJ. A ficha individual de investigação (FII) – “Ficha Individual de Investigação de pacientes com 13 anos ou mais (Anexo I), é o instrumento de investigação e notificação de casos de aids em adultos. Esta FII, padronizada para todos os Estados da Federação, contém os dados clínicos e epidemiológicos básicos necessários para a investigação e a notificação de casos confirmados de aids.

Nos primeiros anos da epidemia verificou-se um grande incremento no número de casos de aids em mulheres. No ano de 1986, em comparação com 1985, o crescimento foi 2,2 vezes maior. A partir de 1989, o crescimento da epidemia tem-se mantido constante, com uma média de aumento anual em torno de 25%.

Sem considerar a dinâmica própria da epidemia que no Brasil teve sua porta de entrada através de homossexuais masculinos, podemos dizer que o crescimento muito acelerado verificado entre as mulheres no final da década de 80, deveu-se possivelmente ao subdiagnóstico do período anterior, período em que a aids não era considerada uma doença capaz de comprometer o grupo feminino.

No Estado do Rio de Janeiro, a aids atinge particularmente as mulheres jovens, embora haja casos em todas as faixas etárias, verificando-se um caso notificado com idade superior a 80 anos (tabela 3). A média de idade dessa população é de 31,6 anos e a mediana de 30 anos.

Do total de 3664 casos de mulheres, 2469 (67,4%) notificações apresentavam informação sobre a forma de transmissão. Das 1195 fichas em que esse dado foi registrado como ignorado, 524 (43,9%) eram mulheres heterossexuais que negavam todas as situações de exposição a não ser parceria heterossexual única. De acordo com o sistema de informação oficial, esse grupo de mulheres são incluídas na categoria de forma de transmissão ignorada ou “em investigação”. Sendo assim, provavelmente, há uma superenumeração da categoria “ignorado”, assim como uma subenumeração da relação heterossexual enquanto situação de risco para a transmissão do HIV.

É interessante assinalar que na ficha individual de investigação de casos de aids de pacientes com 13 anos ou mais, utilizada desde janeiro de 1998, a avaliação de risco que engloba risco sexual, sangüíneo e outro, apresenta no que se refere a avaliação de risco sexual (ítem 35 a 37), alguns aspectos importantes. O primeiro deles é que a opção sexual (homossexual, heterossexual ou bissexual), registradas nas fichas de notificação anteriores, é substituída pela descrição do sexo do parceiro. O segundo é que o ítem 37 que informa sobre condições de parceria, não inclui a opção “paciente com parceria única”. Essa falta implica que na elaboração de relatórios computados, a condição possível de parceria única seja consolidada como risco ignorado. Isto sugere que na elaboração da nova FII essa possibilidade não foi considerada. Esquecimento ou clara subvalorização da transmissão heterossexual fora do estereótipo cultural da promiscuidade?

A tabela 4 contém dados sobre o comportamento das diversas categorias de transmissão por ano de diagnóstico. Nota-se que até 1987 a principal categoria de exposição relacionava-se às transfusões de sangue e derivados.

A partir do final da década de 80, começa a se verificar, através de um processo contínuo e de crescimento gradual, um novo perfil epidemiológico de aids entre as mulheres. A partir desse período, a transmissão pelo contato sexual começa a marcar indelevelmente a epidemia da aids em mulheres no Rio de Janeiro.

Nos anos 90 o papel desempenhado pela transmissão sexual tornou-se ainda mais marcante. Desde então passou a ser o principal modo de transmissão, tendência esta que vem se mantendo até o final do período estudado.

Quando analisamos os diferentes aspectos da prática heterossexual das mulheres, observamos que a parceria com homens bissexuais, representa 11,8% dos casos; a parceria com UDI 17,4% e a parceria com homens com múltiplas parceiras 16,6%. A parceria com homens que receberam transfusão de sangue ou derivados (incluindo os hemofílicos), apresenta um percentual relativamente baixo, 6,7%. Já foram comentadas as dificuldades de identificar categoria de exposição em mulheres com parceria única.

Foi observada importante modificação na tendência de crescimento de casos vinculados à transfusão de sangue. Esse modo de transmissão do HIV que representava em 1987, 49,1% dos casos de aids em mulheres, apresentou um decréscimo ao longo dos anos e passou a representar 4,4% em 1997-98. A transfusão de sangue caracterizou, em um primeiro momento, o perfil da epidemia entre as mulheres no Rio de Janeiro. Posteriormente, é a transmissão sexual que contribui majoritariamente na dinâmica de crescimento da epidemia nas mulheres.

A escolaridade, embora seja uma outra variável muito importante do ponto de vista da caracterização sócio-demográfica dessas mulheres, é um dado pouco preenchido nas Fichas Individuais de Investigação. Mais de 30% dos casos notificados apresentam escolaridade ignorada.

A análise sobre o grau de escolaridade foi feita entre os 2480 casos (67,7%) que dispunham dessa informação. A distribuição dos casos de aids segundo escolaridade e ano de diagnóstico aponta para um aumento crescente do número absoluto e relativo de casos entre as mulheres que têm o primeiro grau. Para as mulheres com nível superior, há uma pequena queda na proporção de casos no decorrer do período, sugerindo que a parcela socialmente menos privilegiada da população está sendo cada vez mais atingida.

O perfil acima desenhado para o Estado do Rio de Janeiro não difere muito do descrito por Santos (1996) para o Estado de São Paulo. Deve-se assinalar uma maior contribuição da categoria UDI nos casos de aids notificados em São Paulo, embora a distribuição deles por nível de escolaridade seja semelhante à do Rio de Janeiro.

Do ponto de vista das categorias profissionais, as donas de casa e as empregadas domésticas são as categorias de maior peso entre os casos no Estado do Rio de Janeiro. Em estudo realizado por Sanches (1995), 50,0% dos casos femininos de aids com 13 anos de idade ou mais, notificados à Assessoria de DST/Aids no período de 1984 a 1995, tem como ocupação registrada a de doméstica ou de “dona de casa”.

No Rio de Janeiro, dos casos de aids em menores de 13 anos cujo modo de transmissão foi identificado, aproximadamente 33,5% teve como categoria de exposição a transmissão perinatal. No início da epidemia a transmissão através da recepção de sangue e derivados contaminados pelo HIV era a principal categoria de transmissão entre os casos de aids em menores de 13 anos. A partir de 1992, a transmissão mãe-filho passou a desempenhar papel majoritário nesse grupo etário.

Os dados de casos notificados à Assessoria de DST/Aids da SES-RJ, indicam um crescimento, tanto em termos absolutos quanto proporcionais, do número de casos em mulheres. Apesar do provável atraso de notificação e do grande número de casos ainda em investigação pelas Secretarias Municipais de Saúde, podemos constatar um crescimento da epidemia da aids entre as mulheres.

TABELA 3:

Distribuição proporcional dos casos de aids segundo sexo e idade - Rio de Janeiro 1982-1999*

Grupo etário (Anos)	Sexo				Total	
	Masculino Nº	(%)	Feminino Nº	(%)	Nº	(%)
Menor de 1	60	0,40	59	1,51	119	0,63
1 a 4	89	0,60	119	3,04	208	1,11
5 a 9	74	0,50	48	1,23	122	0,65
10 a 14	52	0,35	16	0,41	68	0,36
15 a 19	185	1,24	81	2,07	266	1,41
20 a 24	947	6,35	368	9,41	1315	6,99
25 a 29	2425	16,27	682	17,43	3107	16,51
30 a 34	3273	21,95	691	17,66	3964	21,06
35 a 39	2774	18,61	626	16,00	3400	18,06
40 a 44	2013	13,50	448	11,45	2461	13,08
45 a 49	1149	7,71	284	7,26	1433	7,61
50 a 54	705	4,73	193	4,93	898	4,77
55 a 59	430	2,88	115	2,94	545	2,90
60 a mais	402	2,70	111	2,84	513	2,73
Ignorado	331	2,22	71	1,81	402	2,14
Total	14.909	100,0	3.912	100,0	18.821	100,0

Fonte: Assessoria de DST/Aids SES-RJ

(*) Dados preliminares até 30 de janeiro de 1999.

TABELA 4:

Distribuição dos casos de aids em mulheres maiores de 12 anos, segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição - Rio de Janeiro 1984-1999*

Categoria de Exposição	1984/85		1986		1987		1988		1989		1990		1991	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXUAL	2	16,7	9	29,0	11	18,6	37	31,1	57	33,3	77	38,4	109	44,9
HETEROSSEXUAL	2	16,7	9	29,0	11	18,6	37	31,1	57	33,3	77	38,4	109	44,9
SANGÜÍNEA	5	41,7	18	58,1	34	57,6	63	52,9	62	36,3	72	34,3	56	23,0
UDI	1	8,3	2	6,5	5	8,5	17	14,3	17	9,9	22	9,6	22	9,1
TRANSFUSÃO	4	33,3	16	51,6	29	49,1	46	38,7	45	26,3	50	24,7	34	14,0
IGNORADA(1)	5	41,7	4	12,9	14	23,7	19	16,0	52	30,4	56	27,3	78	32,1
TOTAL	12	100,0	31	100,0	59	100,0	119	100,0	171	100,0	205	100,0	243	100,0

continua

TABELA 4 - continuação

Distribuição dos casos de aids em mulheres maiores de 12 anos, segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição - Rio de Janeiro 1984-1999*

Categoria de Exposição	1992		1993		1994		1995		1996		1997/98*		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXUAL	158	41,8	198	46,6	185	39,3	305	54,6	368	60,0	207	54,8	1723	47,0
HETEROSSEXUAL	158	41,8	198	46,6	185	39,3	305	54,6	368	60,0	207	54,8	1723	47,0
SANGÜÍNEA	95	25,1	78	18,4	72	15,3	75	13,4	86	14,0	30	7,9	746	20,4
UDI	40	10,6	27	6,4	32	6,8	33	5,9	25	4,1	14	3,7	257	7,0
TRANSFUSÃO	55	14,6	51	12,0	40	8,5	42	7,5	61	10,0	16	4,2	489	13,3
IGNORADA(1)	125	33,1	149	35,1	214	45,4	179	32,0	159	25,0	141	37,3	1195	32,6

TOTAL	378	100,0	425	100,0	471	100,0	559	100,0	613	100,0	378	100,0	3664	100,0
--------------	------------	--------------	------------	--------------	------------	--------------	------------	--------------	------------	--------------	------------	--------------	-------------	--------------

Fonte: Assessoria de DST/Aids - SES-RJ

(1) Caso e/ou categoria não investigada ou transmissão investigada sem entretanto ser caracterizada, ou outra categoria definida na investigação, excluindo as acima citadas

(*) Dados preliminares até 30 de janeiro de 1999.

III PENSANDO O PROBLEMA: MULHERES, PRÁTICAS SEXUAIS E PREVENTIVAS

3.1 DILEMAS SOBRE A CONCEITUAÇÃO DAS CONDUTAS HUMANAS

O papel do comportamento na determinação do *status* de saúde de um indivíduo ou sociedade é amplamente reconhecido, tanto pelos cientistas sociais quanto pelos profissionais de saúde. Trabalhos de cientistas de outras áreas como a Antropologia e a Economia também contribuíram de forma importante para a compreensão do papel do comportamento e do contexto sociocultural na determinação do *status* de saúde.

Com o advento da epidemia da aids e sua clara associação com o comportamento humano, o papel dos fatores comportamentais na determinação da saúde e doença voltou a receber grande atenção. A mudança de comportamento sexual passou a ser vista como o meio mais efetivo de enfrentamento da epidemia da aids através de ações e estratégias preventivas.

Há mais de 25 anos, cientistas que estudam a área de comportamento humano vêm tentando elaborar modelos conceituais sobre comportamentos relacionados à saúde. Apesar desses modelos terem sido desenvolvidos bem antes da aids ser identificada como uma epidemia, eles têm grande relevância no entendimento dos comportamentos relacionados ao controle da epidemia da aids e podem oferecer sugestões para o desenvolvimento de estratégias de prevenção. O ponto central e comum a todas as abordagens sobre comportamento é a crença na importância do aprendizado na formação e mudança de aspectos importantes em relação às questões referentes à conduta.

Modelos tanto explicativos como de promoção da mudança comportamental emergem no contexto de dois dilemas teóricos cruciais: a relação entre o indivíduo e a coletividade e entre a biologia e a cultura. O objetivo desse capítulo é descrever alguns modelos de mudança de comportamento relacionados

à saúde, analisá-los, e indicar sua relevância e contribuições para desenho e implementação de pesquisas comportamentais e programas de prevenção, objetivando um melhor conhecimento e controle da epidemia.

3.1.1 Estudos sobre o Comportamento – Breve Introdução

Em fins do século XIX, trabalhos como os de Darwin publicados no livro “Origem das espécies”, de Fechner em “Die Psychophysik” e de Sechenov em “Reflexos do cérebro”, se apresentavam como a essência do pensamento acerca da psicologia (Vygotsky,1984). Darwin argumentava em favor da continuidade essencial entre homens e animais; Fechner apresentava, através da matemática, a relação entre as variações de eventos físicos determináveis e as respostas psíquicas expressas verbalmente; e Sechnov, através de observações em animais, propunha uma teoria fisiológica de processos mentais em seres humanos.

Surge então a psicanálise, em 1886, questionando a suficiência de se estudar apenas a dimensão consciente da conduta humana e enfatizando a importância dos determinantes inconscientes do comportamento.

À época da Primeira Guerra Mundial, tanto nos Estados Unidos quanto na União Soviética, houve uma maior atenção em relação aos estudos sobre comportamento. Explorando o potencial sugerido pelo estudo de Pavlov dos reflexos condicionados e pelas teorias de Darwin sobre a continuidade evolutiva entre os animais e o homem, várias correntes psicológicas e sociológicas abriram caminhos para o estudo científico do comportamento humano. Uma dessas correntes foi o behaviorismo, que surgiu nos Estados Unidos ao mesmo tempo que na Alemanha se iniciavam alguns estudos que vieram a constituir os fundamentos da teoria da *Gestalt*.

O movimento behaviorista, de inspiração positivista e evolucionista, acreditava que o paradigma do comportamento descoberto por Pavlov era

suficiente para explicar todas as formas de aprendizado e comportamento². Segundo Rodrigues (1986), com os trabalhos de Watson, o behaviorismo adquiriu um lado naturalista, atribuindo uma importante influência do meio sobre o comportamento humano.

Este movimento descarta tudo aquilo que se referia à consciência. Propõe um sistema psicológico “verdadeiramente científico”, onde todo o subjetivismo é eliminado e apenas a consideração objetiva do comportamento (estudo das ações humanas visíveis e mensuráveis) constitui material para as investigações. Ignorando o papel ativo e criador da pessoa humana, esse movimento reduz o comportamento humano a um conjunto de respostas a determinados estímulos (Rodrigues, 1986).

Por volta dos anos 30, Skinner demonstrou que um grande número de respostas são voluntariamente emitidas. Segundo Skinner, essas respostas são inicialmente emitidas ao acaso e depois passam a ser determinadas pelas conseqüências que delas derivam (Alencar, 1976). Gradualmente, vão se estabelecendo conexões entre as respostas e suas conseqüências e o indivíduo tenderá no futuro a emitir respostas similares em condições similares. O evento que sucede à resposta e que aumenta as chances de ocorrência dessa resposta no futuro foi chamado de “reforço”.

Segundo Garcia-Roza (1975), as idéias fundamentais do behaviorismo podem ser resumidas da seguinte maneira: O homem é um organismo não divisível em corpo e alma e para viver deve se adaptar ao seu meio. As adaptações se efetuam através de respostas às mudanças do meio. Todas as respostas precedem portanto, de um estímulo e todo estímulo provoca uma resposta.

O estudo do comportamento observável é o estudo das respostas do sujeito e dos estímulos que as provocam, objetivando dois pontos específicos: 1)-conhecer o estímulo, a fim de prever a resposta e 2)-prever o estímulo uma vez conhecida a resposta (Alencar, 1976).

A escola *Gestalt* demonstrou que muitos fenômenos intelectuais e perceptuais não poderiam ser explicados pela postulação de elementos básicos da consciência nem pelas teorias comportamentais baseadas exclusivamente na unidade estímulo-resposta.

² Segundo esse paradigma, o comportamento seria determinado por estímulos externos que teriam o poder de elicitar certas respostas, de acordo com um aprendizado prévio; seriam as chamadas respostas condicionadas e não-condicionadas.

A *Gestalt* concentrou suas investigações em torno dos processos psicológicos da percepção³. Através desse movimento, pode-se explicar, por exemplo, o processo de solucionar um dado problema, como envolvendo essencialmente uma reestruturação do campo perceptual (Rodrigues, 1986). Dois postulados fundamentais orientam a posição Gestaltista no estudo da percepção: 1) O todo é percebido de maneira distinta da soma das características de seus componentes; 2) Em nosso processo perceptivo, percebemos o campo estimulatório como constituído de fenômenos necessariamente interligados e não como partes isoladas, unidas por associação.

Segundo Rodrigues (1986), uma outra contribuição dos gestaltistas no campo do comportamento é a noção de cognição. O termo cognição pode ser resumido como o ato ou aquisição do conhecimento. Sob o olhar dos Gestaltistas, as atitudes são interpretadas como estruturas constituídas por elementos cognitivos, afetivos e comportamentais. Observações feitas por Freud, levaram-no à diferenciação do psiquismo em consciente e inconsciente. O inconsciente, por sua vez, estaria dividido em duas instâncias: o “latente”, passível de acesso imediato à consciência, também denominado de pré-consciente, e o inconsciente propriamente dito, recalcado, incapaz de ordinariamente ter acesso à consciência.

Essa teoria desenvolvida por Freud tem como um dos pressupostos mais importantes para explicar o comportamento humano os impulsos inconscientes e as defesas contra eles. Segundo Freud, os processos emocionais desenvolvidos na primeira infância são em grande parte os responsáveis por estados emocionais e comportamentos da vida adulta. Evoluções posteriores da psicanálise, devido às suas especificidades, não serão citadas nesse trabalho.

3.1.2 Psicologia Social e Representações Sociais

A teoria das representações sociais é uma vertente sociológica da Psicologia Social que se origina na Europa com a publicação, em 1961, do livro *“La psychanalyse: son image et son public”*, de Moscovici. A partir de então, o

³ O processo perceptivo envolve uma série de variáveis que se interpõem entre o momento do estímulo e a tomada de consciência daquilo que foi responsável pela estimulação. Os fatores que influenciam o processo perceptivo podem ser agrupados em: 1) seletividade perceptiva; 2) experiência prévia; 3) condicionamento e; 4) fatores situacionais, que incluem a defesa perceptiva e a acentuação perceptiva.

Além dessas variáveis vinculadas à subjetividade, devemos pensar nas variáveis presentes nas relações interpessoais e normas dos grupos de referência como família, escola, trabalho, grupo religioso, etc (Johnson, 1993). As normas ditadas por esses grupos e as diferenças entre eles podem reforçar ou entrar em conflito com as crenças, conhecimentos, expectativas, valores, opiniões, atitudes e motivações sobre a

debate, o enriquecimento teórico e a pesquisa em torno das representações sociais tornaram-se fato no âmbito da Psicologia Social. “Representações sociais” é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são elas definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, justificando-a ou questionando-a (Minayo, 1995).

Com a sua teoria, Moscovici (1976) tentava tornar as Ciências Sociais mais adequadas ao mundo moderno. Procurou modernizá-las, através da substituição da representação coletiva pela representação social, como será discutido a seguir.

O estudo sistemático da Psicologia Social iniciou-se na virada do século, mas foi após a Segunda Guerra Mundial que ela se difundiu no meio acadêmico. A maioria dos teóricos anteriores à II Guerra, distinguia em termos gerais, dois níveis de um fenômeno: o nível individual e o coletivo. A principal razão dessa distinção entre os dois níveis era uma postura, ao nível teórico, que diferenciava as leis que explicavam os fenômenos coletivos das leis que explicavam os fenômenos ao nível individual (Farr, 1995).

A representação social enquanto categoria teórica é discutida por várias correntes filosóficas. Vemos a seguir, sinteticamente, alguns pontos de vista sobre o conceito que expressam bem as diferenças entre o individual e o coletivo.

As Representações Sociais:

O conceito de representação social nasceu com Durkheim na escola positivista de tradição sociológica. Durkheim distinguia entre o estudo das representações individuais (como sendo do domínio da Psicologia) e o estudo das representações coletivas (do domínio da Sociologia). Durkheim (1898) afirmava que as representações coletivas não poderiam ser reduzidas a representações individuais. Essa linha de pensamento tinha como pressuposto teórico básico, considerar a sociedade como um conjunto de fatos sociais. Esses fatos sociais se impõem ao indivíduo enquanto manifestações características da vida coletiva.

sexualidade e a aids, que são geradas no âmbito dos próprios grupos. Portanto, deve-se analisar o sujeito no

Durkheim afirmou em seu estudo sobre o suicídio que aquilo que ele denominava de “fatos sociais” somente poderia ser explicado através de outro fato de origem e qualidade também social. Nesse estudo, o seu interesse era explicar variações no índice de suicídios entre pessoas pertencentes a diferentes categorias sociais. Sendo o índice de suicídio um fato social esse não poderia ser explicado apenas em nível de decisão dos indivíduos de pôr fim às suas vidas.

Para esse autor, o processo de formação das representações sociais seria um dos meios através dos quais se daria a primazia e a relativa coerção do social sobre o individual (Goulart, 1992).

De acordo com Farr (1995), Le Bon em “La Psychologie des Foules”, contrastou a racionalidade do indivíduo com a irracionalidade das massas. A maneira como a questão foi abordada, estimulou a pesquisa em Psicologia Social Experimental cuja questão central passou a ser as diferenças no modo como os indivíduos se comportam quando estão sós ou quando estão na presença de outros.

Os estudos de Le Bon tiveram certa influência sobre o pensamento de Freud, que também se interessava pelas diferentes formas de influência social (hipnose, psicoterapia grupal, liderança, etc). Nesse contexto, Freud revisa sua teoria da mente em uma direção mais social, para explicar os fenômenos de massa para os quais Le Bon tinha chamado atenção (Farr, 1995).

Na corrente da Sociologia Compreensiva, Weber (1974) postulou que o homem pode compreender suas próprias intenções pela introspecção e que as condutas humanas são singulares, em oposição à explicação causal dos fatos sociais em Durkheim. Para esse autor, o fundamental no campo das representações sociais são a conduta cotidiana dos indivíduos e os significados culturais determinados pela base material e pelas idéias. Nesta escola, adquire relevo o mundo da existência cotidiana, dentro da qual são destacadas categorias como a vida presente, a relação face-a-face entre os atores sociais, a distinção entre experiência e conhecimento e a valorização do senso comum (Goulart, 1992).

O marxismo, a partir do materialismo histórico-dialético, postula que a consciência (e portanto as representações sociais) é determinada, em última instância, pelas relações materiais da sociedade. A relação entre a vida material e o mundo das idéias se dá dialeticamente, ou seja, os homens são determinados pelas circunstâncias, mas igualmente, as determinam (Minayo, 1992). Assim, os homens não são sujeitos passivos de um processo histórico, mas agentes que influenciam coletivamente seu processo.

contexto de seu grupo de referência (Durant, 1992).

Outro ponto central no marxismo é o conceito de classe social. Sendo a sociedade composta por classes sociais com interesses antagônicos, os pensamentos estão comprometidos com os interesses de classe. As idéias dominantes em uma determinada sociedade, são as idéias da classe dominante.

A escola psico-sociológica francesa apresentou nesse sentido uma importante contribuição, uma vez que seus teóricos tentaram desenvolver uma operacionalização do conceito de representação social, estabelecendo uma síntese das contribuições da sociologia compreensiva e do marxismo.

A Psicologia Social, nos Estados Unidos, apresentou, de uma maneira geral, uma separação das formas sociológicas e psicológicas, com poucos ou nenhum elo entre elas. Os trabalhos de Tripcott sobre o comportamento das pessoas a sós e na presença de outros; e o de Le Bon, contrastando a racionalidade do indivíduo com a irracionalidade das massas (diferença entre o indivíduo só e enquanto participante de uma multidão), constituem os marcos principais das origens da Psicologia Social naquele país.

A partir de então, tornou-se fácil a individualização do social e foi isso que Allport desenvolveu durante as décadas de 20 e 30. Allport (1937) estendeu os conceitos de Le Bon sobre as massas e multidões para medir a opinião pública e estudar o comportamento institucional. Allport acreditava que quando se transporta a análise do nível individual para o coletivo não é necessária uma mudança do modelo conceitual, porque os fenômenos ao nível do coletivo são explicados a partir do seu modelo ao nível individual (Farr, 1995).

Essa individualização da Psicologia Social na América do Norte pode ser atribuída aos pressupostos positivistas, que inspiraram os trabalhos de Allport; ao momento histórico pelo qual o país passava (final da Segunda Guerra Mundial, quando a ciência social poderia não ser bem aceita se fosse confundida com o socialismo) e pela migração de psicólogos Gestaltistas (no período anterior a Guerra) da Áustria e Alemanha para os Estados Unidos, com a conseqüente difusão de suas teorias. Em decorrência disso, a Psicologia Social na América do Norte se tornou menos “coletiva” do que na Europa.

Podemos dizer que as representações sociais consideram a cognição como uma atividade não individual. As representações sociais se manifestam em palavras e condutas, e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais.

3.2 TEORIAS ESPECIFICAS DO COMPORTAMENTO EM SAÚDE

3.2.1 *Health Belief Model* (HBM)

O HBM é um dos vários modelos psicológicos de avaliação e intervenção sobre comportamentos de risco. Nesse grupo também se incluem a “Theory of Reasoned Action” e a “Social Learning Theory”. Esse modelo foi desenvolvido na década de 50 e vem sendo amplamente utilizado.

O *Health Belief Model* foi desenvolvido para explicar os comportamentos relacionados à saúde, em particular no que diz respeito às práticas preventivas (Janz e Becker, 1984). Esse modelo postula que os indivíduos estão mais propensos a mudanças de comportamento quando percebem que: 1) podem estar mais vulneráveis ou susceptíveis à doença (percepção de susceptibilidade); 2) as conseqüências da doença são severas (percepção de severidade); 3) há benefício com a adoção de medidas preventivas e o indivíduo percebe que essas medidas são efetivas (percepção de benefício); 4) as ações preventivas geram benefícios que suplantam os inconvenientes envolvidos na adoção dessas práticas (percepção de barreiras).

Na revisão feita por Janz e Becker (1984), conclui-se que as dimensões da percepção das barreiras constituem possivelmente, o componente mais importante para a adoção de medidas preventivas, enquanto as percepções de severidade foram consideradas de menor importância.

De acordo com esse modelo, pessoas que acreditam ser a aids uma doença séria e não curável, e que tem uma grande possibilidade de vir a afetá-las, serão mais propensas a aceitarem práticas preventivas. A chance dessas pessoas se engajarem nessas práticas irá depender, enormemente, do quanto elas acreditam nos benefícios dessa práticas. Existe uma variação, também, de acordo com os custos e inconvenientes envolvidos na adoção dessa práticas.

Como exemplo, pode ser citado o caso hipotético de uma mulher que pensa que insistindo com o seu parceiro para usar preservativo pode estar conturbando a sua relação com ele. Essa mulher estará menos propensa a utilizar

o preservativo, apesar do conhecimento que possa ter sobre a severidade da aids, de suas crenças sobre sua vulnerabilidade pessoal e de sua convicção de que o uso do preservativo pode, de fato, prevenir a transmissão do HIV.

As primeiras aplicações desse modelo de comportamento foram dirigidas a áreas específicas como a odontologia preventiva e programas de imunizações (Bloor, 1995). No campo do comportamento relacionado à aids, o HBM fundamentou vários trabalhos, como os que estudaram as associações entre percepção de risco e práticas de sexo seguro entre homossexuais masculinos de Chicago (Joseph et al, 1987).

Um número razoável de estudos empíricos têm encontrado certa associação entre as variáveis do HBM e uma real mudança de comportamento. Apesar disso, esse modelo vem sendo criticado por sua incapacidade de levar em conta a importante influência social sobre o comportamento. Esse modelo conceitualiza o comportamento de risco como um ato individual, e essa abordagem é no mínimo inapropriada quando se considera que comportamentos sexuais envolvem pelo menos duas pessoas, e essas práticas são vistas como tabu. Como refere Michael Bloor (1995), as relações sexuais envolvem pelo menos duas pessoas e o comportamento sexual (de risco) é antes uma atividade social do que individual.

3.2.2 *Social Cognitive Theory*

Nos últimos 20 anos, uma nova abordagem sobre mudanças, tanto em termos de aprendizado quanto de comportamento, ganhou muita popularidade entre profissionais da área de Saúde e Educação. O conceito de “Self-Efficacy” se tornou tão importante que outras teorias foram revisadas para acomodá-lo. Roger e Maddux (1983) incorporaram esse conceito na sua reformulação da teoria de motivação-prevenção, e Rosentock, Strech e Becker (1988) o introduziram no HBM.

A explicação sociocognitiva do comportamento humano apresentada por Bandura (1977) se baseia em dois pressupostos básicos: 1) os seres humanos por sua natureza têm que viver em um sistema complexo. Assim sendo, muitos dos seus principais comportamentos são aprendidos através da interação com outros seres humanos que agem de acordo com seus antecedentes e reproduzem (reforçam) esses comportamentos para outros. 2) O comportamento humano é determinado por um complexo processo cognitivo que intervém entre o estímulo e a resposta. Esse processo cognitivo ajuda a interpretar o significado do estímulo a partir de uma ampla perspectiva das experiências do passado, sentimentos atuais e expectativas futuras. Em outras palavras, os seres humanos não respondem meramente a um estímulo, mas reconstróem esse estímulo à luz das suas experiências passadas, seu momento atual e seus sentimentos, o valor que têm as atitudes que determinaram o estímulo, e suas crenças de como isso poderá ser afetado por ações de diferentes naturezas.

Define-se *Self-Efficacy* como a convicção de que uma pessoa possa executar com sucesso um comportamento requerido para produzir uma resposta desejada (Bandura, 1977). Essa teoria postula que o comportamento em saúde é determinado pela expectativa de resposta e pela expectativa de eficácia. A expectativa de resposta consiste em “crenças” sobre se um dado comportamento irá determinar uma resposta específica. A expectativa da eficácia (*Self-Efficacy*) consiste na crença sobre o quanto capaz uma pessoa é para desempenhar um comportamento específico, em uma situação especial que leva à resposta em questão.

De acordo com essa teoria, a expectativa da eficácia é o maior determinante para que uma pessoa tenha ou não um comportamento específico. É também determinante da quantidade de esforços que ela empregará nesse comportamento e por quanto tempo esse comportamento continuará a ser desenvolvido. Essa teoria se aplica tanto à adoção de novos comportamentos, como a mudanças de comportamentos antigos e prevenção de comportamentos indesejáveis.

A percepção de *Self-Efficacy* tem uma ampla aplicação no manejo dos comportamentos de risco que levam à transmissão do HIV (Bandura, 1989). O uso de preservativos, a negociação sexual, o uso de drogas injetáveis são alguns exemplos de comportamentos que podem ser afetados pela expectativa de auto-eficácia (Basen-Engquist 1992, Jemmott et al., 1992, Walter et al., 1992, Brien et al., 1994).

Os modelos de mudança de comportamentos baseados na “*Self-Efficacy*” são especialmente criticados, uma vez que esse conceito está, entre outras coisas, relacionado com a habilidade e possibilidade da pessoa em negociar o uso de preservativos com o seu parceiro (Worth, 1990). Esse processo de negociação, que já foi abordado em capítulos anteriores, é particularmente relevante para as mulheres que, freqüentemente, têm um menor poder de barganha nas suas relações sexuais e afetivas.

3.2.3 Modelo de Redução de Risco em Aids (ARRM)

Catania, Kegeles e Coates (1990) propuseram um modelo de redução de risco em aids (*AIDS Risk Reduction Model - ARRM*), O ARRM integra elementos do HBM e da *Social Learning Theory* para descrever o processo através do qual indivíduos mudam os seus comportamentos. Esse modelo se caracteriza pelo empenho pessoal para a mudança de comportamentos sexuais de risco relacionados à transmissão do HIV.

O ARRM constrói o processo de mudança de comportamento em três estágios: 1º) Reconhecer e rotular como problemático o comportamento de alto risco em relação à transmissão do HIV; 2º) Ter compromisso de mudar o comportamento de alto risco; 3º) Desenvolver e pôr em vigor estratégias direcionadas à redução de atividades de alto risco.

O estágio um, onde a noção de susceptibilidade do HBM foi incorporada, tem como hipótese o fato de que a percepção de risco é uma pré-condição fundamental para a mudança de comportamento. A percepção de risco

produziria uma motivação para a mudança. O reconhecimento da aids como uma doença “fatal”, indesejável, e o conhecimento dos fatores relacionados à transmissão do HIV já estão estabelecidos na população em geral. A vulnerabilidade pessoal em relação ao HIV, entretanto, representa a palavra-chave nesse como na maioria dos modelos psico-sociais de mudança de comportamento

O estágio dois baseia na “*Social Learning Theory*”. A tomada de decisão e o compromisso em mudar o comportamento de alto risco estão relacionados tanto à ponderação entre custo e benefício do uso dos preservativos (Catania et al, 1992, MacDonald et al., 1990), quanto à confiança na eficácia pessoal (Catania et al, 1989 e Catania et al, 1992).

O estágio três é a procura de soluções para pôr em ação o novo comportamento. Como referenciado por Catania, Gibson e Chitwood (1990), as resoluções em relação ao sexo seguro são complexas pela natureza social do comportamento sexual e pela necessidade de cooperação do parceiro nessa ação. Sendo assim, apesar de um indivíduo perceber-se sob risco para a infecção pelo HIV e ter compromisso com as práticas de sexo seguro, necessitará negociar essas práticas com o seu parceiro, que pode não compartilhar das mesmas percepções e compromissos.

Esse modelo é considerado como uma tentativa de revisão do HBM, pela combinação dele com a estrutura da “self-efficacy”, incorporando ainda uma versão simplificada da teoria de “tomada de decisão”.

3.3 PREMISSAS DA PRESENTE ABORDAGEM

Modelos são representações simplificadas de um fenômeno. Eles são usados para facilitar a comunicação e o entendimento de relações complexas. Sendo assim, modelos de mudança de comportamento como os descritos acima devem ser considerados tentativas de desenvolver balizamentos para a descrição

e sumarização dos vários fatores envolvidos no processo de mudança de comportamentos. Dependendo dos interesses e do perfil dos seus idealizadores, os modelos tendem a concentrar-se em determinados aspectos do comportamento e a caracterizar conjuntos de fatores como importantes para a mudança de comportamento.

Estes mesmos fatores básicos parecem estar explícita ou implicitamente vinculados a todos os modelos explicativos de comportamento humano aqui discutidos. Cada modelo pode reforçar uma certa face do comportamento humano e seus determinantes. Desse modo, um modelo deve ser visto como complementar ao outro e não como contraditório.

Em relação às estratégias de mudança de comportamento requeridas pela aids, o valor principal desses modelos está em indicar variáveis importantes que precisam ser identificadas e trabalhadas para serem usadas pelos programas de prevenção. Apesar de nenhum modelo abranger com detalhes todas as variáveis potencialmente relevantes, podem, em conjunto, identificar e trabalhar alguns fatores individuais e ambientais envolvidos na mudança de comportamento.

Apesar de suas contribuições conceituais, esses modelos teóricos são limitados principalmente em dois aspectos: 1) Partem do pressuposto de que os encontros sexuais são regulados e planejados, e, implicitamente, que as pessoas envolvidas só agem de maneira intencional e racional; esquecendo que o comportamento sexual é freqüentemente impulsivo e, pelo menos em parte, motivado afetivamente. Um plano de ação bem planejado, pesando cuidadosamente os danos e benefícios, pode ser “dissolvido” no contexto de um encontro sexual envolto pela paixão, onde o objetivo imediato (gratificação sexual) encobre e dissimula as bem-fundamentadas intenções (uso de preservativos). 2) A maioria desses modelos teóricos de mudança de comportamento não levam em conta o contexto pessoal e sociocultural dos indivíduos. Esquecem que normas, valores culturais e relações de gênero influenciam o comportamento de homens e mulheres e a natureza dos relacionamentos onde a atividade sexual está presente.

Além da necessidade desses modelos serem vistos como complementares, não podemos esquecer da grande influência de fatores étnico-culturais sempre presentes nas diversas populações e sub-populações. Não devemos esquecer que as práticas de risco, freqüentemente, não resultam de deficiências de conhecimento, motivação ou habilidade, mas estão imersas em um complexo contexto pessoal e sociocultural.

Levando-se em conta que cada uma das teorias tem trazido contribuições para o diagnóstico dos fatores que levam a comportamentos de risco e tem oferecido respostas parciais para explicar a manutenção de comportamentos de risco, optou-se nesse trabalho por não adotar nenhum modelo teórico em especial, e utilizar de forma proveitosa as contribuições teóricas dos diversos modelos.

Dessa forma esse trabalho privilegiou variáveis culturalmente sensíveis, em uma população específica, para um melhor entendimento dos comportamentos de risco em relação à aids entre a população universitária.

3.3.1 Sexualidade: Biologia e Cultura

Até o século XVII, a discussão sobre a sexualidade entre os estudiosos da medicina e áreas afins estava fortemente vinculada com o discurso e a prática religiosa. O estilo de vida “correto”, sugerido pelas ciências médicas, era idêntico àquele recomendado pelos programas religiosos. Ambos, Cristianismo e Medicina, viam o sexo como uma atividade básica que necessitava ser regulada através do controle pessoal. Atividade esta com diferenças básicas entre homens e mulheres e cuja manifestação socialmente “correta” se definia através do casamento, sempre com propósitos de reprodução. Segundo Foucault (1988), esse período marcou a história da sexualidade, como sendo a origem da idade da repressão. Nesse período nascem as grandes proibições, a valorização da sexualidade adulta e matrimonial e a contenção e os pudores da linguagem.

Em meados do século XVIII começam a surgir entre os praticantes da medicina, idéias sobre sexualidade que não eram inteiramente baseadas na doutrina religiosa e cristã (Foucault, 1988 e Gagnon e Parker, 1995). A partir dessa época, a concepção moderna de “sujeito” se expande, aparecendo na esfera dos discursos e saberes, transformando as relações sociais (públicas e privadas). O indivíduo é levado a um esforço introspectivo na busca de conhecer o impulso sexual, a tentação, a vontade racional, o livre arbítrio (Ferreira, 1996).

Na Europa do final do século XIX, aparecem propostas de novas visões da sexualidade como forma de oposição a práticas e doutrinas repressivas. Um novo marco na história da sexualidade acontece no século XX, quando os mecanismos de repressão começam a afrouxar, e passa-se das interdições sexuais imperiosas a uma relativa tolerância a propósito das relações pré-nupciais ou extra-conjugais (Foucault, 1988).

Como resultado dos conflitos ocorridos na Europa em 1914 e 1945, os centros de pesquisa sobre sexualidade transferiram-se para os Estados Unidos. Assim, tanto a teoria quanto a pesquisa sobre sexualidade assumiram uma trajetória cultural mais de acordo com a tradição otimista e individualista Norte-americana.

A crise das Ciências Sociais na metade dos anos 60 também se refletiu na pesquisa social, fazendo com que muitos conceitos tradicionais fossem reformulados. O primeiro passo foi a reformulação do corpo de conhecimentos sobre a sexualidade. Apresentava a sexualidade não mais baseada exclusivamente em um *drive* interno, mas sim plasmada por circunstâncias históricas e sociais.

3.3.2 Teoria dos *Scripts* Sociais

A trajetória dos conhecimentos sobre a sexualidade humana, como outras áreas do conhecimento, é uma história de conflitos entre diferentes

interpretações de um único conjunto de fatos. Assim, algumas teorias sobre as condutas sexuais têm suas raízes em conjecturas puramente biológicas ou que combinam variáveis biológicas e socioculturais. A teoria dos roteiros (“*Script Theory*”) é uma das representantes das teorias socioculturais da conduta humana que entende as práticas sexuais como desempenho de um dado *script* social em suas múltiplas dimensões .

Segundo Ganon e Parker (1995), a teoria dos *scripts* da conduta sexual está pautada em pressupostos segundo os quais os padrões sexuais específicos são adquiridos e expressados. Assim, supõem-se que: 1) Padrões de conduta sexual derivam da cultura local; 2) Não existe instinto sexual inato ou *drive*; 3) Os indivíduos adquirem através de um processo de aculturação os padrões de conduta sexual próprios às suas culturas; 4) As pessoas não são simples espelhos dos cenários sexuais de suas culturas, e vão adaptando suas experiências individuais ao que lhes foi oferecido anteriormente pelas suas culturas.

O estudo dos roteiros em sexualidade, sugerido por Ganon (1990), envolve três níveis de análise. O cenário cultural (instruções para as condutas sexuais que estão embutidas na narrativa cultural e são apresentadas como um guia para todas as condutas); o interpessoal (padrão estruturado de interação no qual indivíduos se engajam como atores na conduta interpessoal diária) e o intrapsíquico (os planos e fantasias que guiam os indivíduos e se refletem sobre suas condutas passada, presente e futura).

O cenário cultural é constituído a partir de cenários apresentados através da mídia e das tradições da comunidade, e “instruem” os indivíduos no sentido de padrões de comportamento sexual típico. O interpessoal contém estratégias de interação desenhadas para mediar encontros sexuais com parceiros específicos. O intrapsíquico é o “mapa” dos motivos e razões subjacentes ao comportamento sexual de um indivíduo.

3.4 VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV:

Desde o início da década de 80, algumas comunidades mais atingidas passam a envidar esforços voltados para a prevenção e controle do HIV/Aids. Essas respostas à epidemia promovidas ao longo dos anos podem ser apresentadas sob dois enfoques básicos. O primeiro é o enfoque biomédico onde se destaca a identificação do vírus, seu mecanismo de ação, a resposta do sistema imunológico e o caminho em direção a um arsenal terapêutico efetivo. O segundo está centrado no comportamento individual e coletivo, no sentido de desenvolver e implementar a prevenção da transmissão do HIV.

Assim como o progresso biomédico foi gradual, o processo de prevenção, envolvendo o comportamento humano, passou por estágios sucessivos. O primeiro período (1981-84) pode ser caracterizado pela idéia de solidificar e difundir informações descritivas sobre mecanismos de transmissão e identificação de comportamentos de risco associados a um maior risco de infecção. Nesse período, a prevenção era dirigida à transmissão de informação sobre comportamentos de risco e estímulo à mudança de comportamento individual. Durante o período seguinte (1985-88), as campanhas de redução de risco ao nível individual se tornaram o objetivo central. Assim, o Programa Global de Aids da Organização Mundial de Saúde (GPA/OMS) tinha como estratégia um programa de prevenção que articulava três elementos básicos: a informação e educação, a rede de serviços sociais e de saúde e a não-discriminação às pessoas portadoras do HIV/Aids. O terceiro período aprofunda a discussão da dimensão social na abordagem da redução do risco. Assim, o conceito de vulnerabilidade individual e social passa a ser o ponto central nas discussões sobre prevenção e controle do HIV/Aids.

Vulnerabilidade é um conceito que vem sendo utilizado desde o início dos anos 90 na reflexão e elaboração de ações preventivas em HIV/Aids. Este conceito aponta para um conjunto de fatores, de níveis e magnitudes distintos, cuja interação amplia ou reduz as possibilidades de uma pessoa se infectar com o HIV. Nessa perspectiva, os comportamentos individuais de maior ou menor exposição ao risco são considerados em relação a um conjunto mais amplo de determinantes, que devem ser contemplados no planejamento das intervenções preventivas.

A análise da vulnerabilidade à infecção pelo HIV desenvolvida por J. Mann e colaboradores (1992) aborda três dimensões: a vulnerabilidade individual, a social e a programática. Nesse trabalho privilegiarei a dimensão individual, com algumas referências à vulnerabilidade social.

Para Mann e Tarantola (1996), a vulnerabilidade individual envolve tanto a dimensão cognitiva quanto a comportamental. Fatores cognitivos estão relacionados ao acesso às informações necessárias sobre HIV-Aids, sexualidade, e à rede de serviços, para a redução da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Os fatores comportamentais podem ser analisados dentro de duas categorias: 1) características pessoais, o que incluem desenvolvimento emocional, percepção de

risco e atitudes em relação a esse possível risco; e 2) habilidades pessoais, como a habilidade de negociar práticas de sexo seguro e saber usar o preservativo.

A vulnerabilidade Programática diz respeito às contribuições dos programas de HIV/Aids na redução da vulnerabilidade pessoal e social. A vulnerabilidade programática é definida através dos três principais elementos de prevenção identificados pela OMS: 1) informação e educação; 2) serviços sociais e de saúde; 3) não discriminação das pessoas portadoras de HIV/Aids. Os esforços para diminuir a vulnerabilidade programática envolvem principalmente a viabilidade e acessibilidade à esses três componentes, sua qualidade e conteúdo, e o processo através do qual esses elementos são desenhados, implementados e avaliados.

O conceito de vulnerabilidade social é construído a partir da premissa de que os fatores sociais têm uma forte influência tanto na vulnerabilidade pessoal quanto na programática. A análise da vulnerabilidade reconhece que grandes temas contextuais, como estrutura governamental, relações de gênero, atitudes em relação à sexualidade, crenças religiosas e pobreza, influenciam a capacidade de reduzir a vulnerabilidade pessoal ao HIV, tanto diretamente quanto mediada através dos programas. A vulnerabilidade social inclui tanto a vulnerabilidade à doença, quanto a vulnerabilidade ao impacto socioeconômico provocado pela aids.

Vulnerabilidade Individual

Ao nível biológico, praticamente todos somos susceptíveis à infecção pelo HIV, se expostos ao vírus através do contato sexual ou através do sangue. Somado à vulnerabilidade biológica temos a dimensão epidemiológica onde é referido que para que a transmissão do HIV ocorra são necessárias certas interações específicas, envolvendo dois ou mais participantes.

O comportamento individual é um determinante da vulnerabilidade à infecção. Esse componente individual é mutável, variando durante os diversos períodos da vida da pessoa. Além disso, sofre uma grande influência de fatores sociais (família, amigos, parceiro, comunidade e a realidade sócio-cultural).

A vulnerabilidade individual está relacionada: 1) Ao acesso à informação e à rede de serviços e, 2) Às influências sociais que ampliam ou reduzem o “poder” pessoal.

Segundo Mann e colaboradores (1992), a vulnerabilidade individual à transmissão sexual do HIV pode ser expressa por níveis de gradação;

- 1) Vulnerabilidade mínima, quando a pessoa não relata nenhuma atividade sexual ou tem exclusivamente práticas de sexo não penetrativo.
- 2) A vulnerabilidade aumenta à medida que:
 - 1- a pessoa tem relação sexual penetrativa, com parceiro sexual único
 - 2- adere às práticas de sexo seguro
 - 3- o indivíduo tem vida sexual ativa e não tem práticas de sexo seguro.

A vulnerabilidade individual pode ser compreendida a partir da teoria dos *scripts* sociais, através do cenário interpessoal, com suas relações sociais, e do cenário intrapsíquico.

A relação do indivíduo com o grupo social que o cerca; o número, a natureza e a qualidade das relações do indivíduo com o seu grupo social definem indicadores que representam a interação social. Esse mundo social é fonte de suporte tanto emocional quanto instrumental, promovendo companhia, informação e referência como padrão de conduta, podendo afetar profundamente o comportamento individual.

O cenário interpessoal opera ao nível dessas interações sociais e a aceitação e uso de tais *scripts* constitui a base dos padrões de comportamento social. Assim, o indivíduo é um ator que encena o seu papel tal como esperado, e suas condutas são guiadas de acordo com a conduta dos outros.

O uso de drogas, por exemplo, é visto por muitos como um ato de conduta as vezes até romântico entre amigos. O compartilhamento, inclusive da seringa, pode representar um ato de amizade e confiança. Do mesmo modo, o uso de preservativos pode ser visto sob o prisma da desconfiança, distanciando os parceiros, ao invés de representar respeito e cuidado mútuo.

Em nível de educação em saúde, e especialmente em relação à prevenção da aids, é importante observar aspectos individuais e sociais que possivelmente estão relacionados a uma maior vulnerabilidade ao HIV/Aids. Essa análise pode ser feita identificando-se os conhecimentos, as opiniões, as atitudes, as crenças e os valores que possam estar influenciando comportamentos de risco dos indivíduos frente à aids (Langer e Warhett, 1992).

Pelo exposto, esse trabalho pretende fazer um exercício de aplicação da noção de vulnerabilidade, em especial a dimensão individual, à luz

da teoria dos *scripts* sociais, para possibilitar a compreensão das práticas sexuais e preventivas das universitárias, privilegiando a prevenção do HIV/Aids.

IV CARACTERIZAÇÃO DE ESTUDO

4. 1. OBJETIVOS E HIPÓTESES

4.1. 1 Objetivo Geral

Caracterizar a vulnerabilidade individual em relação às práticas e atitudes sobre a sexualidade de estudantes do sexo feminino, do primeiro ano dos cursos de uma universidade na cidade do Rio de Janeiro, visando subsidiar intervenções preventivas à transmissão do HIV.

4.1. 2 Objetivos Específicos

1- Caracterizar o grupo de universitárias segundo aspectos sociodemográficos (dimensão da vulnerabilidade social).

2- Identificar o cenário cultural, relacionando as práticas sexuais e preventivas do grupo sob estudo (dimensão da vulnerabilidade social).

3- Reconhecer o cenário interpessoal através das análises sobre situações que facilitem ou problematizem as práticas preventivas (dimensão da vulnerabilidade individual).

4- Caracterizar o cenário intrapsíquico, identificando a influência da aids ao nível de mudanças percebidas pela população estudada em suas práticas sexuais e de relacionamento afetivo (dimensão da vulnerabilidade individual).

5- Correlacionar fontes de informação, conhecimentos e atitudes com a adoção e a maior ou menor sistemacidade de medidas preventivas (dimensão da vulnerabilidade individual).

4.1.3 Hipóteses do Estudo

Práticas de sexo seguro entre mulheres dependem de fatores socioculturais que envolvem informação, percepção de risco e significados das relações afetivas. Esses determinantes se inserem na dimensão da vulnerabilidade social e da vulnerabilidade individual e devem ser tomados em consideração no desenho de ações preventivas.

4.2. METODOLOGIA

4.2.1 Descrição

O presente estudo realizado de julho a outubro de 1995 envolvendo alunas de primeiro e segundo períodos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) utilizou questionário que compreende questões abertas e fechadas. Trata-se de um estudo transversal cujo objetivo é definir, como já dito, uma base de informações que possibilite o desenvolvimento de programas preventivos adequados, assim como sua posterior avaliação.

4.2.2 Plano Amostral

4.2.2.1 Caracterização da Amostra:

No município do Rio de Janeiro existem 52 instituições de nível superior, sendo uma estadual (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) e 5

federais (UFRJ, UNI-RIO, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Escola Técnica Federal e Instituto Militar de Engenharia). As 46 instituições restantes são privadas. Esses estabelecimentos oferecem 73 cursos universitários que são divididos em 4 grandes áreas do conhecimento:

- 1- Ciências Biológicas e da Saúde
- 2-- Ciências Humanas, Sociais e Artes
- 3- Ciências Jurídicas e Econômicas
- 4- Ciências Tecnológicas, Exatas e da Natureza

O número de vagas oferecidas alcança um total de 49.807 vagas, sendo 41.490 (83,3%) na rede das instituições privadas e 8.317 (16,7%) na rede pública (CEEC-MEC, 1995).

4.2.2.2 Seleção da Instituição

A Universidade Federal do Rio de Janeiro foi a universidade escolhida como local do estudo por ser uma grande e tradicional instituição de ensino. Ela reúne o maior número de vagas para o ensino superior no Rio de Janeiro e a maior diversidade de cursos (47 cursos diferentes).

Apesar da UFRJ ser seletiva no que diz respeito ao *status* socioeconômico de seus estudantes, sendo a maioria originária de classes mais privilegiadas da sociedade, existem diferenças significativas entre algumas áreas. Por exemplo, trinta e cinco por cento dos estudantes dessa Universidade tem pais com nível de instrução superior. A renda mensal média dos pais dos alunos é de US\$443,00, entretanto, a renda mensal média dos pais de alunos do curso de engenharia elétrica é três vezes maior que a renda dos pais de alunos do curso de pedagogia (Coelho, 1992). Essa diversidade contempla em tese vários grupos socioeconômicos distintos.

A escolha baseou-se também no critério de viabilidade de realização da pesquisa, pela facilidade de acesso às faculdades e pelo interesse dos docentes.

4.2.2.3 Tamanho da Amostra:

A amostra foi calculada utilizando-se uma proporção estimada de 50% referente ao percentual da população que utiliza alguma medida preventiva em relação às DST/Aids (Sacco et al. 1993; Mickler, 1993). Utilizando-se um grau de precisão de 5%, o tamanho de amostra calculado foi de 400 indivíduos.

Através de estudos anteriores (Leme, 1994), pode-se inferir que a proporção de mulheres na faixa etária estudada que já tiveram relações sexuais é de aproximadamente 80%. Foi aumentado em 50% o tamanho da amostra, uma vez que queríamos no mínimo 400 jovens com experiência sexual, e chegamos, assim, a um total de 600 estudantes.

Optou-se pelo procedimento de amostragem probabilística com probabilidade proporcional ao tamanho das diferentes unidades. Esta opção deveu-se à necessidade de fazer-se inferência sobre a população e pela praticidade da utilização de unidades grandes (turmas). Por esse processo de seleção a probabilidade de que uma unidade seja escolhida é proporcional à grandeza da unidade (Cochran, 1977).

Foi construída uma listagem dos cursos da UFRJ, por área de conhecimento, com as respectivas ordens de grandeza (representadas pelo número de estudantes do sexo feminino matriculadas no primeiro e segundo semestre do ano de 1995) e a amplitude atribuída a cada uma das turmas. A partir da escolha de um número aleatório, via-se a que intervalo pertencia esse número e então, esse curso era o escolhido. Os demais cursos foram selecionados repetindo-se esse processo. Selecionou-se assim uma amostra de oito cursos da UFRJ, sendo dois de cada área do conhecimento. Os cursos selecionados foram: Arquitetura e Urbanismo; Serviço Social; Ciências Biológicas; Enfermagem; Engenharia Química; Matemática; Ciências Econômicas e Administração.

4.2.2.4 Seleção dos Participantes

A amostra constitui-se de alunas de primeiro e segundo períodos (diurno e noturno) dos cursos universitários selecionados. Essa população foi escolhida devido a: 1)-situar-se na faixa etária de risco para a infecção pelo HIV, pois constitui população sexualmente ativa; 2)-pela facilidade de acesso à essa

população para efeito de pesquisa e ações preventivas; 3)-pela possibilidade de estudar essa população em momentos diferentes, viabilizando estudos comparativos.

Os contatos com a comissão de seleção do concurso vestibular da UFRJ foram feitos no primeiro semestre de 1995. Com essa comissão foi conseguida a listagem dos cursos, número de vagas oferecidas e número de alunos matriculados por curso, com distribuição por sexo.

Após a seleção dos cursos, contactamos os diretores de institutos e os coordenadores de graduação. Dispondo das grades de horários das turmas, esses professores auxiliaram na seleção das datas e horários mais adequados. Assim, foram escolhidas as disciplinas em cujos horários o questionário seria aplicado. Os professores dessas matérias foram contactados previamente e explicou-se a importância e os objetivos do trabalho, bem como os motivos de sua realização.

Os questionários foram aplicados nas salas de aula, durante os trinta minutos finais das aulas. As respondentes foram todas as alunas dos cursos selecionados, que estivessem presentes no momento da aplicação do questionário. Aproximadamente 4% das estudantes presentes não quiseram participar do estudo.

4.2.3 Instrumento

Tendo em vista os objetivos e a população de estudo, assim como aspectos relacionados com a viabilidade da coleta dos dados, optou-se pelo questionário anônimo, auto-aplicado, como instrumento de coleta. Ao se construírem as questões, houve preocupação quanto à linguagem empregada, atentando-se para uma comunicação fácil e rápida com as respondentes. As questões obedecem a uma ordem seqüencial, agrupadas de acordo com as variáveis dependentes sob estudo.

O questionário é composto por perguntas de múltipla escolha e perguntas de respostas abertas. As questões abrangem dados demográficos, conhecimento sobre os mecanismos de transmissão do HIV, uso de drogas, medidas preventivas quanto a doenças sexualmente transmissíveis, comportamento sexual, percepção de risco em relação à aids, uso de preservativos, bem como exposição a materiais educativos, programas e atividades sobre aids. As perguntas abertas foram necessárias, uma vez que não contávamos com parâmetros culturalmente estabelecidos para essas questões, o que dificultou a construção de opções de respostas fechadas plausíveis e culturalmente apropriadas. Um exemplar do questionário constitui o anexo 2.

4.2.3.1 Pré-Teste

O instrumento foi pré-testado em uma turma de 35 estudantes universitários da mesma universidade. Isso foi necessário para determinar sua clareza e a sensibilidade cultural do instrumento, além de gerar críticas e sugestões para o seu aprimoramento. Após a análise do pré-teste, com avaliação das críticas e sugestões, algumas perguntas tiveram sua formulação alterada e outras questões foram acrescentadas. Após essas alterações, foi elaborado o questionário definitivo.

4.2.3.2 Aplicação dos Questionários:

Os questionários foram administrados durante os meses de agosto a outubro de 1995. Após uma breve explanação sobre a pesquisa (deixando claro que essa pesquisa fazia parte de uma tese de doutorado, que era conduzida por profissionais de saúde e que tinha como um dos seus objetivos sugerir possíveis caminhos para estratégias de prevenção), e explicações sobre a importância de respostas individuais as mais sinceras possíveis, os questionários eram distribuídos. Os professores se ausentavam e o pesquisador se mantinha no local, para o caso de haver qualquer dúvida. Todos foram informados sobre a

aleatoriedade na seleção dos cursos e do anonimato das respostas, visando à preservação da confidencialidade.

Observou-se receptividade, cooperação e interesse por parte dos estudantes no preenchimento dos questionários. Na maioria das turmas a necessidade de troca de informações sobre o assunto fez com que após a aplicação do questionário, fossem agendados outros encontros para uma maior discussão sobre as questões em pauta.

4.2.3.3 Validação do Questionário

Um certo número de medidas foram adotadas com a intenção de aumentar a taxa de aceitação e a qualidade das respostas, dois aspectos claramente relacionados entre si.

O primeiro passo dado nessa direção foi garantir aos participantes que o questionário fosse completamente anônimo e confidencial. O segundo cuidado foi relativo à introdução ao questionário padronizada e onde se definiam claramente quais as finalidades do mesmo. Segundo Spira (1994), os objetivos do estudo e a maneira como ele é apresentado aos participantes têm um papel fundamental para a validade do estudo.

Todas as perguntas de múltipla escolha tinham sempre uma resposta única. Isso evitava que alguém pudesse entender a “não marcação” como uma resposta. Como exemplo temos as questões sobre freqüência do uso do preservativo: Sempre - Freqüentemente - Algumas vezes - Raramente - Nunca - Não se aplica.

Pensando na possível dificuldade de recordar certos fatos, procurou-se relacionar as perguntas a um passado não muito distante. As respostas que exploram as práticas preventivas estão relacionadas às cinco últimas relações sexuais ou aos últimos 30 dias.

A qualidade das respostas pode ser avaliada pela ausência de contradições grosseiras nas respostas dos participantes aos diferentes segmentos do questionário que diziam respeito ao mesmo assunto. As perguntas sobre uso e aceitação dos preservativos é um bom exemplo.

A taxa de respostas⁴ em um estudo é convencionalmente usada como uma medida padrão de precisão das estimativas deste estudo (Blumstein et al., 1990). A proporção de “não-resposta” por questão pode indicar a qualidade das respostas. Entretanto, do mesmo modo que uma baixa taxa de não-resposta não indica necessariamente que a questão foi bem aceita ou entendida, uma alta taxa de não-resposta pode expressar uma compreensão restrita da pergunta ou simplesmente uma recusa em responder. As perguntas sobre renda individual e familiar podem se enquadrar nesse caso pois foram das raras questões com uma alta proporção de não-respostas.

De acordo com Blumstein e colaboradores (1990) existem 3 modalidades de participação seletiva que, de alguma maneira, têm efeitos diferentes sobre as estimativas acerca do comportamento sexual. 1) Participação seletiva com relação a características que são independentes do comportamento sexual. 2) Participação seletiva com respeito a atributos (por exemplo - situação conjugal) que podem estar relacionados com o comportamento sexual. 3) Participação seletiva diretamente vinculada ao comportamento sexual.

A primeira modalidade pode ser ignorada em termos de construção de estimativas, porque não-respostas dessa natureza não estão relacionada ao comportamento sexual. A segunda pode resultar em estimativas com vícios, mas que podem ser remediados se a distribuição da variável sob análise for sabidamente igual para o grupo de respondentes e não respondentes. A terceira modalidade é a mais problemática e raramente dará resultados livres de vícios.

Às estudantes que não quiseram participar foi perguntado o motivo da não aceitação. Esses motivos podem ser agrupados em 2: 1) necessidade de utilizar o tempo livre para estudar (aproximadamente 30% das estudantes que não quiseram participar); 2) sair mais cedo por motivos de transporte (aproximadamente 70%). Como a não aceitação em participar foi anterior a explanação sobre o objeto da pesquisa, poderíamos classificar os não respondentes no primeiro grupo, como fruto de seleção independente da participação na pesquisa.

⁴ Para estudos que utilizam questionários auto-aplicados, as taxas de respostas são dadas pelo

Erros de medidas dão lugar a vícios (vieses) nas estimativas da prevalência dos comportamentos sexuais de “alto risco”, levando a identificações erradas das populações sob risco. Além disso, dificultam as estratégias preventivas. As implicações dessas dificuldades para a utilização dos resultados desses estudos nos desenhos de programas de prevenção são óbvias.

Segundo Catania et al (1990) os erros de medidas associados com comportamentos referidos em questionários podem ocorrer de diversas maneiras: a)-Os entrevistados podem se recusar a responder as questões relacionadas a comportamentos sexuais; b)- Podem admitir comportamentos mas referi-los em menor escala; c)- Podem admitir comportamentos, e referi-los em escala maior do que a real; d)-Podem referir comportamentos que nunca aconteceram. Como não existe um “gold standard” para as respostas sobre comportamentos sexuais, é difícil detectar quando os respondentes estão referindo seus comportamentos sexuais em escala maior ou menor.

Medidas sobre comportamento sexual têm muito em comum com medidas de fenômenos subjetivos. Apesar do comportamento sexual poder, em tese, ser observado, existem apenas algumas circunstâncias especiais nas quais o testemunho de um observador pode ser usado para validar as respostas de um respondente. Fora essas circunstâncias especiais, não existem medidas independentes que permitam prover um acesso direto da extensão dos vícios presentes nas respostas de estudos sobre comportamentos sexuais (Blumstein et al., 1990).

Entretanto existem meios indiretos que podem ser usados nessas avaliações: a)-através do uso de taxas de doenças sexualmente transmissíveis (DST) na população e, b)-abordagem psicométrica.

A abordagem psicométrica de validação apresentada por Blumstein (1990), tem três pontos importantes: “Construct validity” (validade do constructo), “Criterion validity” (validade de critério) e “Content validity” (validade de conteúdo).

A validade de constructo, ou validade preditiva, é a mais efetiva e convincente estratégia mas, freqüentemente sua avaliação não é exeqüível. Por

número de questionários completos dividido pelo número de pessoas que compõem a amostra.

validade preditiva entendem-se processos que viabilizem uma avaliação de o quanto as medidas do estudo são preditivas (capazes de prever os resultados). No presente estudo, essa avaliação seria possível desde que acompanhada de sorologia para o HIV e outras DST da amostra sob análise. Os custos financeiros e operacionais dessa proposta fugiriam em muito aos recursos disponíveis por esta pesquisa. Uma possível aproximação dessa forma de validação seria a comparação dos resultados da pesquisa com dados de incidência de DST no segmento de mulheres universitárias. A falta de dados de vigilância epidemiológica sobre essas doenças tornou impossível essa comparação.

A validade de critério é provavelmente a segunda melhor forma. É o grau no qual as medidas concordam com outras abordagens que medem a mesma característica. No presente estudo essa modalidade de avaliação pode ser feita uma vez que algumas perguntas tinham a possibilidade de avaliar a relação entre as respostas do questionário. Como exemplo temos as perguntas sobre relações anais. A primeira pergunta se refere ao costume de ter relações anais, com as opções SIM - NÃO - NÃO SE APLICA. A segunda pergunta é sobre a frequência de relações anais, com as opções: SEMPRE - FREQUENTEMENTE - ALGUMAS VEZES - RARAMENTE - NUNCA - NÃO SE APLICA. Confrontando o item 3 da primeira pergunta (Não se aplica) com outra opção que não o item 6 da segunda pergunta (Não se aplica) encontramos uma alta relação entre as respostas.

É oportuno lembrar que a validade de conteúdo é um julgamento subjetivo sobre se as medidas fazem sentido. Apesar de ser uma avaliação basicamente subjetiva, com um bom julgamento, essa modalidade de validação pode ser satisfatória (Hulley e Cummings, 1988).

4.2.4 Plano de Análise dos Dados

4.2.4.1 Análise das Questões Abertas e Construção de Categorias de Codificação

A maioria das pesquisas sobre sexualidade realizadas durante a última década mostrou a importância de fatores sócio-econômicos na determinação de aspectos básicos do comportamento sexual. A partir do reconhecimento do papel do indivíduo e da sociedade na moldagem do comportamento sexual, a atenção passou a se concentrar no sistema de significados com vista à adequada compreensão dos padrões da sexualidade (Parker et al., 1995). O sexo não é mais visto como algo biológico e sim como uma experiência culturalmente apreendida, moldada pelo mundo interno e pelo mundo material onde vivem os seres humanos (Parker et al., 1995).

Na busca da compreensão da estrutura sexual nessa população de estudantes, é importante o conhecimento dos relacionamentos conjugais: O número de parceiros sexuais do informante; as motivações relativas ao relacionamento (motivações sexuais, sentimentais ou financeiras); a valorização da fidelidade, noções de prazer e sexualidade diferenciada por gênero. Essas questões foram importantes para a compreensão desses comportamentos, com o objetivo de que as respostas dessa pesquisa pudessem se traduzir em estratégias mais efetivas para a prevenção da aids.

As perguntas abertas foram analisadas a partir da leitura de aproximadamente 10% dos questionários e definição de núcleos de respostas. Em relação a essas perguntas, núcleos de conteúdo consistentes e estáveis foram organizados e destacados. Abaixo exemplifica-se a forma através da qual esses conteúdos foram construídos e identificados.

1- Em relação à decisão de ter relações sexuais, cinco núcleos foram construídos:
1) Sentimento - o amor ao parceiro; 2) Confiança no parceiro; 3) Atração física; 4) Condições pessoais; 5) Legitimação.

1.1 Sentimento, o amor ao parceiro - Esse núcleo engloba as respostas que associam a atividade sexual a uma relação amorosa.

“Só fiz amor com a pessoa que tenho certeza que é o amor da minha vida”

“Gostar de verdade é a certeza de não me arrependeu depois”

“Tem que ser a pessoa que eu ame e com quem tenha uma certa intimidade”

“Se eu gosto muito da pessoa e se ele me corresponde”

1.2 Confiança no parceiro - Esse núcleo concentra as respostas que relacionam a atividade sexual à confiança depositada no parceiro.

“Conhecer a trajetória do parceiro, vendo se pode pertencer a grupo de risco”

“Somente com pessoas confiáveis como o meu namorado”

“Conhecer profundamente o parceiro e sua intimidade”

1.3 Atração física - Nesse núcleo foram englobadas as respostas que relacionavam a atividade sexual à atração física.

“O desejo, a vontade, meu espírito no momento”

“Atração pela pessoa”

“Vontade e momento”

1.4 Condições pessoais - Foram concentradas nesse núcleo as respostas que condicionam a atividade sexual a condições pessoais da estudante.

“Meu amadurecimento dentro da relação”

“Se estou preparada ou não”

“Meus sentimentos em relação a mim”

1.5 Legitimação - Esse núcleo engloba respostas que associam a atividade sexual a uma legitimação da relação do casal.

“Só transei com meu namorado. Já namoramos há 4 anos”

“Não transo com ninguém antes que tenha um compromisso sério”

“Só transo com meu marido!”

2- A partir da pergunta sobre o que é sexo para você e para o seu parceiro, os seguintes núcleos foram destacados: 1) Sexo relacionado ao amor; 2) Sexo relacionado ao prazer; 3) Sexo como instinto; 4) Relacionado ao compromisso.

2.1 Sexo relacionado ao amor

“Uma forma de expressar a amor”

“É a forma mais íntima de se relacionar com quem se gosta”

“Relacionamento de carinho e amor com a pessoa amada”

“Expressão sincera do amor”

2.2 Sexo relacionado ao prazer

“Relação íntima entre duas pessoas que têm atração uma pela outra”

“Fonte de prazer e celebração de um relacionamento interessante”

“Algo que me dá prazer”

“Uma forma de prazer e relaxamento”

2.3 Sexo como instinto

“Parte do dia-a-dia, supre as necessidades do corpo”

“Momento de satisfação do desejo carnal humano, além de ser método de procriação”

2.4 Relacionado ao compromisso

“Complemento de uma relação estável”

“Compartilhamento do amor entre o casal”

3- As respostas da pergunta sobre se o sexo seria igual para homens e mulheres foram agrupadas nas seguintes categorias: 1) Duplo padrão, a partir de diferenças biológicas; 2) Duplo padrão, a partir de diferenças sociais; 3) Padrão único

3.1 Duplo padrão, a partir de diferenças biológicas - Esse núcleo engloba as respostas que caracterizam o sexo como sendo biologicamente diferente para homens e mulheres.

“Mulher não sente a mesma necessidade de transar que o homem”

“Para o homem é a necessidade e para a mulher tem que ter amor”

“Os homens encaram como necessidade do corpo”

“Somos fisiologicamente diferentes”

3.2 Duplo padrão, a partir de diferenças sociais - Esse núcleo concentra as respostas que caracterizam o sexo diferentemente para homens e mulheres, devido a características sociais.

“A mulher foi muito reprimida e, por isso, talvez, o sexo se misture com amor”

“Somos culturalmente condicionados a reagir diferente aos estímulos sexuais”

“O desejo é igual para todos, porém a sociedade é que o deturpa”

3.3 Padrão único - Esse núcleo engloba as respostas que caracterizam o sexo como tendo um padrão único tanto para homens quanto para mulheres.

“Ambos sentem o mesmo prazer”

“A distinção está na cabeça das pessoas”

4- Quatro núcleos estruturam as respostas sobre fidelidade: 1) Valor positivo; 2) Valor negativo; 3) Dependente da relação; 4) Duplo padrão.

4.1 Valor positivo - Esse núcleo engloba as respostas que referem a fidelidade como um valor positivo.

“Importantíssima para a felicidade e satisfação plena dos dois”

“Muito importante, as pessoas devem se dedicar a apenas um parceiro”

4.2 Valor negativo - Esse núcleo reúne as respostas que referem a fidelidade como um valor negativo.

“Não existe fidelidade total”

“Dispensável”

4.3 Dependente da relação - Nesse núcleo estão englobadas as respostas que referem ser a fidelidade relativa e dependente do tipo de relacionamento.

“Importante, a partir do momento que seu parceiro é seu ideal de vida”

“Em certos relacionamentos é totalmente necessária”

4.4 Duplo padrão - Esse núcleo engloba as respostas que descrevem a fidelidade como tendo padrão diferenciado para homens e mulheres.

“Legal, mas difícil de existir por parte dos homens”

“As mulheres levam muito mais em conta que os homens”

5- As principais categorias definidas a partir da pergunta sobre os motivos que levam essas jovens a não usarem os preservativos, foram: 1) Fidelidade; 2) Confiança.

5.1 Fidelidade - Esse núcleo foi formado por respostas que relacionam o não uso dos preservativos à fidelidade presente na relação.

“Sei que meu marido não possui outras parceiras”

“Certeza do relacionamento somente entre nós”.

“Aposto na fidelidade do meu parceiro”.

5.2 Confiança - Esse núcleo engloba respostas que relacionam o não uso dos preservativos à confiança no parceiro.

“Conheço bem o meu parceiro e seu estado de saúde”

“Conheço muito o meu parceiro e estou com ele há muito tempo”

“Somos namorados há dois anos e meio e éramos virgens”

“Confiança que temos um no outro”.

“Certeza absoluta que não coríamos perigo”

É importante assinalar que esses núcleos referentes às perguntas anteriores já foram detectados na literatura que discute o papel da relação amorosa na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Villela (1996) destaca que a sexualidade feminina, vista como vinculada à maternidade e ao mundo dos afetos, condicionaria sua existência a uma relação amorosa. Essa vinculação do prazer ao afeto demonstra que as escolhas dos parceiros estão fundamentadas e centradas nas concepções amorosas existentes na nossa cultura, onde a confiança, o amor e a proteção se relacionam entre si (Santos, 1996).

Uma pesquisa realizada por Paiva (1995) entre jovens e adolescentes na região central de São Paulo revela que nesse grupo uma das mais freqüentes associações que estabelecem com o sexo é o “amor”. Além disso, acreditam que a fidelidade é importante, mas aceitam melhor a infidelidade masculina.

Em estudo qualitativo conduzido por Ludwig, 1990, o sentimento relacionado ao AMOR foi apontado como um “protetor” em termos de risco de transmissão do HIV. O estudo sobre comportamento sexual e aids, conduzido na França em 1992-93 (Spira et al., 1994), procurou compreender a extensão com que o sentimento relacionado ao amor era percebido como um elemento contraditório com a idéia de risco. Dezoito por cento dos franceses concordaram com a afirmativa: “Quando você esta amando, você não corre risco de pegar aids”, e 19% discordaram um pouco.

6- As perguntas sobre o que as estudantes acham dos preservativos foram relacionadas aos seguintes núcleos: 1) Referência positiva, sem restrições; 2) Referência negativa; 3) Dependente da relação; 4) Com restrições pessoais.

6.1 Referência positiva, sem restrições

“Importantes mesmo em relações fiéis”

“Necessários para garantir a integridade que, infelizmente, os sentimentos e a confiança não estão garantindo”

“Muito importantes, pois previnem várias doenças”

6.2 Referência negativa

“Rasgam com facilidade”

“Profundamente incômodos”

“Algo que evita, mas não é 100% eficiente”

6.3 Dependente da relação

“Legal apenas se é com um cara que você não conhece”

“Eficientes e importantes para pessoas que têm muitos parceiros e desconhecidos”

“Imprescindível quando o sexo é puramente casual”

“Importantes para quem tem relações promíscuas”

“Importante quando o parceiro tem algum ponto questionável”

6.4 Com restrições pessoais

“Não gosto pois tenho alergia”

“Úteis mas tiram um pouco do tesão”

“São desconfortáveis, meu parceiro demora mais para gozar”

7- A pergunta sobre a reação do parceiro ao pedido de uso do preservativo, gerou os seguintes núcleos: 1) Aceita normalmente; 2) Aceita, se for para anticoncepção; 3) Tenta não usar; 4) Nega-se a usar.

7.1 Aceita normalmente

“Aceitaria normalmente, mas não há necessidade”

“Com muita clareza e certeza de sua necessidade”

7.2 Aceita, se for para anticoncepção

“Normalmente, porque sabe que não é por causa de doença”

7.3 Tenta não usar

“Não gosta mas me respeita e usa”

“Resiste um pouco, mas usa”

“Não gostava muito mas usava sem questionar”

7.4 Nega-se a usar

“Responderia que é falta de confiança”

“Alega diminuição de prazer”

“Fica bravo, engana que coloca ou coloca e tira na hora”

“Pergunta se desconfio de sua fidelidade ou se sou infiel”

Em relação aos preservativos, certas características culturais devem ser assinaladas. O uso dos preservativos traz à tona a idéia de comportamentos sexuais irregulares ou desviantes do modelo monogâmico, onde estão embutidas a fidelidade e a confiança. O pedido para o uso do preservativo normalmente é interpretado como desconfiança do parceiro ou infidelidade por parte da mulher. Isso poderia levar a um risco social e pessoal que muitas vezes a mulher não está disposta a correr. Um risco que poderia vir a acarretar discriminação, perda do parceiro e do *status* social (Guimarães 1994)

4.2.4.2 Análise das Questões Fechadas

Com o objetivo de estudar as várias variáveis simultaneamente e determinar as relações entre elas, os dados foram submetidos a uma análise através do método de componentes principais (Morrison, 1976). Essa análise foi feita utilizando-se o pacote estatístico SYSTAT.

Para uma melhor compreensão desta análise, seguem-se alguns comentários sobre pontos fundamentais a respeito desse método. Não pretendo com isso proceder a nenhum detalhamento dos procedimentos estatísticos, o que estaria além dos objetivos desta dissertação.

A análise por componentes principais (ACP) faz parte de um conjunto de procedimentos estatísticos ditos redutores de espaço. Boschi (1991) citando Green e Rummel, aponta para uma variedade de objetivos destas técnicas de redução espacial:

- 1- simplificação de padrões complexos de associação entre variáveis, em dados multivariados;
- 2- análise exploratória para a identificação de características latentes das variáveis, com vistas a futuros experimentos;
- 3- estabelecimento de tipologias para o conjunto de variáveis, de maneira empírica;
- 4- redução da dimensão de um conjunto de dados multivariados;
- 5- desenvolvimento de um índice unidimensional, a partir das variáveis originais, que maximize a diferenciação entre as unidades experimentais;
- 6- determinação de relações hipotéticas entre as variáveis sob estudo;
- 7- transformação da matriz de variáveis antes da aplicação de outras técnicas, tais como regressão múltipla ou correlação;
- 8- representação escalar e espacial dos dados.

O presente estudo utilizou o conceito citado, particularmente no sentido de analisar a correlação entre as variáveis sobre informações, conhecimentos, atitudes, práticas e medidas preventivas em relação ao HIV/Aids.

A análise dos dados através do método de componentes principais utiliza as variáveis sem que estas sejam definidas como dependentes e independentes. Essa análise explica a variância através de algumas combinações lineares das variáveis originais, tendo como objetivo a redução e interpretação dos dados.

A análise por componentes principais estabelece, a partir de uma matriz de semelhança (variâncias/co-variâncias), um conjunto de eixos perpendiculares. Estes eixos, também denominados de “fatores”, seguem uma ordem hierárquica de valores, decrescente, em função da sua contribuição para a variância total dos dados. Deste modo, o primeiro eixo da ACP representará a maior parte da variação dos dados. O segundo deve ser ortogonal ao primeiro e apresentar a segunda maior variância, e assim sucessivamente. O resultado disso é um sistema reduzido de coordenadas, proporcionando informações sobre as semelhanças do conjunto de dados.

Interpretar uma ACP consiste em tentar definir o que representa cada eixo. À medida que a importância dos eixos (isto é, a sua participação em relação à variância total) vai diminuindo, torna-se cada vez mais difícil a sua interpretação.

As correlações das variáveis com os componentes principais são denominados de “pesos”, que têm valores entre zero e um. Quanto mais próximos de um, mais representativa é a variável naquele componente. Além disso, esses pesos apresentam um sinal algébrico, com valor positivo ou negativo, indicando a direção da associação: direta ou inversa.

Após encontrar a matriz solução, costuma-se utilizar um procedimento de rotação. Isto é, encontrar uma nova orientação espacial, para uma melhor interpretação em termos da estrutura de dependência das variáveis originais.

O procedimento de rotação utilizado nesse estudo foi o denominado de “varimax”, de rotação ortogonal (Green, 1978).

O primeiro passo para essa análise foi a exclusão de variáveis sem expressão, como por exemplo: 1-renda individual e familiar, questão que não foi respondida por aproximadamente 80,0% das estudantes; 2- Local de residência, uma vez que a grande maioria (87,3%) declarou residir no município do Rio de Janeiro.

Para a análise desse item duas novas variáveis foram criadas: PRESERV, que se refere à frequência do uso do preservativo tanto com parceiro fixo como eventual. Esta variável foi criada a partir da fusão das variáveis CONDREG (pergunta sobre a frequência do uso do preservativo nas cinco últimas relações sexuais com parceiro regular) e CONDCAS (pergunta sobre frequência do uso do preservativo nas cinco últimas relações sexuais com parceiro casual); e PSEX, que representa a variável PRESERV somada às perguntas Q22 e Q23, sobre o uso de álcool ou drogas antes de relações sexuais.

Do mesmo modo, com todas as demais variáveis, foi desenvolvida a análise por componentes principais.

4.2.4.3 Análise Segundo o Conceito de Vulnerabilidade

De acordo com a abordagem privilegiada, a análise se processará respondendo aos objetivos e de acordo com a seguinte grade de orientação:

1. Vulnerabilidade Social: Caracterização do grupo de universitárias segundo aspectos sócio-demográficos. Foram consideradas as seguintes variáveis:

1- Idade; 2- Curso universitário; 3- Local e tempo de Residência; 4- Situação conjugal; 5- Renda mensal (trabalho ou mesada); 6- Renda mensal familiar e renda *per capita*; 7- Carro próprio; 8- Religião e sua importância; 9- Acesso à informação.

2. Vulnerabilidade Individual: Identificar variáveis relacionadas ao cenário cultural, relacionando as práticas sexuais e preventivas do grupo sob estudo. A análise das variáveis que respondem a esse objetivo envolvem quatro itens:

2.1 Identificação das fontes de informações, conhecimentos sobre HIV/Aids, atitudes e práticas sexuais.

a) Fontes de Informações: fontes, esclarecimento, credibilidade e conhecimento de pessoa com HIV/Aids.

b) Conhecimento sobre aids: conhecimentos sobre as formas de transmissão.

c) Práticas Sexuais: experiência sexual; idade da primeira relação sexual; repertório das práticas sexuais; caracterização das parcerias sexuais (número de parceiros, idade e sexo) e condições da interação sexual.

2.2 Auto-avaliação: Risco e práticas preventivas relativas à transmissão do HIV.

a) Percepção de risco: fatores facilitadores e obstáculos à transmissão do HIV.

b) Práticas preventivas: Conhecimento e percepção em relação a sexo seguro: Frequência e uso consistente do preservativo; motivos para o não-uso; e formas de acesso aos preservativos.

2.3 Reconhecer o cenário interpessoal através das análises sobre situações que facilitem ou problematizem as práticas preventivas.

- a) Condições de interação sexual: uso sistemático de substâncias como álcool ou drogas antes das relações sexuais; Reação do parceiro ao uso do preservativo.
- b) Relacionamento afetivo: representações sobre os padrões sexuais e de gênero.

2.4 Caracterizar o cenário intrapsíquico, identificando a influência da aids ao nível de mudanças percebidas pela população estudada em suas práticas sexuais e de relacionamento envolvendo as variáveis sobre mudanças ocorridas e perspectivas de mudanças no estilo de vida sexual; e possibilidades quanto a infectar-se com o HIV.

3. Através da análise por componentes principais, buscou-se correlacionar as variáveis sobre Conhecimentos, Práticas sexuais e preventivas em relação ao HIV/Aids, com o objetivo construir uma tipologia de vulnerabilidade para a amostra sob estudo.

V RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados nesse capítulo serão analisados de acordo com o conceito de vulnerabilidade à infecção pelo HIV descrito por Mann e Tarantola (1996), através de suas três dimensões: social, individual e programática, descritas anteriormente. Nessa análise estarei privilegiando a dimensão individual, com algumas referências à vulnerabilidade social.

5.1. VULNERABILIDADE SOCIAL

Os resultados desse estudo se baseiam nas respostas obtidas a partir da aplicação de instrumento padronizado (em anexo) a uma amostra de

estudantes de primeiro e segundo períodos dos cursos selecionados da U.F.R.J., assim distribuídos: Arquitetura 125 (20,4%) alunos, Enfermagem 113 (18,4%), Serviço Social 94 (15,3%), Engenharia Química 70 (11,4%), Biologia 66 (10,8%), Matemática 59 (9,6%), Economia 44 (7,2%) e Administração 42 (6,9%). O número total das estudantes que respondeu ao questionário foi de 613 estudantes. A grande maioria das perguntas teve um alto percentual de respostas efetivas, havendo uma pequena variação no número de respondentes em algumas perguntas. Algumas questões diziam respeito apenas às estudantes que referiam experiência sexual.

Na amostra global, a idade das alunas variou entre 16 e 25 anos, com média de 19,3 e mediana de 19 anos. A maioria é solteira (95,4%), não trabalha (84,2%), e recebe mesada dos pais (71,6%). Das que recebem mesada, 62,3% recebem entre R\$ 100,00 e R\$ 300,00; 24,2% recebem menos de R\$ 100,00 e 13,49% tem mesada acima de R\$ 300,00. Trinta e sete por cento das estudantes tem carro próprio. Aproximadamente 85% reside na cidade do Rio de Janeiro há pelo menos 10 anos.

A tabela 5 mostra algumas características sócio-demográficas de acordo com a experiência sexual dessas alunas. Comparando-se o grupo que refere já ter tido experiência sexual com as “não experientes”, pode-se observar que ele é composto por estudantes mais velhas, que trabalham, têm carro próprio e residem no município do Rio de Janeiro.

Tabela 5: Características sócio demográficas segundo experiência sexual.

Características	Experiência Sexual		Estatística-teste e Nível de significância
	SIM	NÃO	
Idade ¹	19,5	18,9	z=3,36; p<0,001
Trabalha ²	19,6%	8,7%	z=3,48; p<0,001
Carro Próprio ²	41,8%	29,8%	z=3,00; p<0,01

Reside no Rio ²	87,8%	76,1%	z=3,94; p<0,001
----------------------------	-------	-------	-----------------

¹ Média de idade - Teste de médias

² Teste para comparação de proporções

Somente 206 (33,6%) alunas responderam à questão sobre a renda familiar. A renda *per capita* foi calculada a partir de duas questões: renda familiar e número de pessoas que vivem com essa renda. O resultado foi uma renda mensal *per capita* média de R\$ 499,46 reais com mediana e moda de 375,00 e 500,00 reais, respectivamente.

Trezentos e cinquenta e cinco (59,4%) alunas eram católicas; 79 (13,2%) não tinham nenhuma religião; 76 (12,7%) seguia a doutrina espírita; 49 (8,2%) pertencia a religiões outras tais como judaísmo, testemunhas de Jeová, Taoísmo, etc. e 38 (6,2%) eram evangélicas. Na tabela 6, onde se compara as diferentes religiões com o relato de experiência sexual, observamos que as jovens de formação evangélica, apresentam as mais baixas proporções de experiência sexual nessa amostra.

Apesar de a maioria das alunas referir ser católica, devemos estar atentos à complexidade do universo religioso brasileiro. O grande sincretismo religioso presente na população faz com que muitos refiram ser católicos apesar de terem práticas em umbandismo e outras religiões conhecidas como “afro-brasileiras”.

Em relação à importância da religião na vida destas jovens, 44,6% refere ser pequena; enquanto para 30,8% dessas estudantes essa importância foi classificada como relativa ou média. As demais (24,6%), afirmam ser a religião muito importante nas suas vidas.

A análise sobre o acesso aos meios de comunicação foi feita objetivando saber onde essas jovens obtêm diariamente informações gerais. Na amostra total, a primeira fonte de informação foi a televisão (89,3%), seguida pelo rádio (85,8%) e, com uma frequência menor (41,7%), foi citado o jornal.

Tabela 6: Distribuição das alunas segundo religião e experiência sexual

RELIGIÃO	Experiência Sexual				TOTAL	
	Sim		Não		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Católica	228	64,2	127	35,8	355	100,0
Espírita	51	67,1	25	32,9	76	100,0
Evangélica	18	46,2	21	53,8	39	100,0
Nenhuma	61	77,2	18	22,8	79	100,0
Outras	33	67,3	16	32,7	49	100,0
TOTAL	391	65,4	207	34,6	598	100,0

De acordo com a dimensão da vulnerabilidade social, essas universitárias são jovens em torno dos 19 anos de idade, solteiras, não trabalham e recebem mesadas dos pais. Residem no município do Rio de Janeiro e são, em sua maioria, católicas. Essas estudantes referem a televisão e o rádio como suas principais fontes de informações gerais.

5.2 VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

5.2.1 Fontes de Informações, Nível de conhecimento e Práticas sexuais

a) Fontes de Informações

Em relação às fontes de informação sobre HIV/Aids, pergunta que admite múltiplas opções, a grande maioria refere ter tido contato com estas informações através de jornais (92,2%), conversa com familiares e amigos (85,0%), na escola (84,2%) ou através de folhetos e panfletos (84,2%). A maior parte, 483 (78,8%), diz que as informações foram esclarecedoras, 121 (19,7%)

acreditam que as informações foram esclarecedoras até certo ponto e 7 (1,2%) acreditam que não foram esclarecedoras ou não sabem informar.

Esses resultados são similares aos obtidos em outros estudos em diversas partes do mundo, evidenciando a ação dos meios de comunicação na divulgação de informações sobre o HIV/Aids (Asindi et al., 1992; Nidlovu e Sihlangu, 1992; Santos, 1992; Snedon e Kremer, 1992; Scroggins et al., 1993; Asuzu, 1994; Cordeiro, 1994; Chu et al., 1995; Kapiga et al., 1995; Merchan-Hamann, 1995).

A escola também aparece como uma importante fonte de informação, o que até certo ponto leva a supor a atuação dos professores de segundo grau, na orientação sobre aids, uma vez que esse grupo é de estudantes recém-ingressas na universidade. Em estudo entre adolescentes, estudantes em Massachussets - Estados Unidos (Hingson et al., 1990), observou-se um aumento do número de respondentes (passando de 56,0%, em 1986 para 82,0%, em 1988) que assinalaram ter recebido informação sobre aids através de debates na escola. Nesse mesmo trabalho, 65,0% dos entrevistados afirmou ter recebido informação sobre aids através de rádio, jornais e revistas e 13,0% mencionou os serviços de saúde.

A fonte de informação referida como a de maior credibilidade (43,2%) foi a rede de serviços de saúde, seguida por jornais (31,2%), e folhetos-panfletos (27,1%).

Os serviços de saúde têm maior credibilidade frente às entrevistadas. Apesar disso, foram citados em apenas 40% das vezes como fonte de informação sobre HIV/Aids. Isso talvez seja devido à baixa procura dos Serviços de Saúde pelo grupo em questão. Entre as fontes mais citadas de informação, jornais e panfletos são também referidos como de grande fidedignidade (tabela 7).

Tabela 7: Fontes de conhecimento sobre HIV/Aids segundo informação recebida e fonte de maior credibilidade citada.

FONTES DE INFORMAÇÃO	INFORMAÇÃO RECEBIDA		CREDIBILIDADE	
	Nº	%	Nº	%
Radio	415	67,7	36	5,9
Jornal	565	92,2	191	31,2
Folhetos-Panfletos	516	84,2	166	27,1
Amigos e familiares	521	85,0	113	18,4
Trabalho	100	16,3	10	1,6
Escola	516	84,2	142	23,2
Serviços de Saúde	249	40,6	265	43,2
Igreja	123	20,1	24	3,9
TOTAL DE ALUNAS	613	100,0*	613	100,0*

*O total ultrapassa 100% pois foi aceito mais de uma categoria como resposta

É interessante observar que a predominância, em termos de credibilidade das informações, foi o serviços de saúde. Pode-se, talvez, explicar esse fenômeno em razão do reconhecimento quanto à competência dos profissionais de saúde para tratar desses assuntos.

A principal fonte de informação sobre HIV/Aids foi o jornal, embora esse meio de comunicação não seja o mais utilizado por essas jovens. Os serviços de saúde se caracterizam como a fonte de informação de maior credibilidade, apesar de não terem sido referidos com frequência como fontes de informação. Pode-se sugerir, então, que as jovens que lêem jornal os consideram uma fonte de informação satisfatória e eficiente.

b) Nível de Conhecimento sobre HIV/aids

Descrevem-se nas tabelas 8 e 9, as respostas obtidas em relação ao conhecimento sobre a aids.

Nota-se que embora pequeno, um número não esperado de estudantes acredita que o HIV possa ser transmitido através de mosquitos (3,8%), banheiros públicos (4,4%) e através da vacinação (8,6%). Esse aspecto também foi observado em outros estudos como o de Pendergrast (1992) com adolescentes na Geórgia, Estados Unidos; o de Lindan (1991), com mulheres entre 18 e 25 anos, em Ruanda, África central; e o de Cordeiro (1994), com estudantes de segundo grau em São Paulo. Esse desconhecimento, embora manifestado por uma pequena parcela das alunas, parece evidenciar uma necessidade de orientação nesse sentido.

Destaca-se que 20,7% atribui a transmissão do HIV ao fato de doar sangue, mesmo utilizando-se material esterilizado, o que evidencia informações inadequadas acerca do assunto. É interessante registrar que outros pesquisadores como Walrond (1993), em Barbados; Sielge (1991), na Califórnia; Cordeiro (1994), em São Paulo; Hingson (1990), em Massachussets e Nyamathi (1993) em Los Angeles, encontraram resultados semelhantes. Esses resultados indicam a necessidade de prover informações a estas populações, de forma a corrigir essa concepção, que pode trazer conseqüências indesejáveis como a diminuição dos doadores de sangue.

Tabela 8: Formas referidas de transmissão

FORMAS DE TRANSMISSÃO	Sim		Não		Não sabe	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Através do mosquito ou inseto semelhante	23	3,8	516	84,4	72	11,7
Vivendo na mesma casa com uma pessoa com HIV/aids	22	3,6	569	92,8	16	2,6
Tendo relações sexuais com parceiro com HIV/aids, sem as devidas precauções	608	99,2	5	0,8	-	
Usando banheiros públicos	27	4,4	520	84,8	63	10,3
Utilizar agulhas ou seringas que tenham sido usadas por pessoa com HIV/aids	610	99,5	1	0,2	1	0,2
Através de doação de sangue (com equipamentos esterilizados)	127	20,7	452	73,7	34	5,5
Através de vacinação, se o material utilizado for esterilizado	53	8,6	514	83,8	44	0,3
Através de transfusão de sangue contaminado pelo vírus da aids	609	99,3	4	0,7	-	
Através do compartilhamento de agulhas ou seringas pelo uso de drogas injetáveis	599	97,7	7	1,1	4	0,7

Tabela 9: Crenças e conhecimentos sobre HIV/Aids:

Crenças e Conhecimentos	Sim		Não		Não sabe	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ter muitos parceiros sexuais aumenta o risco de pegar o vírus da aids?	586	95,6	25	4,1	2	0,4
O vírus da aids pode ser transmitido por pessoa que não aparenta estar doente?	609	99,3	2	0,3	2	0,3
Mulher grávida com o vírus da aids pode transmiti-lo para o seu bebê?	586	95,6	9	1,5	18	2,9
Mulher com o vírus da aids pode transmiti-lo ao homem através da relação sexual?	590	96,2	4	0,7	16	2,6
Preservativos (camisinha) previnem a transmissão do vírus da aids?	567	92,9	21	3,4	22	3,6
Pessoas que sempre usam preservativos e têm muitos parceiros	171	27,9	345	56,3	82	13,4

sexuais, têm maior risco? Existe cura para a aids?	5	0,8	575	93,8	30	4,9
---	---	-----	-----	------	----	-----

Na pergunta sobre crenças e conhecimentos sobre HIV/aids, (Tabela 9), observa-se um grupo de alunas questiona ou ignora o uso do preservativo como forma de prevenção da infecção pelo HIV. Embora percentualmente pequeno, 21 (3,4%) alunas não acreditam e 22 (3,6%) não sabem sobre a proteção propiciada pelo uso do preservativo. Trata-se de um resultado que, embora pouco expressivo, é um tanto preocupante e merece atenção tanto em ações educativas específicas, como em pesquisas dirigidas a esse assunto. Pode-se supor que a falta de credibilidade do preservativo influa na sua não utilização.

Outra observação que deve ser feita é em relação à pergunta sobre o uso freqüente do preservativo associado a um grande número de parceiros sexuais. A formulação dessa pergunta pode ter dado margem a que a categoria “não sei” fosse excessivamente utilizada.

De uma maneira geral, e independentemente da experiência sexual prévia, o conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV é bom. Quase todas as questões sobre formas de transmissão foram respondidas corretamente, por exemplo: relação sexual sem proteção (99,2%); compartilhamento de agulhas ou seringas no uso de drogas injetáveis (97,7%); transfusão de sangue contaminado pelo HIV (99,3%); através da transmissão materna (95,6%). Esse bom conhecimento em relação ao HIV/Aids também foi relatado por outros pesquisadores trabalhando com estudantes: Ramsum (1993), no Canadá; Rosenthal (1996), na Austrália; Jadack (1995), nos Estados Unidos; Temporini (1995), em São Paulo e Bernal (1994), no Chile.

De uma maneira geral, essas estudantes têm um bom conhecimento sobre os mecanismos de transmissão do HIV. Apesar disso, formas equivocadas de transmissão foram citadas, apontando para uma necessidade de orientação sobre modos de transmissão do HIV.

C) Práticas Sexuais

No grupo sob estudo, 404 (65,9%) mulheres referiram ter tido relações sexuais. A idade de início variou entre 12 e 25 anos, e aproximadamente 50% das estudantes informaram ter tido o primeiro intercuro sexual entre os 16 e 18 anos. A média de idade da primeira relação na amostra aqui analisada foi de 17,2 anos. Estudos nacionais como o de Cordeiro, 1994 e internacionais como o de Seidman, 1994, Millstein, 1993 e Soet, 1996 (Estados Unidos) e Mirandola, 1996 (Itália); corroboram esses resultados, mostrando ser a faixa etária de 15 a 18 anos a mais freqüente quanto ao início da vida sexual.

Esse resultado deve ser visto com alguma cautela, considerando que o instrumento da pesquisa não esclarecia o que estava sendo considerado como “relação sexual”. De qualquer modo, esses dados evidenciam a importância de se iniciar precocemente atividades de orientação sexual e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Das 28 (6,9%) respondentes que informaram práticas de relações sexuais anais, 29,6% referiram uso freqüente do preservativo. É importante assinalar que uma proporção razoável informou nunca usar (55,5%) ou usar raramente (14,8%) o preservativo nessas ocasiões.

Entre as participantes do estudo que referiram atividade sexual, não foi relatado nenhum caso de recebimento de dinheiro ou troca de favores por atividade sexual. Foram referidos sete casos de doença sexualmente transmissível, sendo citado o herpes genital, o condiloma, infecções pelo papilomavírus e a tricomoníase.

Quanto à parceria sexual, as jovens respondentes em sua maioria informaram que se relacionam sexualmente com namorados (72,3%). Outros parceiros referidos são: colegas (8,0%); amigos (7,7%) e marido ou companheiro regular (7,5%) e cinco (1,2%) estudantes responderam ter feito sexo com pessoas pouco conhecidas.

A predominância de “namorado” como parceiro sexual nessa população é de se esperar, considerando a média de idade de 19,6 anos, coincidindo com a fase de namoro entre os jovens. Embora com freqüência pouco expressiva, a categoria que indica “pessoa pouco conhecida” (1,2%) é importante

e preocupante em uma população onde o preservativo não é utilizado com regularidade.

A distribuição do número de parceiros por diferentes períodos de tempo é apresentada na tabela 10, onde se observa que 70,6% das alunas, teve, no último ano, um único parceiro sexual. Aparentemente, trata-se de jovens cuja frequência de parceiros sexuais é baixa. Dados semelhantes foram encontradas em trabalhos com universitários na Escócia e Reino Unido (Raab et al., 1995 e Robertson, 1995).

Tabela 10 – Número de parceiros sexuais por período de tempo:

Número de parceiros	Durante toda a vida		No último ano		No último mês	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
nenhum	-		40	9,9	120	29,9
1	226	56,2	284	70,6	276	68,7
2 a 4	132	32,8	71	17,7	5	1,2
5 a 9	28	6,9	7	1,7	1	0,2
10 ou +	16	3,9	-		-	
TOTAL	402	100,0	402	100,0	402	100,0

A tomada de decisão dessas jovens em Ter ou não um relacionamento sexual está vinculada, majoritariamente, ao sentimento que elas têm para com o parceiro. Duzentos e quarenta e quatro (63,0%) estudantes referem estar essa decisão relacionada ao amor, ao fato de gostarem do parceiro. *“O que eu sinto pela pessoa, e o que ele sente por mim”*; *“Amar o meu parceiro”*. Quarenta e duas (10,9%) expressaram esse sentimento através da confiança no parceiro *“Se eu confio nele”*; *“Só com o meu namorado pois confio nele”*.

Essas respostas fazem parte do universo da sexualidade feminina. A mulher vincularia a expressão de sua sexualidade à maternidade e ao mundo dos afetos, o que condicionaria seu exercício à existência de uma relação sentimental.

Esse conjunto de universitárias é composto por jovens com pequeno número de parceiros, caracterizados como “namorados”. Seus relacionamentos

sexuais acontecem principalmente quando há uma relação amorosa com o parceiro.

5.2.2 Auto-avaliação: Risco e Práticas Preventivas relativas à transmissão do HIV

a) Percepção de Risco:

A maioria absoluta das alunas na amostra global, 586 (95,9%) pessoas, acredita que ter muitos parceiros sexuais aumenta o risco da transmissão do HIV.

Está particularmente claro para essa população que o HIV pode ser transmitido por pessoas aparentemente saudáveis. Praticamente todas, 609 (99,3%), afirmaram isto.

A aids é vista por essas estudantes como uma doença fatal. Um número expressivo de alunas, 575 (94,8%) reconhece a inexistência de cura para a aids, e os 30 (5,1%) restantes, ignoram, ou acreditam que a cura para esta doença já exista. Apesar de ter sido estruturada como uma pergunta fechada, algumas participantes acrescentaram comentários como: *“A solidariedade é a cura para a aids”*, ou *“a cura vem com a não discriminação”*.

A proporção de alunas que acredita que pessoas com múltiplos parceiros que usam regularmente preservativos, não aumentam o seu risco de infecção representa 56,3% (345) da amostra estudada. Quase um terço (27,9%) acha que aumenta o risco de infecção e 82 (13,4%) não sabem a esse respeito. Essa distribuição das respostas pode refletir uma formulação dúbia da pergunta, onde a relação entre vários parceiros e uso regular de preservativos não foi claramente abordada.

Das estudantes que têm experiência sexual, 255 (63,1%) referem desconhecimento sobre a interferência do uso do álcool e outras drogas antes de uma relação sexual na utilização ou não do preservativo. Noventa (22,3%) dizem que não constatam essa dificuldade e 55 (13,6%) acreditam que a utilização dessas substâncias nessas ocasiões constituem obstáculo ao uso dos preservativos.

Em relação ao sexo seguro, 97 (28,9%) respondentes disseram que seria a relação sexual com parceiro escolhido e com uso de preservativo; 60 (17,9%) das estudantes relacionaram o sexo seguro especificamente ao uso de preservativos; proporção quase idêntica, 59 (17,6%) responderam ser a escolha do parceiro o fator principal; 50 (14,9%) disseram que seria ter um único parceiro, usando preservativo; e 46 (13,7%) afirmaram que sexo seguro é ter apenas um parceiro.

As respostas mais freqüentes foram: uso de preservativo e escolha do parceiro. Apesar do uso do preservativo ter sido citado, para a amostra sob análise, o parceiro único ou escolhido é visto como uma das formas mais eficazes de prevenção da aids.

Na tabela 11, podemos ver que 313 (77,5%) estudantes acreditam que a possibilidade de vir a se contaminar com o HIV é pequena ou nenhuma. Destaca-se um número razoavelmente grande, 63 (15,6%) de universitárias que desconhece essa possibilidade. Esses percentuais são compatíveis com estudos internacionais (Ford e Noris, 1993; Mickler, 1993) e nacionais (Leite et al., 1994; Cordeiro, 1994) realizados em populações semelhantes.

Mickler (1993), trabalhando com estudantes em uma cidade dos Estados Unidos, observou também uma baixa percepção de risco entre as adolescentes. Entre essas estudantes, no entanto, a percepção de risco se mostrou associada diretamente com o medo da aids e inversamente com o grau de conhecimento sobre HIV/Aids.

Tabela 11: Suscetibilidade à infecção pelo HIV

Possibilidades	Freqüência	
	Nº	%
Nenhuma	126	31,2
Pequena	187	46,3
Moderada	26	6,4
Grande	2	0,5

Não sei	63	15,6
Total	404	100,0

A aids é vista como uma doença fatal que pode ser transmitida por pessoas aparentemente saudáveis. Essas jovens referem que a parceria sexual múltipla pode aumentar o risco de transmissão do HIV, mesmo com o uso sistemático de preservativos. Elas desconhecem a interferência do álcool e drogas no uso regular dos preservativos, provavelmente por não utilizarem essas drogas rotineiramente. Para essas universitárias, o sexo seguro baseia-se em ter um parceiro único e escolhido. A percepção de susceptibilidade pessoal é baixa

b) Práticas Preventivas

As práticas preventivas face ao risco de transmissão do HIV foram avaliadas através da análise do uso de preservativos com parceiro regular ou casual; proporção de relações sexuais utilizando-se preservativos; hábito de comprar preservativos e reação do parceiro ao uso do preservativo.

Considerando-se as últimas cinco relações sexuais com parceiro fixo, o preservativo foi usado com freqüência (4 a 5 vezes em 5) por 43,3% da amostra. Essa freqüência é mais alta quando a parceria eventual é considerada (68,9%). Enquanto 20,3% usam o preservativo algumas vezes (2 a 3 vezes em 5) com parceiro fixo, 22,4% o utilizam nessa freqüência com parceiros eventuais. Destaca-se o uso raro ou não uso de preservativos em 36,4% das relações de parcerias fixas, comparado a apenas 8,6% das relações em parcerias eventuais. O uso do preservativo nesse conjunto de universitárias, apresenta resultados semelhantes aos reportados na literatura, onde o preservativo aparece sendo utilizado por 25 a 50% dos jovens em Campinas, São Paulo (Leite et al., 1994); no Canadá, (Ramsum et al., 1993); nos Estados Unidos da América (Wiley et al., 1996) e na Tanzânia (Kapiga et al., 1995).

O uso dos preservativos foi relacionado às práticas anticoncepcionais na maioria das respostas. Das estudantes que usaram preservativos nas últimas relações sexuais, 230 (60,0%) o fizeram como método contraceptivo, dessas, 112, aproximadamente a metade, associaram esse uso tanto à contracepção quanto como método para prevenção das DST. Somente vinte e seis estudantes (6,7%) relacionaram o uso do preservativo diretamente à prevenção das DST. Uma proporção razoável (28,8%) das estudantes afirmou nunca usar preservativos.

A baixa frequência no uso de preservativos nessa amostra parece estar mais associado à natureza do relacionamento. O relato de uma relação “estável” ou “duradoura” faz com que os preservativos sejam menos utilizados ou usados apenas com o intuito primário de prevenir uma gravidez indesejável.

Analisando as perguntas sobre as justificativas para o não-uso dos preservativos, encontramos respostas bastante diversas. Observa-se que 30,0% das entrevistadas responderam que, nas últimas relações sexuais, usaram sempre os preservativos. As razões para o não uso se baseiam em:

a) Conhecimento que elas têm do parceiro (24,3%); algumas respostas ilustram o tipo de discurso que incorpora essas razões:

“Conheço bem o meu parceiro e seu estado de saúde”; “Conheço muito o meu parceiro e estou com ele há muito tempo”; “Somos namorados há dois anos e meio e éramos virgens”; “Certeza absoluta de que não corríamos riscos”.

b) Na confiança e fidelidade (14,5%); esse conteúdo pode ser descrito por expressões como:

“Sei que meu marido não possui nenhuma doença sexualmente transmissível ou outras parceiras”; “Certeza do relacionamento somente entre nós”; “Inteira confiança na fidelidade do parceiro”; “Confiança que temos um no outro”.

c) Vinte e cinco jovens (9,4%) referiram que o não uso do preservativo estava relacionado a certas características pessoais. Sendo 4,3% destacadas como próprias do entrevistado e 5,1% relacionadas a características de seus parceiros; como exemplificado abaixo:

“Não acho que uma pessoa possa fazer amor com camisinha. Pode até ter relações sexuais, mas para haver uma liberação realmente forte entre duas pessoas, só sem camisinha”. “Tenho irritações locais e minha religião não permite”

“Meu parceiro alega perda de sensibilidade”. “O meu parceiro não se adapta bem”. “Ele diz que é incômodo e que perde o clima”. “Meu parceiro não gosta e não me dá motivos para exigir”.

d) A “não necessidade” de preservativos, pelo uso dos anticoncepcionais orais (AO) foi a resposta de 23 (8,3%) alunas.

É importante notar que as justificativas com base no conhecimento e na confiança não se restringem a esse grupo de mulheres. Essa é uma constante que percorre todos os segmentos sociais da nossa população (Guimarães, 1996).

A freqüência da aquisição de preservativos, tanto por parte das entrevistadas quanto pelos seus parceiros é mostrada na tabela 12. Observa-se que um pequeno número de respondentes, 32 (8,09%), tem o hábito de comprar preservativos freqüentemente, enquanto mais de 60% delas refere nunca comprá-los. Por outro lado, mais de 70% relata que seus parceiros compram preservativos com alguma freqüência.

Pode-se supor que o ato de comprar preservativos estaria mais associado aos “tabus” e preconceitos relacionados à atividade sexual. Com relação às mulheres, a sua compra e seu uso pode significar que a mulher é sexualmente ativa, que está disponível ou procurando por sexo. Isso pode contradizer as normas aceitas, segundo as quais a mulher, perante a sociedade deve ocupar um papel sexualmente passivo.

Tabela 12: Freqüência na compra de preservativos:

Freqüência de compra	entrevistado		parceiro*	
	Nº	%	Nº	%
Sempre	32	8,1	122	30,5
Algumas vezes	129	32,0	159	39,8
Nunca	242	60,0	58	14,5

*56 (15,2%) não sabiam informar

A postura dessas jovens em relação aos preservativos, demonstra descrenças, em diferentes níveis, com relação ao uso dos preservativo para evitar a transmissão do HIV. Foram citadas desde a possibilidade de rompimento até a completa descrença quanto à proteção contra o HIV.

Apesar de 85,4% (327) de as alunas terem respondido com qualificações positivas à pergunta sobre o que elas achavam dos preservativos, quase 40,0% dessas entrevistadas referem alguma restrição quanto ao seu uso. Essas restrições incluem: 1)- o uso do preservativo somente quando relacionado à prevenção da gravidez (14,5%): *“Sempre uso quando estou no período fértil”*; *“Uso quando a tabela não cobre”*. 2)- restrições pessoais quanto ao seu uso (10,6%), *“eles são importantes mas tenho alergia”*; *“não uso muito porque sinto uma coceira muito grande, mas eles são úteis”*. 3)- referem o uso somente em certos tipos de relações (12,1%), *“São muito usados quando não se conhece bem a pessoa”*; *“Importantes quando há relações promíscuas”*.

Trinta e nove (10,2%) alunas responderam que as restrições quanto ao uso era proveniente dos parceiros: *“Meu namorado não gosta de usar”*; *“Ele diz que corta o clima”*. Dezesete estudantes (4,4%) responderam negativamente, justificando o não uso através de frases bem conhecidas *“É como chupar bala sem tirar o papel”* ou *“Corta o clima”*.

O preservativo, como método de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, não tem de grande popularidade nessa amostra, é visto por algumas como símbolo de infidelidade ou desconfiança e, assim sendo, utilizado em relacionamentos com parceiros “não conhecidos”. Outras o vêem como obstáculo ao prazer sexual pleno do casal. Nesse contexto, os preservativos são muitas vezes exclusivamente referidos como um método anticoncepcional.

Em suma: o preservativo é usado com relativa freqüência entre essas estudantes, principalmente quando se trata de parceria eventual. Este uso do preservativo está mais relacionado às práticas anticoncepcionais. A não utilização é justificada pelo “conhecimento” e “confiança” no parceiro. Deve-se destacar também a baixa freqüência com que os preservativos são comprados, tanto pelas entrevistadas quanto por seus parceiros.

5.3 CENÁRIO INTERPESSOAL

5.3.1 Condições de Interação sexual

Nessa amostra de universitárias, a utilização de álcool não é muito freqüente, 224 (55,4%) referem utilizá-lo no máximo duas vezes por mês; 94 (23,3%) disseram que nunca bebem bebidas alcoólicas e 86 (21,3%) o fazem mais de uma vez por semana. O uso de drogas ilícitas nesse grupo, foi relatado por 84 (20,8%) estudantes.

Em relação ao uso de álcool ou drogas antes de relações sexuais, podemos ver na tabela 13 que 191 (47,4%) e 55 (13,6%) têm o costume de utilizarem, respectivamente, álcool e drogas antes das relações sexuais.

Tabela 13: Freqüência de uso de álcool e drogas antes das relações sexuais:

Freqüência	Álcool		Drogas	
	Nº	%	Nº	%
Sempre	2	0,5	-	
Algumas vezes	189	46,9	55	13,6
Nunca	212	52,6	348	86,4
Total	403	100,0	403	100,0

A relação entre o uso de álcool ou drogas e a não utilização de medidas preventivas para o HIV vem sendo abordada por alguns pesquisadores. Boscarino e colaboradores, em São Francisco, Califórnia, em 1995, conduziram um estudo entre pacientes de uma clínica para tratamento de alcoolismo, com o objetivo de identificar fatores-chaves para a prevenção do HIV. Os autores encontraram que a infecção pelo HIV estava associada positivamente à maior dificuldade em usar o preservativo devido ao consumo de álcool e inversamente associada a uma maior percepção de risco sexual. Manteuffel em 1996, apresentou estudo com 1480 estudantes norte-americanos onde mostrou que o

uso de álcool antes da relação sexual estava associado a práticas de sexo com maior risco para a transmissão do HIV.

Outros estudos como o de Caetano e Hines, 1995 e Richeys, 1996, na Califórnia, e Mirandola, 1996, na Itália, relatam que pessoas sob a influência de álcool ou drogas estão mais propensas a se engajarem em comportamentos sexuais de risco. Deve-se referir, também, o estudo de Leigh e Miller em 1995, na Escócia, que examinando em 1378 pessoas o uso de álcool conjuntamente com a atividade sexual e o uso de preservativos, chegou a resultados que sugerem que indivíduos que combinam álcool e sexo não estão necessariamente mais propensos a se engajarem em relações sexuais de risco.

Quanto à reação do parceiro ao uso do preservativo, 284 (78,9%) responderam que seus parceiros aceitam normalmente o uso dos preservativos. Um número expressivo, 48 (13,3%) não gosta de usá-los, sendo que 16 (4,4%) destes parceiros somente o usam se o motivo for anticoncepção. Quatorze (3,9%) estudantes disseram que seus parceiros não aceitam ter relações sexuais com o uso de preservativos. Outras 14 (3,9%) alunas referiram outros motivos para a não aceitação dos preservativos pelo parceiro.

Álcool e drogas não são muito utilizados por essas estudantes, mas entre as que utilizam essas drogas, muitas o fazem antes de relações sexuais.

5.3.2 Relacionamento Afetivo

Para a grande maioria dessas mulheres, 280 (72,5%), o sexo é visto primariamente como relacionado ao amor. O sexo como veículo de obtenção de prazer ou atração física foi a resposta de 70 (18,1%) alunas, e 36 (9,3%) deram respostas diversas.

A mesma pergunta foi feita tendo como referência seus parceiros, obtendo-se um padrão semelhante de respostas. Das alunas que souberam responder a essa pergunta, 78 (20,2%), disseram ignorar a resposta do parceiro, 228 (74,0%) responderam que o sexo estava ligado ao amor; 46 (14,9%) disseram que estaria relacionado ao prazer ou à atração física e 34 (11,0%) deram outras respostas.

Podemos assim, observar os elementos que estão em jogo na constituição da sexualidade dessas jovens. Frequentemente para a mulher, em um relacionamento sexual o que está em jogo é a manutenção do interesse de um único homem sobre si. As concepções de feminilidade, além de incluírem a relativa passividade, têm como ponto fundamental uma grande vinculação do prazer com o amor.

Essas jovens universitárias relacionam diretamente o sexo ao relacionamento afetivo com o parceiro.

5.4 CENÁRIO INTRAPSÍQUICO

5.4.1 Mudança de Estilo de Vida

Em relação a possíveis mudanças no estilo de vida sexual pelo que elas ouviram sobre a aids, 240 (59,5%) disseram ter alterado seus comportamentos; 137 (33,9%) responderam que não houve mudança alguma e 26 (6,5%) disseram que as mudanças ocorridas não estavam relacionadas às informações recebidas sobre HIV/Aids.

De acordo com Robertson (1995), desde 1988 tem havido um aumento estável e significativo no percentual de adultos jovens que relatam mudanças em seus comportamentos em função seus conhecimentos sobre HIV/Aids. Comparando dados de 1988 e 1993, Robertson registra um aumento de 10% (de 12 para 22%) de mulheres que reportaram mudanças de comportamento em relação à aids.

A tabela 14 mostra as principais modalidades de alterações no estilo de vida sexual referidos por essas estudantes. Sabendo-se que esta pergunta permitia múltiplas respostas, observamos que o uso do preservativo (36,1%), a escolha do parceiro (32,8%) e a parceria única (22,1%) foram as mudanças mais frequentemente relatadas nesse grupo. Esses dados demonstram que esse

grupo de jovens vêem a parceria “única” ou “conhecida” como garantia suficiente para a prevenção do HIV.

Tabela 14:
Mudança no estilo de vida sexual devido ao conhecimento sobre HIV/Aids

Principais modalidades de alterações	Frequência	
	Nº	%
Diminuindo o número de parceiros	33	8,3
Procurando conhecer melhor os parceiros	131	32,8
Usando preservativos	144	36,1
Não tendo relações sexuais	11	2,8
Tendo somente 1 parceiro sexual	88	22,1
Abstendo-se de algumas práticas sexuais	11	2,8
Outras mudanças	11	2,8
Não sei	15	3,8

Em relação às suas expectativas para o futuro, 207 (51,6%) alunas não sabem se farão alguma mudança em suas vidas pelo que conhecem sobre a aids. Cento e vinte e oito (31,9%) estudantes disseram que não pretendem alterar em nada seus comportamentos e somente 66 (16,5%) responderam afirmativamente a essa pergunta.

Se analisarmos somente as estudantes que não alteraram seu comportamento sexual, veremos que 39,4% dessas disseram que não pensam em fazê-lo no futuro, e 45,3% responderam que não sabem se o farão.

As principais mudanças no estilo de vida sexual referidas por essas estudantes se relacionava à natureza das parcerias. Assim, o parceiro “único” ou “conhecido” se mostra como o fator mais importante na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, segundo as concepções das entrevistadas.

5.5. DEFINIÇÃO DE VULNERABILIDADE NO GRUPO DE UNIVERSITÁRIAS SOB ESTUDO

A análise de componentes principais, após rotação pelo método VARIMAX, obteve seis fatores que explicam conjuntamente 59,0% da variância total da amostra. Esta proporção, por ser relativamente pequena, explicita as limitações das conclusões.

Inicialmente, optou-se por analisar todos os seis fatores. No entanto, verifica-se que os quatro primeiros totalizavam 44,8% da variância total acumulada e que o quinto fator acrescentava apenas 7,5% da variação, e que a diferença da variação entre o quarto e quinto fatores era de apenas 0,3%. Além disso, os fatores cinco e seis conferiam seus maiores pesos a variáveis relacionadas ao uso de álcool e drogas e à decisão em termos de relação sexual, respectivamente, sem relação com as demais variáveis. Decidiu-se, então, analisar apenas os quatro primeiros fatores.

Tabela 15:
Pesos das variáveis nos fatores da análise por componentes principais, após rotação

VARIÁVEIS	FATORES					
	1	2	3	4	5	6
IDADE	0,017	0,348	0,377	0,637	-0,149	0,193
DROGAS	-0,600	0,074	0,134	0,059	0,403	-0,098
I-VEZ	0,389	0,361	0,228	0,660	-0,017	0,124
PVIDA	-0,717	0,000	0,121	-0,105	-0,236	0,043
CONDREG	0,038	0,701	-0,268	-0,143	0,169	-0,136
CONDCAS	-0,714	0,271	-0,194	0,001	-0,462	0,088
COMPRA	0,264	0,467	-0,320	-0,007	0,199	-0,110
MUDANÇA	-0,353	-0,191	-0,285	0,236	0,116	0,221
GRAU	0,039	0,109	0,488	-0,438	-0,034	0,437
REAÇÃO	0,082	-0,463	0,011	0,158	-0,382	-0,051
ÁLCOOL	-0,555	-0,168	-0,019	0,148	0,499	0,000
SEXO	0,256	0,065	-0,451	0,166	0,046	0,529
DECISÃO	0,192	0,003	-0,387	-0,205	0,190	0,610
PRESERV	0,606	-0,451	0,223	0,007	0,423	-0,106
PSEX	0,622	0,025	0,040	-0,178	-0,380	-0,107
PRES1	0,005	-0,247	-0,577	0,298	-0,041	-0,338
PRESF1	-0,157	0,019	0,492	0,079	0,208	0,058
PCOMPRA	0,097	0,616	0,064	-0,164	0,094	-0,285

IDADE: idade da estudante; DROGAS: uso de drogas; I-VEZ: idade do primeiro intercurso sexual; PVIDA: número total de parceiros; CONDREG: frequência do uso de preservativos com o parceiro regular; CONDCAS: frequência do uso de preservativo com parceiros ocasionais; COMPRA: frequência de compra de preservativos; MUDANÇA: relato de mudança de comportamento; GRAU: grau de conhecimentos sobre HIV/aids; REAÇÃO: reação do parceiro ao uso do preservativo; ÁLCOOL: uso de álcool; SEXO: definição de sexo; DECISÃO: o que influencia na decisão de ter uma relação sexual; PRESERV: frequência do uso de preservativo com parceiros regulares ou ocasionais; PSEX: frequência do uso de preservativo com parceiros regulares ou ocasionais associado ao uso de álcool e drogas antes de intercurso sexual; PRES1 e PRESF1: crença na função preventiva dos preservativos; PCOMPRA: frequência de aquisição de preservativos pelo parceiro.

A partir dos pesos de cada variável nos *scores*, o fator 1 pode ser caracterizado como o sintetizador das variáveis relacionadas ao número de parceiros; uso de álcool e drogas e frequência de uso de preservativos.

Assim, este fator está ligado positivamente às seguintes variáveis: PSEX e PRESERV, e inversamente a PVIDA; CONDCAS; DROGAS e ÁLCOOL.

Quadro 1 – Fator 1: Variáveis, com descrições e pesos

Variável	Valor	Descrição da variável (levando-se em conta o sinal)
PVIDA	-0,717	Pequeno número de parceiros sexuais
CONDCAS	-0,714	Uso freqüente do preservativo com parceiros casuais
PSEX	0,622	Usa preservativo freqüentemente e nunca faz sexo depois do uso de álcool ou drogas
PRESERV	0,606	Usa preservativo freqüentemente
DROGAS	-0,600	Não usa drogas que não o álcool
ÁLCOOL	-0,555	Não faz uso freqüente de bebidas alcoólicas
I-VEZ	0,389	Idade tardia da primeira relação sexual
MUDANÇA	-0,353	Sem mudanças no estilo de vida sexual
SEXO	0,256	Sexo relacionado ao amor e à confiança no parceiro

Esse fator, denominado de “comportamento culturalmente normatizado”, está representado por alunas que tiveram um pequeno número de parceiros sexuais durante a vida; que quando têm parceiros casuais usam freqüentemente o preservativo, e não usam bebidas alcoólicas ou drogas.

Pontua-se, nesse fator, o relato de não terem alterado o seu comportamento, em termos de prática sexual, a partir do conhecimento adquirido

sobre HIV/Aids; a associação existente entre sexo e relação afetiva traduzida por amor e confiança no parceiro; e o uso pouco freqüente do preservativo com seus parceiros regulares.

O uso do preservativo nesse grupo pode ser visto sob dois enfoques: usado em relações com parceiros ocasionais, quando teria a função de prevenção de DST/Aids e, com parceiro regular, sendo utilizado de forma pouco freqüente e basicamente como método anticoncepcional, uma vez que a relação sexual está associada ao “amor” e à “confiança” no parceiro.

O fator 2 representa as variáveis relacionadas à aquisição de preservativos, o uso destes com parceiros regulares e sua aceitação pelos parceiros. Neste fator tiveram pesos altos as variáveis CONDREG, PBUY, BUY REAÇÃO e PRESERV.

Quadro 2 - Fator 2: Variáveis, com descrições e pesos

Variável	Valor	Descrição da variável (levando-se em conta o sinal)
CONDREG	0,701	Não usa freqüentemente preservativo com parceiros regulares
PCOMPRA	0,616	Parceiro não costuma adquirir preservativos
COMPRA	0,467	Não costuma adquirir preservativos
REAÇÃO	-0,463	Parceiro não aceita usar preservativos
PRESERV	-0,451	Não usa preservativo freqüentemente
CONDCAS	0,271	Não usa freqüentemente preservativo com parceiros casuais

Este fator está representado pelas estudantes que não usam preservativos, em especial com seus parceiros regulares. Nem elas nem seus

parceiros têm o hábito de adquirir preservativos e há uma recusa, por parte de seus parceiros sexuais, em aceitar o uso destes.

O fator 2 foi caracterizado pelo uso pouco freqüente do preservativo. Nesse fator incluem-se, possivelmente, as estudantes que têm relações estáveis com parceiros únicos e que não usam preservativos por acreditarem estar “protegidas” pela natureza da parceria. Acreditam que os preservativos não previnem a transmissão do HIV, uma vez que a principal forma de proteção para elas seria a parceria única.

O fator 3 pode ser caracterizado como sintetizador das variáveis relacionadas à função protetora dos preservativos. Assim, os pesos mais altos foram os das variáveis PRES1 e PRESF1. Denominou-se este fator de “proteção conferida pelos preservativos”.

Quadro 3 - Fator 3: Variáveis, com descrições e pesos

Variável	Valor	Descrição da variável (levando-se em conta o sinal)
PRES1	-0,577	Não acredita na função preventiva dos preservativos
PRESF1	0,492	Acredita na função preventiva dos preservativos quando existe parceria múltipla
GRAU	0,488	Baixo grau de conhecimento sobre HIV/aids
SEXO	-0,451	Sexo não relacionado ao amor/confiança no parceiro
DECISÃO	-0,387	Decisão em ter relação sexual não relacionada ao amor/confiança no parceiro
CONDCAS	-0,268	Usa freqüentemente preservativos com parceiros casuais

Este fator está representado pelas alunas que não acreditam nos preservativos como métodos protetores em relação à transmissão do HIV. Apesar disso, aceitam o uso de preservativos em contexto de parceria múltipla.

Observa-se nesse fator, um baixo grau de conhecimento sobre HIV/Aids e a não associação entre atividade sexual e amor/confiança no parceiro.

Por não disporem de informações adequadas, apresentam um baixo grau de conhecimento sobre o HIV/Aids. Acreditam na ação preventiva dos preservativos, somente quando há multipla parceria.

O fator 4 está relacionado com as variáveis I-VEZ, IDADE, GRAU e PRES1. Este fator é representado pelas estudantes mais velhas, que têm um bom conhecimento sobre HIV/Aids, e acreditam na função protetora dos preservativos.

Quadro 4 - Fator 4: Variáveis, com descrições e pesos

Variável	Valor	Descrição da variável (levando-se em conta o sinal)
IDADE	0,637	Estudantes mais velhas
I-VEZ	0,660	Primeira relação sexual com mais idade
GRAU	-0,438	Alto grau de conhecimento sobre HIV/aids
PRES1	0,298	Acredita na função preventiva dos preservativo
MUDANÇA	0,236	Fez mudanças em seu estilo de vida sexual

Contrastando com o anterior, este fator revela um grupo de universitárias mais velhas, que têm um bom conhecimento sobre HIV/aids e que alteraram seus hábitos em função das informações recebidas. Apesar disso, observa-se a baixa frequência de uso dos preservativos nesse grupo, tanto em relação à parceria regular (-0,043) quanto à parceria ocasional (0,007), demonstrando a inexistência de associação entre grau de informação e uso de preservativos.

VI CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

6.1 CONCLUSÕES

Esse estudo limita-se a entrevistas feitas com estudantes em um ambiente universitário. As conclusões não podem ser generalizadas e representam, no máximo, apreciações da população de estudantes do sexo feminino, recém-ingressas na Universidade.

6.1.1 Análise Geral

Essas universitárias, em sua maioria, têm idade em torno de 19 anos, são solteiras, não trabalham e recebem mesadas dos pais. Residem no município do Rio de Janeiro e são, em sua maioria, católicas. Referem a televisão e o rádio como as principais fontes de informações sobre assuntos gerais.

A principal fonte de informação sobre HIV/Aids é o jornal, embora a frequência de utilização desse meio de comunicação não seja alta entre essas jovens. Os serviços de saúde se caracterizam como a fonte de informação de maior credibilidade, apesar de não terem sido referido com frequência como fontes de informação. Pode-se sugerir, então, que as jovens que lêem jornal o consideram uma fonte de informação eficiente.

De uma maneira geral, essas estudantes possuem um bom conhecimento sobre os mecanismos de transmissão do HIV. Apesar disso, formas de transmissão errôneas foram citadas, apontando uma necessidade de orientação adicional quanto essa questão.

Essa amostra de universitárias é composto por jovens com pequeno número de parceiros, caracterizados como “namorados”. Seus relacionamentos sexuais acontecem principalmente quando há uma relação amorosa com o

parceiro. Elas associam diretamente o sexo ao relacionamento afetivo com o mesmo.

A aids é vista como uma doença fatal que pode ser transmitida por pessoas aparentemente saudáveis. Essas jovens referem que a parceria sexual múltipla pode aumentar o risco de transmissão do HIV, mesmo com o uso de preservativos.

Elas praticamente desconhecem a interferência do álcool e drogas no uso sistemático dos preservativos, provavelmente por não utilizarem essas drogas rotineiramente. Para essas universitárias, o sexo seguro baseia-se em ter um parceiro único e escolhido. A percepção de susceptibilidade pessoal é baixa.

As principais mudanças no estilo de vida sexual referidas foram as relacionadas ao tipo de parceria. Assim, o parceiro “único” ou “conhecido” se define como sendo o fator mais importante na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis

O preservativo é usado com relativa freqüência entre essas estudantes, principalmente considerando a parceria eventual. Esse uso do preservativo está mais relacionado a práticas anticoncepcionais. A não utilização é justificada pelo “conhecimento” e “confiança” no parceiro. Há uma reação favorável, por parte dos parceiros, ao pedido de uso do preservativo. Deve-se destacar também a baixa freqüência com que os preservativos são adquiridos, tanto pelas entrevistadas quanto por seus parceiros.

O álcool e as drogas não são muito utilizados por essas estudantes, mas entre as que utilizam essas substâncias, muitas o fazem antes de relações sexuais.

6.1.2 Vulnerabilidade à Infecção pelo HIV

A análise por componentes principais mostrou que existe um grupo de jovens que tem pequeno número de parceiros, não tem o hábito de usar bebidas alcoólicas ou drogas. Este grupo usa freqüentemente o preservativo com parceiros ocasionais, e, eventualmente, com parceiro regular. O conteúdo das

respostas sugere que o preservativo é usado para a prevenção de DST/Aids com parceiros eventuais e como método anticoncepcional com parceiros regulares.

O segundo grupo é composto por estudantes que referem não usar preservativos. São possivelmente aquelas que têm relações estáveis com parceiros únicos. Entre elas o uso do preservativo é abolido por se acharem “protegidas” por esse tipo de parceria e usarem outros métodos anticoncepcionais. Outra característica deste grupo é o relato de que os parceiros se recusam a usar preservativos, levando com isso à não adoção dessa prática preventiva por parte dessas jovens.

No terceiro grupo observa-se um baixo nível de conhecimento sobre HIV/Aids e uma certa descrença dos preservativos como método de prevenção à transmissão do HIV. Essa descrença provavelmente explica a baixa frequência de uso do preservativo nesse grupo.

Um quarto grupo foi representado pelas estudantes que têm alto grau de conhecimento sobre formas de transmissão do HIV/Aids e acreditam na função protetora dos preservativos. Apesar disso, este é o grupo que apresenta um dos mais baixos índices de uso de preservativo. Esse dado demonstra a inexistência de correlação entre grau de informação e uso de preservativo.

De acordo com o conceito de vulnerabilidade descrito por Mann e Tarantola (1996), a vulnerabilidade mínima existe quando a pessoa não relata nenhuma atividade sexual ou somente práticas de sexo não penetrativo. A vulnerabilidade cresce à medida em que a pessoa: 1-passa a ter relação sexual penetrativa com parceiro único, em relação monogâmica; 2- adere consistentemente às práticas de sexo seguro e 3- quando não aderem a práticas de sexo seguro. De acordo com essa definição e para facilitar a análise dos grupos identificados através da análise de componentes principais, classificamos a vulnerabilidade em três níveis: mínima; média (pessoas que têm atividade sexual e usam consistentemente preservativos); e alta (indivíduos que não aderem às práticas de sexo seguro).

O grupo de vulnerabilidade mínima está representado pelas estudantes que referem não ter atividade sexual. O grupo de vulnerabilidade média não foi identificado entre a população estudada. Os dois outros sub-grupos descritos podem ser classificados, segundo Mann e Tarantola, como de vulnerabilidade máxima. Entretanto, enfatizando a contribuição que esta categorização pode dar à definição de diretrizes para ações preventivas, considera-se interessante discriminá-los em níveis de vulnerabilidade alta e máxima.

Assim, classificar-se-ia como de vulnerabilidade alta o grupo que tem parceria única e que não usa preservativos de forma consistente, e como de máxima vulnerabilidade se qualificaria o grupo que independente da parceria não só não usa preservativo como também refere descrença quanto ao seu efeito protetor.

6.2 IMPLICAÇÕES PARA OS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO EM HIV/AIDS

A estratégia de prevenção ao HIV implantadas no Brasil, se caracterizam por amplas ações de caráter informativo, voltadas para segmentos populacionais específicos. Embora existam iniciativas isoladas de alguns Serviços de Saúde ou de Educação, estas são insuficientes se assumirmos que o Estado deveria ter o papel de desenvolver abordagens mais adequadas a cada grupo específico.

Essas estratégias de prevenção são organizadas predominantemente em torno do repasse de informações sobre o HIV/Aids e as formas de evitá-lo. Entretanto, sabe-se que fatores sociais interferem no processo saúde-doença, construindo diferentes estados de saúde e de bem estar. Além disso, os dados analisados nesse trabalho claramente evidenciam que: o aumento do nível de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV/Aids não se traduz diretamente, em adoção de práticas de sexo seguro.

Sabe-se que é impossível separar a prevenção do HIV de uma abordagem voltada à saúde de uma forma mais ampla, e mais especificamente da saúde sexual. No caso da população feminina, isso implicaria uma proposta de atenção integral à saúde da mulher. Ao mesmo tempo, à medida em que os caminhos que levam uma mulher a se infectar/contaminar são extremamente complexos, a prevenção do HIV não pode estar restrita exclusivamente à implementação de ações de saúde. A prevenção do HIV entre as mulheres deveria incluir também, além das estratégias de repasse de informações e de cuidados à saúde sexual e reprodutiva, estratégias de fortalecimento individual, reforço da auto-estima e estímulo à autonomia de uma forma geral.

Com base nos resultados desse estudo sugere-se para a população-alvo:

- 1- Implantação ou manutenção de programas de ações de saúde relacionados à prevenção das DST/Aids, culturalmente sensíveis e direcionados a essa faixa etária e camada sócio-cultural. Esses programas devem informar sobre DST/Aids e capacitar essas jovens no que diz respeito à função protetora e uso correto dos preservativos. Além disso, devem utilizar estratégias que aumentem a auto-estima e o seu poder de negociação na relação sexual, uma vez que a opinião do parceiro sobre o uso do preservativo tem uma influência grande nesse grupo.
- 2- Oferecer a essas jovens educação básica sobre sexualidade. A orientação sexual deveria ser oferecida desde o primeiro e segundo graus, antecipando-se à primeira experiência sexual, no sentido de prepará-las também para evitar as demais doenças sexualmente transmissíveis. De acordo com essa amostra de estudantes, a iniciação sexual se deu entre os 16 e 17 anos (58,6%).
- 3- Promover campanhas nos meios de comunicação de massa, principalmente em televisão e jornais, que abordem a função protetora dos preservativos e desestigmatizem seu uso, uma vez que ele ainda é visto como reflexo da “falta

de confiança” ou do “sexo fora da relação legitimada”. Essa estratégia é necessária uma vez que os dados deste e de outros estudos apontam para a baixa frequência na aquisição de preservativos por parte dessas jovens e a descrença por parte dessas estudantes quanto ao uso destes, como método de prevenção à infecção pelo HIV. Essas campanhas devem também lidar com a resistência masculina ao uso dos preservativos. Nesse estudo, observamos que algumas jovens referem não usar preservativos uma vez que seus parceiros se recusam a usá-los.

- 4- Oferecer oportunidade de aconselhamento individual e interações preventivas grupais, com o objetivo de compartilhar experiências pessoais, discutir a percepção da susceptibilidade pessoal e modelar novos comportamentos. Isso permite que as mulheres discutam sua vida sexual e as conseqüências da adoção ou negociação das opções para a redução de risco. Essa indicação baseia-se na baixa percepção de susceptibilidade ao HIV presente nessa amostra de universitárias. Além disso, essas jovens referem o “parceiro único ou conhecido” e a “confiança” nos mesmos como as principais estratégias de prevenção adotadas.
- 5- Estimular a responsabilidade sexual e reprodutiva em programas dirigidos à população masculina.
- 6- Preparação de professores e alunos para atuarem como multiplicadores de informações sobre HIV/Aids. Uma vez que ainda existe conhecimento errôneo sobre formas de transmissão do HIV.
- 7- Implantar programas preventivos dirigidos a estudantes universitários, com especificidade no que tange aos níveis de vulnerabilidade encontrados. Estes programas devem se voltar para temas como: a problemática da noção da relação “segura/protegida”; concepções equivocadas sobre os preservativos;

resistência masculina ao uso dos preservativos; negociação de práticas de sexo seguro; e relação entre anti-concepcionais e prevenção de DST.

Esses programas deveriam ter uma abordagem ampla, de acordo com os níveis de vulnerabilidade encontrados por avaliações prévias. Objetivando o grupo de vulnerabilidade mínima e média, deve-se prover informações, motivações e habilidades que possam ajudar essas jovens a prevenir futuros riscos e envolvê-las em atividades de prevenção. Para os grupos de alta e máxima vulnerabilidade, deve-se enfatizar o papel protetor dos preservativos e adverti-las sobre os riscos do consumo de bebidas alcoólicas ou drogas antes das relações sexuais, em termos da utilização sistemática medidas preventivas.

Os programas de intervenção para essas jovens devem empreender todo o esforço possível para assisti-las, buscando a alteração dos comportamentos que as colocam em risco, além de procurar alterar as condições sócio-econômicas que facilitem sua exposição ao HIV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alencar ES, 1976. *Introdução aos princípios básicos do comportamento*, Editora Vozes, Petrópolis.
- Allport FH, 1937. Towards a science of public opinion. *Public Opinion Quarterly*, 1: 7-23.
- Asindi AA, Ibia EO, 1992. Young MU. Acquired immunodeficiency Syndrome: Education exposure, knowledge and attitudes of Nigerian adolescents in Calabar. *Ann Trop Pediatr*, 12: 397-402.
- Asuzu MC, 1994. Sexual beliefs, attitudes and knowledge of adolescent youths in Ibadan concerning AIDS. *West Afr J Med*; Oct-dec 13 (4):185-190.

- Baldiani R, Quental I, Santos EM, 1997. *DST/Aids e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: Uma análise do nível de conhecimento e comportamentos de vulnerabilização*. BEMFAM, Rio de Janeiro.
- Bandura A, 1989. Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In *Primary Prevention of AIDS: psychological approaches*, Mays VM Albee GW, Schenrider SF, Newbury Park, Editora Sage, pp 128-141.
- Bandura A, 1977. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*; 84 (2); 191-215.
- Barbosa RHS, 1993. *AIDS e Gênero: As Mulheres de uma Comunidade Favelada. Dissertação de Mestrado*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Barbosa RM, Villela WV, 1996. A Trajetória Feminina da AIDS. In Parker, R e Galvão, J (org). *Quebrando o Silêncio: Mulheres e a AIDS no Brasil*, Rio de Janeiro, Relume-Dumará: ABIA-IMS, UERJ.
- Barbosa T, Struchiner C, 1996. Estimativas do número de casos de Aids: Comparação de métodos que corrigem o atraso de notificação. In *A Epidemia da Aids no Brasil: Situação e Tendências*. CN-DST/Aids, Ministério da Saúde.
- Basen-Engquist K, 1992. Psychosocial predictors of "safe-sex" behavior in young adults. *AIDS Education and Prevention*, 4 (2): 120-134.
- Bastos FI, 1995. A epidemia da AIDS no Brasil. In *Ruína e Reconstrução, AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: ABIA-IMS, UERJ, p.27-45.
- Bennett FJ, 1987. AIDS as a social phenomenon. *Soc Sci Med*; 25: 529-539.
- Berer M, 1993. *Women and HIV/AIDS: an International Resource Book*. Pandora Press, London.
- Bernal J, Bonacic H, Edwards V, Mendez R, Guler J, 1994. Conocimientos y actitudes acerca del SIDA y conducta sexual de escolares y universitarios de las principales ciudades urbanas del Pais. *Rev Chil Obstet-ginecol*; 59 (2): 135-144.
- Bloor M, 1995. A user's guide to contrasting theories of HIV-related risk behavior, in *Medicine Health and Risk-sociological approaches*. Jonathan Gabe ed. Blackwell Publisher, Cambridge, USA.

- Blumstein PW, Dawes RM, Lindenbaum S, Rudkin-Miniot L, et al, 1990. Methodological Issues in AIDS Surveys. In Miller, HG, Turner, CF e Moses LE (editors) *AIDS The Second Decade*, Washington, National Academy Press.
- Boscarino JA, Avins AL, Woods WJ, Lindan CP, Hudes ES, Clark W, 1995. Alcohol-related risk factors associated with HIV infection among patients entering alcoholism treatment: implications for prevention. *J Stud Alcohol*; 56 (6): 642-653.
- Boschi-Pinto C, 1991. Mortalidade por câncer de trato digestivo no Estado do Rio de Janeiro: uma apreciação por estratificação. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Brien TM, Thombs DL, Mahoney CA e Wallnau L, 1994. Dimensions of self-efficacy among three distincts groups of condom users. *J Am College Health* 42; 167-174.
- Broder S, Gallo RC, 1984. A pathogenic retrovirus (HTLV-III) linked to AIDS. *N Engl J Med* 311:1192-97.
- Caetano R, Hines AM, 1995. Alcohol, sexual practices and risk of AIDS among blacks, hispanics and whites. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 10 (5): 554-561.
- Castilho EA et al, 1991. Features of heterosexual exposure category in Brasil, 1980-1990. *VII Conferência Internacional sobre AIDS*, Florença. Anais p. 361.
- Castilho EA et al, 1994. IVDU is a key factor for changes in the AIDS epidemic in Brasil. *X Conferência Internacional sobre AIDS, Japão*.
- Castilho EA, 1996. Estimativas do número de pessoas entre 15 a 49 anos de idade infectadas pelo HIV. Brasil, 1996. In *A Epidemia da Aids no Brasil: Situação e Tendências*. Ministério da Saúde, CN DST/Aids.
- Catania J, Coates T Kegeles S, Ekstrand M, Guydish J e Bye L, 1989. Implications of the AIDS risk reduction model for the gay community. The importance of perceived sexual empowerment and help-seeking behaviors. In *Primary Prevention of AIDS: psychological approaches*, Mays VM Albee GW, Schenrider SF ed., Newbury Park, Ca - Sage pp 128-141.

- Catania J, Coates T, Kegeles S, 1992. Thompson-Fullilove M, Peterson J Marin B, Siegel D e Hulley S. Condom use in multi-ethnic neighborhoods of San Francisco: the population based AMEN (AIDS in Multi-Ethnic Neiborhood) study. *Am Journ Publ Health*; 82: 284-287.
- Catania J, Kegeles S, Coates T, 1990. Towards an understanding of risk behavior: an AIDS risk reduction model (AARM). *Health Education Quarterly*; 17(1): 381-399.
- Catania JA, Gibson DR, Chitwood DD, et al, 1990. Methodological problems in AIDS behavioral research: influences on measument error and participation bias in studies of sexual behaviour. *Psych Bull* 108:339-362.
- CDC - Centers for Disease Control, 1982. Task force on Kaposi's sarcoma and opportunistic infection. *N Engl J Med* 306:248.
- CDC - Centers for Disease Control, 1995. AIDS among women United States, 1994. *MMWR*; 44: 81-84.
- CDC - Centers for Disease Control, 1998. Administration of Zidovudine during late pregnancy delivered to prevent perinatal HIV transmission in Thayland, 1996-1998. *MMWR*; 47 (8):151-154
- CEEC-MEC, 1995 Arquivo sobre universidades públicas e privadas, disponibilizados pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Ensino Superior (NUPES), São Paulo, mimeo.
- Chin J, 1990. Current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic in women and child. *Lancet* 336:221-24.
- Chu CH, Chan TW, Hui HM, Samaranayake LP, Chan JC, Wei SH, 1995. The knowledge and attitudes of Hong-Kong secondary school teacher and students toward HIV infection. *Community Dent Health*; 12 (2): 110- 114.
- CN-DST/AIDS, 1997. Boletim epidemiológico aids. Ano IX, número 03. CN-DST/AIDS - Ministério da Saúde, Brasília.
- CN-DST/AIDS, 1998a. *Revisão da Definição Nacional de Caso de aids em indivíduos com 13 anos ou mais, Para Fins de Vigilância Epidemiológica*. CN-DST/AIDS - Ministério da Saúde, Brasília.

- CN-DST/AIDS, 1998b. *Boletim epidemiológico aids*. Ano XI, número 04. CN-DST/AIDS - Ministério da Saúde, Brasília.
- CN-DST/AIDS, 1998c. *A Epidemia da Aids no Brasil: Situações e Tendências*. CN-DST/AIDS - Ministério da Saúde, Brasília.
- Cochran WG, 1977. *Sampling Technics*. 3 ed. John Wiley e Sons, New York.
- Coelho EC, 1992. *Trajectoria academica dos egressos da Universidade Federal do Rio de Janeiro*. Relatório de Pesquisa, Fundação Ford, mimeo.
- Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al., 1994. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med*.;331:1173-1180.
- Cooper ER, Nugent RP, Diaz C, et al., 1996. After AIDS Clinical Trial 076: the changing pattern of zidovudine use during pregnancy and the subsequent reduction in vertical transmission of human immunodeficiency virus in a cohort of infected women and their infants. *J Infect Dis*.;174:1207-1211.
- Cordeiro, RGF, 1994. *Conhecimentos, crença, opiniões e conduta em relação a AIDS de estudantes de segundo grau de escolas estaduais do município de São Paulo, 1993*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Coutinho SG; Cruz AM; Oliveira MP; et al., 1996. CD4+ and CD8+ t cell immune responses of immunocompetent and immunocompromised (AIDS) patients with American tegumentary leishmaniasis. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, May, 91:3, 381-384
- Daniel H, Parker R, 1991. *AIDS a terceira epidemia: ensaios e tentativas*. São Paulo, Editora Iglu.
- Daniel H, 1989. *Vida antes da Morte/Live before Death*. Rio de Janeiro, Editora. Jaboti
- Davis KC, Horsburgh CR, Hasiba U, et al, 1983. Acquired immunodeficiency syndrome with haemophilia. *Ann Inter Med* 98:284.
- DeVita VT, Hellman S, Rosemberg SA, 1988. *AIDS etiology, diagnosis, treatment and prevention*. JB Lippincott Company (2nd edition).

- DiClement RJ, Forrest KA, Mickler S, 1990. College students'knowledge and attitudes about AIDS and changes in HIV preventive behaviors. *AIDS Education and Prevention*, 2(3), 201-212.
- Dossiê Panos, 1993. *Tripla Ameaça: AIDS e Mulheres* (org. bras. ABIA e SOS Corpo). London. Panos Institute Ltd.
- DST/Aids, 1998. *Boletim Epidemiológico de Aids*. Assessoria de DST/Aids – Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Dezembro
- Durant RH, Ashworth CS, Newman C, Gaillard G, 1992. High school students'knowledge of HIV/AIDS and perceived risk of currently having AIDS. *J Sch Health*; 62: 59-63.
- Durkheim E, 1898. Représentations Individuales et Representations Collectives. *Revue de Metaphysique et de Morale*, VI: 273-302.
- Elias CJ, Heise L, 1993. The development of microbicides, a new method of HIV prevention for women. *The Population Council, Working papers* 6.
- Essex M, 1982. Adult T-Cell leukaemia/lymphoma: Role of a human retrovirus. *J Natl Cancer Inst* 69:981.
- Ferreira MPS, 1996. *Influência da sexologia nas concepções atuais da sexualidade e bem estar*, (mimeo).
- Fiscus AS; Adimora AA; Schoenbach VJ, et al., 1997. Perinatal HIV infection and the effect of zidovudine therapy on transmission in rural and urban countries. *JAMA*; 275:1483-1488.
- Fisher JD e Misovich SJ, 1990. Evolution of college students AIDS-related behavioral reponses, attitudes, knowledge and fear. *AIDS Education and Prevention* 2 (4): 322-337.
- Fleming PL, Cleisielski CA, Berkelman RL, 1991. Sex specific differences in the prevalence of reported AIDS-indicative diagnosis, United States 1988-1989. *VII Conferência Internacional sobre AIDS*, (Abstract MC 3210), Florença.
- Ford K, Noris AE, 1993. Knowledge of AIDS transmission, risk behavior and perception of risk among urban low income African American and Hispanic youth. *Am J Prev Med*; 9(5): 297-306.

- Foucault M, 1988. *História da sexualidade 1: A vontade do saber*. Editora Graal, Rio de Janeiro.
- Ganon JH e Parker RG, 1995. *Conceiving sexuality*. Routledge, London, páginas 3-16.
- Ganon JH, 1990. The implicit and explicit use of the scripting perspective in sex research. *Annual Review of Sex Research*; 1: 1-43.
- Garcia-Roza LA, 1975. *Esboço de uma história do saber psicológico*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro.
- Guimarães CD, 1996. 'Mas eu conheço ele': um método de prevenção do HIV/AIDS, in Parker RG, Galvão J (org), *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, Rio de Janeiro.
- Guimarães CD, 1994. Mulheres, homens e AIDS: o visível e o invisível in Parker RG et al, *AIDS no Brasil*, Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, Rio de Janeiro.
- Guimarães MD, 1992. *Heterosexual Transmission of the Human Immunodeficiency Virus: A comparison of sexual practices*. Baltimore. Tese de doutorado, Johns Hopkins University.
- Hingson R, Strunin L, Berlin B, 1990. Acquired immunodeficiency Syndrome transmission: Changes in knowledge and behavior among teenagers Massachusetts statewide survey, 1986 to 1988. *Pediatrics*; 85: 24-29.
- Ho DD, Newmann AU, Peterson, AS et al, 1995. Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV-1 infection. *Nature*; 373:123-126.
- Horton R, 1995. Women as women with AIDS. *Lancet*; 345: 531-532.
- Hulley SB, Cummings SR, 1988. Planning the Measures: Precision and Accuracy. In Hulley SB e Cummings SR. *Designing Clinical Research: An Epidemiological Approach*. Baltimore, Williams & Wilkins.
- Jadack RA, Hyde JS, Keller ML, 1995. Gender and knowledge about HIV, risk sexual behavior and safe sex practices. *Res Nurs Health*, 18 (4): 313-324.
- Janz NK e Becker HM, 1984. The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly* 11: 1-47.

- Janzen JM, 1987. The quest for therapy. *Medical pluralism in lower Zaire*. University of California Press. Berkeley.
- Jemmott JB, Jemmott LS, Spears H, Hewitt N, Cruz-Collins M, 1992. Self-efficacy hedonistic expectancies and condom use intentions among inner-city black adolescent women: Social cognitive approach to AIDS risk behavior. *Journal of Adolescent Health* 13; 512-519.
- Jemmott LS, Jemmott JB, 1991. Applying the theory of reasoned action to AIDS risk behavior: Condom use among Black women. *Nursing Research*, 40, 228-235.
- Johson D, Flora JA, Lee H, 1993. Incorporating social influences into HIV/STD campaigns. *AIDS Health Promotion*; 3: 1-4.
- Jones L, 1989. Women and HIV disease. *Br J.Hosp.Med*; 41: 526-38.
- Joseph JG, Montgomery SB, Emmons C, Kessler RC, Ostrow DG, Wortman CB, O'Brien D, Eller M e Eshlemans, 1987. Magnitude and determinants of a cohort at risk for AIDS. *Psychology and Health*; 1: 73-96.
- Kapiga SH, Lwihula GK, Shao JF, Hunter DJ, 1995. Predictors of AIDS knowledge, condom use and high-risk sexual behavior among women in Dar-Es-Salaam, Tanzania. *Int J STD-AIDS*, 6(3): 175-183.
- Karon JM, Berkelman RL, 1991. The geographic and ethnic diversity of AIDS incidence trends in homosexual and bisexual men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 4:1179-89.
- Keller ML, Jadack R, Mins F, 1991. Perceived stressors and coping responses in persons with recurrent genital herpes. *Research in Nursing and Health*, 14, 421-430.
- Kelly J, Lawrence J, Brasfield T, 1991. Predictors of vulnerability to AIDS risk behavior relapse. *J Consultant Clin Psychol*; 59: 163-166.
- Khun TS, 1970. *The Structure of Scientific Revolutions* (2nd edition), Chicago: University of Chicago Press.
- Kuo JM, Taylor JM, Detels R, 1991. Estimating the incubation period from a prevalent cohort. *Am J Epidemiol*. 133(10):1050-7.

- Laga M, Manola A, Kivuvu M, Malele B, 1993. Non-ulcerative sexually transmitted disease as risk factor for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS* 7:95-102.
- Laga M, Taelman H, Vander S, Bonneux L, Vercautem G, Piot P, 1989. Advanced immunodeficiency as a risk factor for heterosexual transmission of HIV. *AIDS* 3:361-66.
- Langer LM e Warhett GJ, 1992. The pre-adult health decision-making model: linking decision-making directdness/orientation to adolescent health-related attitudes and behavior. *Adolescence*; 27: 919-948.
- Leigh BC, Miller P, 1995. The relationship of substance use with sex to the use of condoms among young adults in two urban areas of Scotland. *AIDS Education and Prevention*; 7 (3): 278-284.
- Leite RMC, Buoncompagno EM, Leite ACC, Mergulhão EA, Batistoni MM, 1994. Psychosexual characteristics of female university students in Brasil. *Adolescence*; 29 (114): 439-460.
- Leme M. 1994. Pesquisa sobre sexualidade, revista *Playboy* Número 222, janeiro, páginas 104-116.
- Lindan C, Allen S, Carael M, et al, 1991. Knowledge, attitudes and perceived risk of AIDS among urban Rwandan women: relationship to HIV infection and behavior change. *AIDS*; 5: 993-1002.
- Ludwig D, 1990. Analyse de quelques réactions au SIDA dans une population étudiant, in Spira J, Spencer, Moatti e bouvet eds. *Santé public et maladies à transmission sexuelle des voies de recherche pour l'avenir*. John Libbey Eurotext, Paris.
- MacDonald NE, Wells GA, Fisher WA, et al, 1990. High-risk STD/AIDS behavior among college students. *JAMA*, 263, 3155-3159.
- Mann, J; Tarantola, DJM, 1996. AIDS in the World II. Oxford University Press, New York, USA.
- Mann, J; Tarantola, DJM; Netter, TW, 1992. AIDS in the World. Harvard University Press, USA.

- Mansur H, et al, 1985. An outbreak of community acquired *Pneumocystis carinii* pneumonia: initial manifestation of cellular immune dysfunction. *N Engl J Med*, 305:1431.
- Manteuffel BA, Dilorio CK, Soet J, willian D, Torrance S, 1996. Predictors of preference for alcohol use with sexual intercourse among white and African college students. *XI Conference on AIDS*. Vancouver, June. [abstract Mo.D. 1719].
- Martin J, 1987. The impact of AIDS on gay male sexual behavior pattern in New York city. *Am J Public Health*; 77: 578-581.
- Mayaux MJ; Teglas JP; Mandelbrot L et al., 1997. Acceptability and impact of zidovudine prevention on mother-to-child HIV-1 transmission in France. *J Pediatrics*; 131:857-862
- Merchan-Hamann E, 1995. Grau de Informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de AIDS em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*; 11 (3):463-478.
- Mickler SE, 1993. Perceptions of vulnerability: impact on AIDS preventive behavior among college adolescents. *AIDS Education and Prevention*; 5 (1): 43-53.
- Millstein SG, Moscicki AB, Broering JM, 1993. Female adolescents at high moderate and low risk of exposure to HIV: differences in knowledge, beliefs and behavior. *J of Adolescent Health*; 15: 133-142.
- Mirandola M, Capra C, Lacquaniti S, et al, 1996. Relationship between sexual risk and drug use in high school students 16-19 years old in the North-East of Italy. *XI Conference on AIDS*. Vancouver, June. [abstract Mo.D. 1730].
- Morrison DF, 1976. *Multivariate Statistical Methods*. 2 ed. McGraw-Hill, New York.
- Mofenson L, 1998. Prevention of perinatal HIV transmission. *V Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas*. Chicago [Abstract S11].
- Moscovici S, 1976. *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris. Presses Universitaires de France.
- Nahlen B, Nwanyanwa O, Chu S, Berkelman R, 1991. HIV wasting syndrome in the United States. *VII Conferência Internacional sobre AIDS*, Florença.

- Nidlovu RL, Sihlangu RH, 1992. Preferred sources of information on AIDS among high school students from selected schools in Zimbabwe. *J Adv Nurs*; 17: 507-513.
- Nyamath A, Bunnett C, Leak B, Lewis C, Flaskerud J, 1993. AIDS related knowledge perceptions and behaviours among impoverished minority women. *Am J Public Health* 83:65-71.
- Paiva V, 1995. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS, in Parker RG et al, *AIDS no Brasil*, Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, Rio de Janeiro.
- Parker RG, Herdt G e Carballo M, 1995. Cultura Sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS in *AIDS: Pesquisa Social e Educação*, Czerina D, Santos EM, Barbosa RH, e Monteiro S (org). Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, pg 17-45.
- Parker RG, 1994. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e políticas no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ. Relume-Dumará: ABIA-IMS,UERJ.
- Pendergrast RA, Durant RH, Gaillard GL, 1992. Attitudinal and behavioral correlates of condom use in urban adolescents. *J Adolesc Health*; 13:133-139.
- Peterman TA, Drotman DP, Curran JW, 1985. Epidemiology of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Epidemiological Review* 7:1-21.
- Plummer FA, Simonsen JN, Cameron DW, Ndinya-Achola JO, et al, 1991. Cofactors in male to female transmission of HIV-1. *J Infect Dis* 163:233-39.
- Poon MC, Landay A, Prasthofer EF, et al, 1983. Acquired immunodeficiency syndrome with *Pneumocystis carinii* pneumonia and *Mycobacterium avium* intracellular infection in a previously health patient with classic haemophilia. *Ann Intern Med* 98:287.
- Raab GM, Burns SM, Scott G, Cudmore S, Ross A, Gore SM, O'Brien F, Shaw T, 1995. HIV prevalence and risk factors in university students. *AIDS*; 9 (2): 191-197.
- Ramos S, 1992. *A Heterossexualização da AIDS nos anos 90: O Papel das representações de Gênero na Construção de Representações da AIDS* (mimeo) Rio de Janeiro.

- Ramsum DL, Marion SA, Mathias RG, 1993. Changes in university students' AIDS related knowledge, attitudes and behaviours, 1988 and 1992. *Can J Public Health*; 84 (4): 234-238.
- Richey S, lockett G, Bala M, 1996. Adolescents: Their HIV/AIDS knowledge and condom use. *XI Conference on AIDS*. Vancouver, June [abstract 4923].
- Robertson BJ, 1995. Sexual behavior and risk of exposure to HIV among 18-25 years old in Scotland: assessing change 1988-1993. *AIDS*, 9 (3): 285-292.
- Rodrigues A, 1986. *Psicologia Social*, Editora Vozes, Petrópolis.
- Roger RW, Maddux JE, 1983. Protection Motivation and Self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitudes change. *Journal of Experimental Social Psychology*; 19:469-479.
- Rosemberg PS, Goedert JJ, Biggar RJ, 1994. Effect of age at seroconversion on the natural AIDS incubation distribution. Multicentric Hemophilia Cohort Study and the International registry of seroconverters. *AIDS*; 8:803-810.
- Rosenthal DA, Smith AM, Reichler H, Moore S, 1996. Changes in heterosexual university undergraduates' HIV-related knowledge, attitudes and behavior: Melbourne 1989-1994. *Genitourin Med*; 72 (2), 131-134.
- Rosentock IM, Strecher VJ, Becker MH, 1988. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quaterly*; 15; 175-183.
- Rosser VR, 1991. Perspectives: AIDS and Women. *AIDS education and Prevention*, 3 (3) 230-240.
- Sacco WP, Rickman KT, Levine B, Reed DL1993. Gender differences in AIDS relevant condom attitudes and condon use. *AIDS Education and Prevention*; 5(4): 311-326.
- Sanches, K,1995. 10 anos de epidemia da AIDS em mulheres. III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Salvador, Brasil. Apresentação oral
- Santos EM, 1992. *AIDS related knowledge, and sexual practices among two groups of adolescents of Rio de Janeiro, Brasil: Contributions to HIV/AIDS prevention programs*. Urbana, Illinois. Tese de doutorado, University of Illinois.

- Santos EM, 1995. Comportamentos sexuais, práticas sexuais, habitus, trabalho erótico: uma contribuição ao estudo das sexualidades, in *AIDS, ética, medicina e biotecnologia*, editora HUCITEC/ABRASCO São Paulo - Rio de Janeiro
- Santos NJS, 1996. A AIDS Entre as Mulheres no Estado de São Paulo. In Parker, R e Galvão, J (org). *Quebrando o Silêncio: Mulheres e a AIDS no Brasil*, Rio de Janeiro, Relume-Dumará: ABIA-IMS, UERJ.
- Scroggins CA, Diaz CS, Diaz RE, Caraballo JC, Acosta J, 1993. Nivel de conocimientos sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en una población estudiantil. *Rev Med Domin*; 54 (1); 24-26.
- Seidman SM Mosher WD, Aral SO, 1994. Predictors of high-risk behavior in unmarried American women: Adolescent environment as risk factor. *J of Adolescent Health*; 15: 126-132.
- Shaffer N; Chuachoowong R; Mock PA et al., 1999. Short course zidovudine for perinatal HIV transmission in Bangkok, Thailand. A randomized controlled trial. *Lancet*, 9155:773-780.
- Siegel D, Lazarus N, Krasnovsky F, Durbin M, Chesney M, 1991. AIDS knowledge, attitudes and behavior among inner city junior high school students. *J Sch Health*; 61: 160-165.
- Simonds RJ; Steketee R; Neisheim s et al., 1998. Impact of zidovudine use on risk and risk factors for perinatal transmission of HIV. *AIDS*; 12:301-308
- Skurnick JH, Johnson RL, Quinones MA, Foster JD, Louria DB, 1991. New Jersey high school students' knowledge, attitudes and behavior regarding AIDS. *AIDS Education and Prevention* 3 (1): 21-31.
- Sneddon I e Kremer J, 1992. sexual behavior and attitudes of university students in northern Ireland. *Archives of Sexual Behavior*; 21 (3): 295-312.
- Soet JE, Dudley B, Dilorio C, Manteuffel B, 1996. Ethnic differences in HIV/AIDS prevention knowledge, attitudes and behavior of female college students. *XI Conference on AIDS*. Vancouver, June. [abstract Mo.D. 1720].
- Spira A, Bajos N and ACSF Group, 1994. *Sexual Behaviour and AIDS*. England, Ashgate Publishing Company.

- Stall R, Ekstrand M, Pollack L, Mckusic L, Coates TJ, 1990. Relapse from safer sex: the next challenge for AIDS prevention efforts. *J Acquir Immune Syndr* 3:1181-87.
- Temporini ER, 1995. *Prevenção da AIDS e conduta sexual de estudantes universitários no estado de São Paulo*. Tese de Livre Docência, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Traumann T, Monteiro K, 1998. Dormindo com o inimigo. *Revista Veja* ano 31 número 43.
- UNAIDS, 1998. AIDS Epidemics Situation. *UNAIDS Report*. World Health Organization
- Velimrovic B, 1987. AIDS as a social phenomenon. *Soc Sci Med*; 25:541-52.
- Vigotsky LS, 1984. *A formação social da mente*. Martins Fontes Editora.
- Villela WV, 1996. Refletindo sobre negociação sexual como estratégica de prevenção da AIDS entre mulheres in Parker RG, Galvão J (org), *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, Rio de Janeiro.
- Vogt MW; Witt DJ; Craven DE; et al., 1987. Isolation patterns of the human immunodeficiency virus from cervical secretions during the menstrual cycle of women at risk for the acquired Immunodeficiency Syndrome. *Ann Intern Med*, 106 (3):380-382.
- Walrond E, Jones F, Sounder M, Ellis M, Roach T, 1993. An AIDS related knowledge, attitudes beliefs and practices survey among school children in Barbados. *Bull Pan Am Health Organ*; 26: 208-219.
- Walter HJ, Vaughan RD, Gladis MM, Ragin DF, Kasen S e Cohall AT, 1992. Factors associated with AIDS risk behavior among high school students in an AIDS epicenter. *Am J Public Health*, 82 (4); 528-532.
- Weber M, 1974. *A objetividade do conhecimento nas ciências e na política social*, Lisboa. Lisboa.
- WHO/GPO statistics, 1992. *World Health Organization Press Release*. Programa Global de Aids – Organização Mundial de Saúde.

- WHO/GPO statistics,1998. *Weekly Epidemiological Records. World Health Organization Press Release*, 73 (26):193-200.
- Wiley DC, James G, Jordam BC, Furney S, Calsbeek F, Benjamin J, Kathcart T, 1996. Assessing the health behaviors of Texas college students. *J Am Coll Health*, 44 (4): 167-172.
- Worth D, 1990. sexual decision-making and AIDS: why condom promotion among vulnerable women is likely to fail. *Studies in Family Planning*; 20: 297-307.
- XI International Conference on AIDS - Final Report, 1996. *The status and trends of the global HIV/AIDS pandemic*. UNAIDS. Vancouver.

Anexo 1

SUS-MS-DST-AIDS SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO AIDS EM PACIENTES COM 13 ANOS OU MAIS

DADOS GERAIS

1-NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO _____ 2-DATA DE NOTIFICAÇÃO ____/____/____ 3-SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICAÇÃO _____

4-CÓDIGO MUNICÍPIO _____ 5-NOME MUNICÍPIO _____

6-CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE _____ 7-NOME UNIDADE DE SAÚDE _____

DADOS DO CASO

8-NOME DO PACIENTE _____

9-DATA NASCIMENTO ____/____/____ 10-IDADE ____ A-ANOS 11-SEXO 1-MASCULINO 2-FEMININO

12-GRAU DE INSTRUÇÃO 1-ANALFABETO 2-1º GRAU 3-2º GRAU 4-SUPERIOR 5-IGNORADO 13-DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS ____/____/____

14-CÓDIGO ETNIA _____ 15-SE ÍNDIO, ETNIA _____

16-CÓDIGO MUNICÍPIO _____ 17-NOME MUNICÍPIO _____

18-CÓDIGO DISTRITO _____ 19-DISTRITO _____ 20-ZONA 1-URBANA 2-RURAL 21-UF _____

22-CÓDIGO BAIRRO _____ 23-BAIRRO OU LOCALIDADE _____

24-ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, Nº, APTº) _____

25-PONTO DE REFERÊNCIA _____ 26-TELEFONE _____

27-GRAU DE INSTRUÇÃO 1-ANALFABETO 2-1º GRAU-1ª A 4ª SÉRIES 3-1º GRAU- 5ª A 8ª SÉRIES 4-2º GRAU 5-SUPERIOR 9-IGNORADO 28-OCUPAÇÃO _____

29-DATA DO DIAGNÓSTICO DE AIDS ____/____/____ 30-SITUAÇÃO ATUAL 1-VIVO 9-IGNORADO 2-MORTO 31-DATA DO ÓBITO ____/____/____ 32-NÚMERO DA D.O. _____

33-EM CASO DE ÓBITO INFORMAR A CAUSA DE MORTE (EXATAMENTE COMO O ATESTADO DE ÓBITO)
 A) _____ C) _____ E) _____
 B) _____ D) _____

34-NOME DA MÃE _____

AVALIAÇÃO DE RISCO

35-RELAÇÕES SEXUAIS 1-SÓ COM HOMENS 4-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO

36-RELAÇÕES SEXUAIS COM INDIVÍDUO SABIDAMENTE HIV + / AIDS 1-SJM 2-NÃO 3-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO

37-INFORMAÇÃO SOBRE PARCERIA SEXUAL 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

PACIENTE COM MÚLTIPLOS PARCEIROS PARCEIRO (A) COM MÚLTIPLOS PARCEIROS

PARCEIRO (A) QUE MANTÉM RELAÇÕES SEXUAIS SÓ COM HOMENS PARCEIRO (A) QUE USA DROGA INJETÁVEL

PARCEIRO (A) QUE MANTÉM RELAÇÕES SEXUAIS SÓ COM MULHERES PARCEIRO (A) QUE RECEBEU TRANSFUÇÃO DE SANGUE/DERIVADOS

PARCEIRO (A) QUE MANTÉM RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS E MULHERES PARCEIRO HEMOFÍLICO

38-USO DE DROGA INJETÁVEL 1-SJM 2-NÃO 9-IGNORADO 39-HEMOFILIA 1-SJM 2-NÃO 9-IGNORADO 40-HISTÓRIA DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE / DERIVADOS 1-SJM 2-NÃO 9-IGNORADO

41-NO CASO DE HAVER HISTÓRIA DE TRANSFUÇÃO:
 DATA: ____/____/____ MUNICÍPIO: _____ INSTITUIÇÃO: _____ UF: _____

42-APÓS INVESTIGAÇÃO REALIZADA CONFORME ALGORITMO DA CH DST/AIDS, A TRANSFUÇÃO FOI CONSIDERADA CAUSA DA INFECÇÃO PELO HIV? 1-SJM 3-NÃO HOUVE TRANSFUÇÃO 9-IGNORADO 2-NÃO 4-INVESTIGAÇÃO INCONCLUSIVA / NÃO REALIZADA

43-TRANSMISSÃO VERTICAL (MÃE / FILHO) 1-SJM 2-NÃO 3-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO 44-ACIDENTE DE TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM SOROLOGIA NEGATIVA NO MOMENTO DO ACIDENTE E SOROCONVERSÃO DENTRO DOS PRIMEIROS 6 MESES. 1-SJM 3-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO 2-NÃO 45-OUTRO _____

DADOS LABORATORIAIS

46-DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV 1-POSITIVO 2-NEGATIVO 3-INCONCLUSIVO 4-NÃO REALIZADO 9-IGNORADO

1-ELISA (1º TESTE) 3-IMUNOFLOURESCÊNCIA 5-PCR 2-ELISA (2º TESTE) 4-WESTERN BLOT 6-OUTROS _____

47-CONTAGEM DE LINFÓCITOS CD4+ _____ DATA ____/____/____

FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO

AIDS EM PACIENTES COM 13 ANOS OU MAIS

DADOS CLÍNICOS

48-CRITÉRIO CARACAS 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1-SARCOMA DE KAPOSÍ (10) | <input type="checkbox"/> 8-FEBRE MAIOR OU IGUAL A 38 °C, POR TEMPO MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) |
| <input type="checkbox"/> 2-TUBERCULOSE DISSEMINADA/EXTRA PULMONAR/NÃO CAVITÁRIA (10) | <input type="checkbox"/> 9-CAQUEXIA OU PERDA DE PESO MAIOR QUE 10% (2) |
| <input type="checkbox"/> 3-CANDIDÍASE ORAL OU LEUCOPLASIA PILOSA (5) | <input type="checkbox"/> 10-ASTENIA MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) |
| <input type="checkbox"/> 4-TUBERCULOSE PULMONAR CAVITÁRIA OU NÃO ESPECIFICADA (5) | <input type="checkbox"/> 11-DERMATITE PERSISTENTE (2) |
| <input type="checkbox"/> 5-HERPES ZOSTER EM INDIVÍDUO MENOR OU IGUAL A 60 ANOS (5) | <input type="checkbox"/> 12-ANEMIA E/OU LINFOPENIA E/OU TROMBOCITOPENIA (2) |
| <input type="checkbox"/> 6-DISFUNÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (5) | <input type="checkbox"/> 13-TOSSE PERSISTENTE OU QUALQUER PNEUMONIA (EXCETO TUBERCULOSE) (2) |
| <input type="checkbox"/> 7-DIARRÉIA MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) | <input type="checkbox"/> 14-LINFADENOPATIA MAIOR OU IGUAL A 1 CM, MAIOR OU IGUAL A 2 SÍTIOS EXTRA-INGUINAIS, POR TEMPO MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) |

49-CRITÉRIO CDC 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1-CANDIDÍASE (ESÔFAGO, TRAQUEIA, BRÔNQUIOS, PULMÃO) | <input type="checkbox"/> 9-LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA |
| <input type="checkbox"/> 2-CITOMEGALOVIROSE | <input type="checkbox"/> 10-LINFOMA NÃO HODGKIN |
| <input type="checkbox"/> 3-CÂNCER CERVICAL INVASIVO | <input type="checkbox"/> 11-LINFOMA PRIMÁRIO DO CÉREBRO |
| <input type="checkbox"/> 4-CRIPTOCOCOSE (EXTRA-PLUMONAR) | <input type="checkbox"/> 12-MICOBACTERIOSE DISSEMINADA |
| <input type="checkbox"/> 5-CRIPTOSPORIDÍASE | <input type="checkbox"/> 13-PNEUMONIA POR P. CARINII |
| <input type="checkbox"/> 6-HERPES SIMPLEX (MUCO-CUTÂNEO > 1 MÊS, ESÔFAGO, BRÔNQUIOS, PULMÃO) | <input type="checkbox"/> 14-SALMONULOSE (SEPTICEMIA RECORRENTE) |
| <input type="checkbox"/> 7-HISTOPLASMOSE DISSEMINADA | <input type="checkbox"/> 15-TOXOPLASMOSE CEREBRAL |
| <input type="checkbox"/> 8-ISOSPORÍASE | |

CRITÉRIOS EXCEPCIONAIS DE DEFINIÇÃO DE CASO

50-NO CASO DA PRESENÇA DE SITUAÇÕES CLÍNICAS DEFINIDORAS, PORÉM SEM O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV, HOUVE EXCLUSÃO DAS CAUSAS DE IMUNODEFICIÊNCIA LISTADAS NA DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE?

1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

51-DIAGNÓSTICO DE AIDS EXPLICITADO NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO, SEM NENHUM OUTRO DADO

1-SIM
2-NÃO
9-IGNORADO

52-ÓBITO POR CAUSA NÃO EXTERNA EM PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO E COM ARC

1-SIM
2-NÃO
9-IGNORADO

53 - NOME DO MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE ONDE SE REALIZA O TRATAMENTO

54 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE

INVESTIGADOR

55 - NOME DO MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE

56 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE

57 - NOME

58 - FUNÇÃO

59 - DATA

60-ASSINATURA

NUMERO DO PRONTUÁRIO

61 -

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA

- 1-Preencher todos os campos;
- 2-Datas: quando o dia ou mês for ignorado, marcar 99. Não usar 99 para o ano;
- 3-Não preencher o campo idade com 99. Se a idade for desconhecida, preencher com dois zeros (00);
- 4-Notificar somente casos que preencham algum dos critérios de definição do caso de aids em pacientes com 13 anos ou mais:

- com evidência laboratorial* de infecção pelo HIV:
 - a) 10 pontos no critério Rio de Janeiro/Caracas (Campo 46), ou
 - b) presença de qualquer doença indicativa de imunossupressão listada no campo 47 (critério CDC modificado), ou
 - c) contagem de linfócitos CD4 abaixo de 350, ou
 - d) óbito de causa não externa (causas externas: acidente, homicídio, suicídio) em paciente em acompanhamento e que esteja apresentando sinais e sintomas do Complexo Relacionado à Aids (ARC).
- sem evidência laboratorial* de infecção pelo HIV:
 - e) presença de doença definidora (consultar a publicação: Aids em pacientes com 13 anos ou mais: critérios de definição de caso) confirmada por método definitivo
 - ou
 - f) óbito de causa não externa (causas externas: acidente, homicídio, suicídio) em cujo atestado consta aids em algum dos campos, e cuja investigação epidemiológica não foi conclusiva.

- * evidência laboratorial do HIV em pacientes que apresentem situações clínicas/laboratoriais compatíveis com imunodeficiência:
- a) reatividade em no mínimo, 2 testes de triagem com metodologia e/ou princípios antigênicos diferentes, que podem ser realizados na mesma amostra. Os testes de triagem mais comuns são:
 - ELISA (EIA), quimioluminescência e MEIA;
 - teste simples, e
 - teste rápido, ou
 - b) positividade em um dos métodos confirmatórios, como por exemplo western blot ou imunofluorescência; ou
 - c) positividade em teste de amplificação de ácidos nucleicos, como por exemplo a PCR (Reação da Polimerase em Cadeia).

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO:

Parte 1 - IDENTIFICAÇÃO:

Número (_____)
Data (_____)
Curso e período(_____)

Parte 2 - CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS:

1- Data do Nascimento

____/____/____

2- Sexo

() Masculino

() Feminino

3- Local de Residência.

_____ (_ _)

4- Há quanto tempo reside nessa cidade?

5- Situação conjugal

() Casado/morando com parceiro regular (_)

() Divorciado/separado

() Solteiro

() Viúvo

() Outras _____

6- Você trabalha? (_)

() Sim

() Não

Se Sim, qual é a sua renda mensal (em Reais)? (_)

Se Não, Você dispõe de algum dinheiro para seus gastos pessoais?

() Sim Quanto? _____

() Não disponho de dinheiro algum

7- Qual a renda mensal de sua família (em Reais)? (_)

não sei ()

8- Quantas pessoas vivem com essa renda? (_)

9- Você tem carro? (_)

() Sim

() Não

10- Qual é a sua religião? (_)

11- Qual a importância da religião na sua vida?

12- Você costuma ler jornal (_)

() Todos os dias

() Na maioria dos dias

() Pelo menos uma vez por semana

() Menos de uma vez por semana

() Nunca

13- Você costuma ouvir rádio (_)

() Todos os dias

() Na maioria dos dias

() Pelo menos uma vez por semana

() Menos de uma vez por semana

() Nunca

14- Você costuma assistir televisão (_)

() Todos os dias

() Na maioria dos dias

() Pelo menos uma vez por semana

() Menos de uma vez por semana

() Nunca

PARTE 3 - CONHECIMENTO SOBRE HIV /AIDS

1- Você já ouviu ou leu alguma coisa sobre HIV ou AIDS em: (_)(_)(_)(_)

() Rádio

() Jornal

() Folhetos ou panfletos

() Em conversa com familiares ou amigos

- No trabalho
- Na escola
- Nos serviços de saúde
- Na igreja
- Outros _____
- Não ouvi ou li coisa alguma sobre AIDS

2- As informações foram esclarecedoras? (__)

- Sim
- Não
- Até certo ponto
- Não sei

3- Em qual dessas fontes de informação você acredita mais? (__)

- Rádio
- Jornal
- Folhetos ou panfletos
- Em conversa com familiares ou amigos
- No trabalho
- Na escola
- Nos serviços de saúde
- Na igreja
- Outros _____

4 - Você conhece/conheceu alguém com AIDS? (__)

- Sim
- Não
- Não estou certo

5- Você acredita que uma pessoa pode pegar o vírus da AIDS

A- Através do mosquito ou inseto semelhante. (__)

- Sim
- Não
- Não sei

B- Vivendo na mesma casa com uma pessoa com HIV/AIDS (__)

- Sim
- Não
- Não sei

C- Tendo relações sexuais com parceiro com HIV/AIDS, sem as devidas precauções

- Sim (__)
- Não
- Não sei

D- Usando banheiros públicos (__)

- Sim
- Não
- Não sei

E- Utilizando agulhas ou seringas que tenham sido usadas por pessoa com HIV/AIDS

Sim (___)

Não

Não sei

F- Através de doação de sangue (utilizando-se equipamentos esterilizados) (___)

Sim (___)

Não

Não sei

G- Através de vacinação, se o material utilizado for esterilizado. (___)

Sim

Não

Não sei

H- Através de transfusão de sangue contaminado pelo vírus da AIDS (___)

Sim

Não

Não sei

I- Através do compartilhamento de agulhas ou seringas pelo uso de drogas injetáveis (___)

Sim

Não

Não sei

6- Você acredita que:

A- Ter muitos parceiros sexuais aumenta o risco de pegar o vírus da AIDS?

Sim (___)

Não

Não sei

B- O vírus da AIDS pode ser transmitido por uma pessoa que não aparenta estar doente? (___)

Sim

Não

Não sei

C- Mulher grávida com o vírus da AIDS pode transmiti-lo para o seu bebê?

Sim (___)

Não

Não sei

D- Mulher com o vírus da AIDS pode transmiti-lo para o homem através da relação sexual? (___)

Sim

Não

Não sei

E- Preservativos (camisinha) previnem a transmissão do vírus da AIDS? (___)

Sim

Não

Não sei

F- Pessoas que sempre usam preservativos e têm muitos parceiros sexuais, têm maior risco de pegar o vírus da AIDS? (_)

- () Sim
- () Não
- () Não sei

G- Existe cura para a AIDS? (_)

- () Sim
- () Não
- () Não sei

7 - Quais as formas de transmissão do vírus da AIDS?

PARTE 4

Essa parte do questionário é composta por perguntas pessoais que irão ajudar em muito nossa pesquisa. Essas informações são inteiramente confidenciais. Por favor, tente respondê-las da maneira mais sincera possível.

1- Com qual frequência você bebe bebidas alcoólicas? (_)

- () Todos os dias
- () Mais de duas vezes por semana
- () Uma ou duas vezes ao mês
- () Menos frequente que uma vez por mês
- () Nunca

2- Você usou drogas outras que não o álcool: (_)

- () Sim
- () Não

Se SIM, diga que tipo de drogas e marque com um X com qual frequência foi usada

TIPO DE DROGA UTILIZADA				
Frequência	1	2-	3-	4-
Todos os dias				
Mais de 2 vezes por semana				

Pelo menos 1 vez por semana				
Pelo menos 1 vez por mês				
Menos que 1 vez por mês				

3 - Como (por qual via) a droga foi usada? (__)

() Não se aplica

PARTE 5

As perguntas abaixo se referem às práticas sexuais. Se você nunca transou marque a opção “Não se aplica” naquelas questões referentes a aspectos da relação sexual. Note que é muito importante que você dê sua opinião sobre as questões relativas a sexo, mesmo se você nunca teve relações sexuais.

1 - Você já transou? (__)

() Sim

() Não

2- O que é sexo para você?

- E, para o seu parceiro atual (ou último)? () Não se aplica

3 - Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual? (__)

() Não se aplica

4- O que te leva a decidir se transa ou não com alguém?

5- Na sua opinião qual a relação entre sexo, tesão e amor?

6 - Você já teve alguma doença sexualmente transmissível? (___)
() Sim Qual/ quais? _____
() Não
() Não sei

7 - Quantos parceiros sexuais você teve? (inclui marido, parceiro regular ou contatos casuais). Especifique caso seja parceiro do mesmo sexo (___)
—)
Durante toda a vida _____
Nos últimos 12 meses _____
Nas últimas 4 semanas _____
() Não se aplica

8- Qual a idade do seu parceiro (último ou atual)? _____
() Não se aplica
Ele é: (Especifique caso seja parceiro do mesmo sexo)
() Marido ou companheiro regular
() Namorado
() Colega de Faculdade
() Colega de trabalho/clube/prédio/ outros _____
() Amigo que não namorado ou colega
() Pessoa que não conhecia bem
() Não se aplica

9- Você acha que sexo é igual para homens e mulheres?

10- Qual a sua opinião sobre a fidelidade?

E a opinião do seu parceiro?

11- Nas suas últimas 5 relações sexuais, com qual frequência o preservativo foi usado?

A- Com seu companheiro ou parceiro regular: (___)
Nos últimas 5 relações sexuais:

- Sempre (5 vezes em 5)
- Frequentemente (4 vezes em 5)
- Algumas vezes (2 ou 3 vezes em 5)
- Raramente (1 vez em 5)
- Nunca (nenhuma vez nas 5)
- Não se aplica

B- Com um parceiro casual: (_)

- Sempre (5 vezes em 5)
- Frequentemente (4 vezes em 5)
- Algumas vezes (2 ou 3 vezes em 5)
- Raramente (1 vez em 5)
- Nunca (nenhuma vez nas 5)
- Não se aplica

Se o preservativo foi usado...

C- Quais foram as razões para usar o preservativo?

() Não se aplica

D- Quais foram as razões para não usar o preservativo? _____

_____ () Não se aplica

E- Quantas vezes usou camisinha no último mês? _____ () Não se aplica

F- Quantas vezes transou no último mês? _____ () Não se aplica

12- O que você acha da sua vida sexual?

13- Defina o que é "sentir prazer" numa relação sexual?

14- Você costuma ter relações sexuais anais? (_)

- Sim
- Não
- Não se aplica

- 15 - Você ou seu parceiro usou preservativos durante essas ocasiões? (__)
Nas últimas 5 vezes:
- () Sempre (5 vezes em 5)
 - () Frequentemente (4 vezes em 5)
 - () Algumas vezes (2 ou 3 vezes em 5)
 - () Raramente (1 vez em 5)
 - () Nunca (nenhuma vez nas 5)
 - () Não se aplica

16- O que você acha dos preservativos?

17 - Como o seu parceiro reage/reagiria quando você pede para usar preservativo?

- 18- Você costuma comprar preservativos? (__)
- () Sempre
 - () Algumas vezes
 - () Nunca

- E o seu parceiro? (__)
- () Sempre
 - () Algumas vezes
 - () Nunca
 - () Não sei
 - () Não se aplica

- 19- Você recebeu dinheiro em troca de sexo? (__)
- () Sim
 - () Não
 - () Não se aplica

- 20- Você deu dinheiro em troca de sexo? (__)
- () Sim
 - () Não
 - () Não se aplica

- 21- Você recebeu presentes ou favores em troca de sexo? (__)
- () Sim
 - () Não

Não se aplica

22- Você faz sexo depois do uso de bebidas alcoólicas? (__)

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca
- Não se aplica

23- Você faz sexo depois do uso de drogas outras que não o álcool? (__)

- Sempre
- Algumas vezes
- Nunca
- Não se aplica

24- Fazer sexo após o uso de drogas(inclui álcool) torna mais difícil o uso do preservativo? (__)

- Sim
- Não
- Não sei

PARTE 6

As perguntas abaixo referem-se a vida sexual das pessoas em tempo de AIDS, responda o mais sinceramente possível.

1 -Você mudou seu estilo de vida sexual, de algum modo, ou fez alguma decisão sobre sexo, pelo o que você ouviu sobre AIDS? (__)

- Sim
- Não
- Alguma mudança mas não por causa da AIDS

- Se SIM, como mudou? (__)

- Diminuindo o número de parceiros
- Procurando conhecer melhor as pessoas antes de fazer sexo com elas
- Usando preservativos
- Não tendo relações sexuais
- Tendo somente 1 parceiro sexual
- Se abstendo de algumas práticas sexuais_____
- outras mudanças _____
- Não sei

2- Você pretende fazer algumas mudanças no futuro?

- Sim
- Não

() Não sei
- Que mudanças?

3- Quanto as possibilidades de você pegar AIDS?

Você diria que...

- () Nenhuma possibilidade
- () Pequena possibilidade
- () Moderada
- () Grande
- () Não sei

4- O que é sexo seguro para você?

5- O que você achou do questionário?

Obrigada pela sua colaboração