

Avaliação de um Programa de Prevenção da AIDS entre jovens de Escolas Públicas Noturnas de São Paulo.¹

*Maria Cristina Antunes**, *Ron Stall ***, *Norman Hearst***, *Vera Paiva**, *Camila A. Peres**, *Jay Paul***, *Mark Hudes***

Resumo

Este artigo tem como objetivo a descrição de práticas sexuais de risco para a infecção pelo HIV entre estudantes de 1º e 2º graus, período noturno, de escolas públicas da cidade de São Paulo. Pretendemos, também, avaliar o impacto do modelo de prevenção utilizado, neste programa, sobre o comportamento sexual e sobre a frequência do uso de condom.

Desenvolvemos um estudo longitudinal, envolvendo 4 escolas da região do centro da cidade, com características sócio-demográficas similares. As escolas foram randomizadas em grupo-intervenção e grupo-controle. Dos 394 estudantes que participaram do *base line*, 304 (77%) completaram o questionário pós-intervenção.

Foram desenvolvidas Oficinas de Sexo Mais Seguro ao longo de 4 encontros, de 3 horas cada um, onde os estudantes discutiram: o simbolismo da AIDS e o impacto da doença sobre suas vidas; a percepção do risco; a influência das normas de gênero e de grupo nos conhecimentos e atitudes; informações sobre AIDS; reprodução; corpo erótico, prazer sexual e negociação do uso do condom. A comunidade escolar foi abordada através de treinamentos para os professores, formação de uma equipe de jovens multiplicadores e eventos sobre a prevenção da AIDS.

Os dados do *base line* mostraram que 87% dos jovens pesquisados já tiveram alguma atividade sexual em suas vidas e 76% tiveram relações sexuais nos últimos 6 meses. A frequência do uso de condom foi baixa, entre os jovens que mantiveram relação sexual vaginal e/ou anal. Ao avaliar as oficinas, encontramos efeitos estatisticamente significativos entre as mulheres, que relataram: o aumento da discussão com os parceiros sobre sexo e AIDS e menor quantidade de relações sexuais desprotegidas com parceiros não-monogâmicos.

¹ Original publicado na revista: AIDS, vol11, sup 1, london, setembro de 1997.

* Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS (NEPAIDS) - Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo - Brasil
** Center for AIDS Prevention Studies (CAPS), University of California, San Francisco.

Considerando os dados deste estudo, concluímos que o risco para a infecção pelo HIV, através da atividade sexual, pode ser diminuído quando as comunidades menos privilegiadas apoiam e se envolvem nos programas de prevenção. Resultados mais expressivos podem ser encontrados se enfatizarmos os obstáculos sócio-econômicos e dos papéis sexuais de gênero através de programas comunitários específicos de longa duração.

Agradecimentos

Este projeto recebeu apoio do AIDSCAP Program of Family Health International e foi financiado pela United States Agency for International Development. Não poderia ter sido concretizado sem as contribuições dos pesquisadores participantes. Agradecemos à Estie Hudes pelo suporte oferecido na análise dos dados; ao Instituto Adolfo Lutz; ao Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo - SES; à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e ao Yasigi International pelos auxílios durante todo o seu desenvolvimento. Finalmente, dedicamos este manuscrito à memória de nosso colega, Dr. Theodoro Pluscienik, pelas importantes contribuições na luta contra a AIDS e supervisão técnica a este estudo.

Introdução

O número de casos de AIDS tem crescido rapidamente no Brasil, com um aumento significativo de casos atribuídos à transmissão heterossexual (29% em 1995-96 versus 3% em 1980-86). A epidemia da AIDS na população heterossexual está atingindo especialmente as classes sociais de menor poder aquisitivo[1], sendo já a principal causa de morte entre mulheres em idade reprodutiva no Brasil[2]. Além disto, a AIDS vem se concentrando nos grupos de indivíduos de idade mais jovem [1,2], atingindo especialmente a população dos adultos jovens com menor acesso aos serviços e programas de saúde, educação, moradia e emprego. No caso do Brasil observa-se também uma concentração nos grandes centros urbanos; na cidade de São Paulo, por exemplo, encontram-se 29% de todos os casos reportados no país.

Diante deste contexto, torna-se fundamental o desenvolvimento de programas específicos de prevenção para as populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV e, particularmente, para as populações urbanas de baixa renda. Muitos estudos, no mundo inteiro, têm identificado falhas significativas no conhecimento sobre HIV/AIDS [3-11], constatando também que o nível de informação, sobre os meios de transmissão, não é suficiente para produzir mudanças de comportamento[7,8,11-14]. A elaboração de programas de intervenção bem sucedidos deve, portanto, abordar o contexto social e psicológico, considerando não apenas a vulnerabilidade individual, mas também a vulnerabilidade social frente ao HIV/AIDS [15-16].

No Brasil, nos últimos anos, existem muitas iniciativas de trabalhos envolvendo estudantes e adultos jovens, financiadas principalmente pelos fundos do Banco Mundial. Entretanto, poucos projetos - talvez nenhum - tiveram seu impacto rigorosamente testado; não sabemos como os programas de prevenção existentes afetam os comportamentos de risco para infecção pelo HIV entre os brasileiros. Não temos também publicações sobre estas iniciativas ou estudos longitudinais com esta população.

Neste artigo, esperando ajudar e estimular novos estudos de avaliação de programas, apresentamos os dados e análises preliminares do processo e do impacto de um modelo de prevenção de AIDS, que foi desenvolvido por um programa de prevenção anterior que abordava o mesmo distrito e população de estudantes de escolas noturnas [17-19]. Os estudos preliminares sugerem que AIDS e o simbolismo do cômico, gênero e papéis sexuais, disputa de poder, comportamento contraceptivo, dificuldade de acesso ao preservativo e a saúde reprodutiva, ou mesmo os locais onde as relações sexuais ocorrem, são variáveis significativas que precisam ser consideradas além do contexto socio-econômico-cultural desta população brasileira menos favorecida [20, 21]. Estes estudos demonstraram também que o fato do uso de drogas ser ilegal no Brasil, dificultava a

abordagem do tema, pois os professores e a própria direção das escolas tinham muito receio de adotar qualquer proposta que abordasse o assunto, particularmente nos anos 80. Felizmente esta cultura mudou, ao longo do tempo, e atualmente tornou-se mais fácil abordar temas relacionados à sexualidade, uso de condom e até mesmo ao uso de drogas.

O modelo de intervenção educativa utilizado foi baseado em trabalhos produzidos pelos movimentos pelos direitos reprodutivos brasileiros, que incorporaram a prevenção da AIDS na década de 90 [22]. Além disso, foram consideradas também idéias da educação popular e algumas crenças, segundo as quais: professor e estudantes podem aprender juntos; os grupos compartilham informações, análise de problemas e construção de soluções que podem subsidiar indivíduos e grupos para a superação das barreiras e mudança da realidade cotidiana; a mobilização política e do grupo podem ser resultados desta colaboração [23].

Método

Participantes do estudo

A seleção dos entrevistados buscou aproximar a amostra, o máximo possível, do perfil sociodemográfico da população heterossexual que atualmente vem se contaminando com o HIV no Brasil e o estudo foi conduzido em uma das regiões com maior índice de casos de AIDS de São Paulo. Desta forma, em maio de 1994, convidamos estudantes (18-25 anos de idade), de 1° e 2° graus da rede Estadual de Educação, para participar deste projeto. A maioria destes estudantes trabalhavam durante o dia, estudavam à noite e ajudavam no sustento de suas famílias e viviam nas proximidades das escolas, em condições de moradia bastante precárias, em bairros com altos índices de tráfico de drogas, prostituição e casos de AIDS.

Desenho do estudo

Este estudo longitudinal utilizou um desenho experimental envolvendo uma medida pré e duas medidas pós-intervenção. Após a seleção de quatro escolas com características semelhantes, situadas na região central da cidade de São Paulo, por meio do processo de randomização, foram constituídos dois grupos: controle e intervenção, envolvendo aproximadamente 100 estudantes de cada escola, totalizando uma amostra de 394 jovens (98,5% daqueles que foram convidados). Todos os estudantes que concordaram em participar do estudo foram informados sobre os objetivos, as etapas a serem cumpridas e a confidencialidade dos dados lhes foi garantida.

O mesmo questionário foi aplicado três vezes, observando-se um intervalo aproximado de seis meses. Após a primeira aplicação, nas duas escolas do grupo-intervenção foram desenvolvidas

oficinas educativas, denominadas *Sexualidade, Reprodução e Prevenção de AIDS*, contando com a participação de 152 estudantes (76% dos que tinham concordado em participar). A principal razão desta defasagem inicial foi a evasão escolar nos dois meses entre a adesão ao projeto e o início do programa. Seis meses depois 304 estudantes (77% do *base line*) responderam ao mesmo questionário e 198 estudantes (50%) chegaram até a terceira onda. Após a segunda etapa, as outras duas escolas do grupo-controle receberam a mesma intervenção, envolvendo 115 jovens nas oficinas (58% dos que originariamente concordaram em participar do estudo). Garantir o acompanhamento durante os 12 meses foi um grande desafio, visto que cerca de 60% dos jovens abandonaram as escolas durante o ano. As razões para esta evasão significativa foram: alguns estudantes com condições precárias de subsistência não se sentiram motivados para continuar os estudos; outros, se sentiram sem condições para articular o trabalho e os estudos; outros, ainda, não recebiam apoio e incentivo suficientes da família ou do grupo de amigos para continuar a estudar. Para garantir a aplicação dos questionários, realizamos visitas domiciliares a esses estudantes que saíram das escolas. Ao final da terceira onda de coleta de dados (um ano depois), 50% **dos jovens** tinham mudado de residência e não puderam ser localizados; embora tenhamos tido o cuidado de pedir o endereço, ao qual pudéssemos recorrer caso mudassem, isto em nada facilitou nossa tarefa. Esta alta taxa de mobilidade se deve, em grande parte, às próprias dificuldades econômicas que afetam essa população.

Descrição das Oficinas de Intervenção

O modelo de oficina proposto prevê 4 encontros de 3 horas cada um. Moças e rapazes são separados em diferentes grupos, o que garante a confidencialidade e encoraja a discussão aberta das normas de gênero e dos papéis sociais pré-estabelecidos que, acreditamos, dificultam a prevenção da AIDS. Os participantes discutiram o simbolismo e exploraram o impacto da AIDS em suas vidas, tornando mais presente a percepção do risco pessoal frente ao HIV. Em seguida, com uma massa de farinha e sal, foram modeladas partes do corpo erótico e reprodutivo, abrindo espaço para uma conversa franca sobre reprodução, prazer e transmissão do HIV.

Discutimos sobre como o prazer e as normas de gênero modelam o comportamento e as práticas; demonstramos como usar o condom, sem diminuir o prazer sexual. Em grupos, discutimos sexo mais seguro dentro dos relacionamentos homem com homem, mulher com mulher e homem com mulher. Técnicas de dramatização e dinâmicas de grupo foram utilizadas para abordar o respeito às minorias sexuais e a negociação do uso do condom. Como suporte à intervenção – e para multiplicar o efeito deste modelo – foi desencadeado, em toda a comunidade escolar, um programa de atividades com a finalidade de integrar e comprometer todos os segmentos. Este programa

consistiu em treinamentos para os professores e assessoria para o desenvolvimento de atividades em sala de aula, em torno do tema. Ao mesmo tempo, investimos na formação de uma equipe de estudantes que se dispuseram a apoiar o projeto, planejando e executando atividades com os outros colegas da escola, além da execução conjunta de eventos envolvendo os pais, os alunos e os professores das escolas.

Escalas/mensuração

O questionário auto-respondido, com questões de múltipla escolha e tempo médio de 50 minutos para sua aplicação, incluiu uma série de escalas baseadas no AIDS Risk Reduction Model e outros itens que desenvolvemos para medir as normas de gênero. Para isso foram consideradas as seguintes escalas:

- *sociodemográficas*: levantamento sobre raça, estado civil, idade, nível de escolaridade e renda familiar.
- *comportamento sexual*: conjunto de questões que mensuram as práticas, o número de parceiros, o tipo de relacionamento (se regular ou casual), a frequência do uso do condom e as práticas sexuais após o uso de drogas ou álcool.
- *Doenças Sexualmente Transmissíveis*: questões que pretendem verificar se os estudantes já tiveram diagnóstico de alguma DST em suas vidas ou em algum momento entre as aplicações dos questionários.
- *testagem sorológica*: avaliação do conhecimento sobre o teste anti HIV, realização do teste e verificação do resultado.
- *comunicação sobre sexo e AIDS*: questões que medem a capacidade de conversa sobre esses assuntos com os pais, amigos e parceiros/as.
- *normas de gênero*: questões que medem: a aderência dos jovens à definição tradicional dos papéis sociais desempenhados pelo homem e pela mulher e a relação de poder entre os sexos.

Resultados

Para a análise dos dados do *base line* das ondas 1 e 2 e dos questionários, utilizamos o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS/PC+5.0). Usamos também o ANCOVA para comparar os resultados obtidos pelos dois grupos (intervenção x controle) na segunda onda,

recorrendo ao resultado individual do primeiro questionário como co-variável a ser considerada no ajuste das diferenças do *base line*, para as medidas da segunda onda: mudança de comportamento, crenças, atitudes e conhecimento. Os itens individuais foram agregados em escalas, sempre que possível, e utilizados nas análises apenas quando atingiram um Cronbach's Alpha > 0.70. Os dados qualitativos, coletados durante as oficinas, foram utilizados como referência para a interpretação dos dados quantitativos.

Não foram detectadas diferenças demográficas estatisticamente significativas entre os estudantes que permaneceram na escola (n = 304) e aqueles que desistiram do curso (n = 90). A tabela 1 apresenta as características demográficas dos estudantes que participaram das ondas 1 e 2 de coleta de dados. Observa-se que as escolas do grupo-intervenção possuíam um número maior de estudantes que trabalham durante o dia; entretanto, são os jovens do grupo-controle os que apresentam maiores salários.

Tabela 1. Características Demográficas: estudantes (n = 304) que responderam a onda 1 e 2 de coleta de dados.

Variável	Intervenção (n = 150)	Controle (n = 154)	Total (304)
Idade média	19.7	20.1	19.9
Sexo			
homem	46%	47%	47%
mulher	54%	53%	53%
Raça			
branco	47%	46%	47%
mulato	40%	42%	41%
Religião católica	74%	72%	73%
Trabalha*	84%	72%	78%

Salário mensal*			
menos de U\$100	02%	04%	03%
U\$ 100 to U\$ 200	78%	52%	66%
U\$ 200 to U\$ 500	16%	40%	28%
U\$ 500 to U\$ 1000	03%	04%	03%

*** P < .05, Qui-Quadrado Pearson, grupo de intervenção versus controle.

Comportamento Sexual

Os estudantes que desistiram do curso revelaram fazer sexo vaginal desprotegido, com parceiros casuais, com mais freqüência do que os estudantes que permaneceram nas escolas. Não foram detectadas outras diferenças estatísticas significativas entre estes dois grupos.

A Tabela 2 mostra que, dos 304 estudantes que completaram ambas as coletas de dados, 87% tiveram algum tipo de atividade sexual e 76% tiveram atividades nos últimos 6 meses. Entre aqueles que reportaram algum tipo de prática sexual, 67% tiveram com parceiros regulares, 12% com parceiros casuais e 21% com parceiros regulares e casuais, nos últimos 6 meses; entre os que reportaram sexo vaginal e sexo anal, o uso de preservativo foi baixo. Apenas uma minoria declarou o uso consistente do condom na penetração vaginal (15%) e na penetração anal (6%). Entre aqueles que mencionaram alguma atividade sexual nos últimos 6 meses, 38% admitiram uso inconsistente do condom com parceiros regulares, 12% com parceiros casuais e 23% com parceiros não-monogâmicos.

Tabela 2. Comportamento Sexual de estudantes de escolas noturnas de São Paulo.

Variável	Intervenção (n = 150)	Controle (n = 154)	Total (n = 304)
Sexualmente ativos	82%	91%	87%
Sexualmente ativos - últimos 6 meses	76%	75%	76%
Tipo de parceiros			
Regular	61%	73%	67%
Casual	12%	11%	12%
Regular e Casual	27%	16%	21%
Uso de condom - sexo vaginal			
Não fizeram sexo/não tiveram sexo vaginal	45%	40%	42%
Sempre	12%	19%	15%
Às vezes	16%	19%	18%
Nunca	27%	22%	25%
Uso de condom - sexo anal			
Não fizeram sexo/não tiveram sexo anal	81%	86%	84%
Sempre	6%	6%	6%

Às vezes	6%	4%	5%
Nunca	8%	4%	6%
Sexo desprotegido - parceiro regular	38%	39%	38%
Sexo desprotegido - parceiro casual	14%	9%	12%
Sexo desprotegido - parceiro não- monogâmico	30%	15%	23%

DST's e testagem para o HIV:

Dos estudantes que completaram o primeiro questionário (*base line*), 0,07% reportaram ter um diagnóstico de sífilis nos últimos 6 meses e 0,07% gonorréia; também nos últimos 6 meses, 19,4% tiveram corrimento ou coceira genital e 5,3% feridas na região genital, não diagnosticados por um médico. Alguns estudantes (14,2%) declararam ter feito o teste HIV e dois (0,06%) afirmaram ter obtido resultado positivo.

Medindo os efeitos das Oficinas

Ao avaliar o processo, concluímos que um dos produtos/resultados do projeto foi o envolvimento positivo da comunidade e a adoção da intervenção pelo programa de AIDS da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo como um modelo exemplar, a ser seguido nas estratégias de prevenção de AIDS/DST. Somente após 1996 fomos capazes de incluir discussões abertas sobre drogas e prevenção de AIDS no programa da oficina, pois havia maior suporte social dentro das escolas e na comunidade para discutir tais assuntos. Mas, enfatizamos, não intencionamos, neste projeto realizado entre 1993-1996, mudar o comportamento do uso de drogas, através de uma oficina conduzida dentro da escola, pois um comportamento tão ilegal e estigmatizado não podia ser discutido de forma livre neste espaço.

Quando comparamos o comportamento sexual, na segunda onda, entre o grupo-intervenção e o grupo-controle, após as intervenções terem sido realizadas apenas nas escolas do grupo-intervenção, não observamos diferenças significativas entre os dois grupos de homens. Entretanto, foram encontradas mudanças significativas no comportamento das mulheres, dentre elas: a redução do número de entrevistadas que fizeram sexo desprotegido com parceiros não-monogâmicos (Tabela 3).

Tabela 3. Mudanças no comportamento sexual de risco por gênero e grupo controle / intervenção.

Tipo de	Homens (n)	Mulheres (n)
----------------	-------------------	---------------------

parceria	Interv.	Controle	Interv.	Controle
Parceiro regular				
Risco onda1 - Não risco onda2	09	07	06	06
Não risco onda1 - Risco onda2	08	08	11	14
Parceiro casual				
Risco onda1 - Não risco onda2	08	08	07	04
Não risco onda1 - Risco onda2	03	07	01	04
Parceiro Não-monogâmico				
Risco onda1 - Não risco onda2	08	03	14***	04
Não risco onda1 - Risco onda2	08	07	09	11

*** Pearson chi-square = .039

Mudanças nas Crenças e Atitudes sobre AIDS

No caso das mulheres do grupo-intervenção foi registrado, na segunda onda (Tabela 4), um aumento significativo da discussão sobre sexo/AIDS com o parceiro(escala entre 7 e 28). O compromisso com o sexo seguro e a aderência às normas de gênero não mudaram significativamente. Não detectamos diferenças significativas nas atitudes entre os homens nos dois grupos

Tabela 4. Média da escala selecionada das coletas de dados Pré e Pós-Intervenção.

Escala	Homens		Mulheres	
	Interv	Controle	Interv.	Controle
Comunicação com o parceiro (7-28)				
Baseline	18,11	18,46	17,45*	20,25
Pós-intervenção	17,29	18,55	20,24	19,77

* p<.05, ANCOVA, intervenção X grupo controle, primeira onda como co-variável.

Durante as oficinas os estudantes freqüentemente abordaram outros problemas de suas vidas, entre eles: dificuldade econômica, desemprego, problemas em casa, dificuldades de acesso aos programas de saúde e aconselhamento do governo, vizinhança violenta, com muitos usuários de drogas e a prostituição. DST e HIV são percebidos como problemas menores, quando comparados à gravidez indesejada, abordada pela intervenção mas não pelo questionário de avaliação; estes dados são consistentes com estudos preliminares [19, 20], que discutiram o tema após as intervenções. Os

entrevistados relataram com mais frequência que no estudo anterior, ter conhecido alguém portador do HIV na vizinhança e ter amigos ou parentes infectados.

Este estudo revela também que os estudantes não consideravam o uso do condom uma prioridade em suas vidas. Embora tenham aprendido, durante as oficinas, o porquê e o como usá-lo, observamos que existem outros problemas considerados mais urgentes; um deles é o alto preço do preservativo (quase R\$0,50, a unidade), se considerarmos o baixo poder aquisitivo desta população que, raramente, consegue o preservativo de graça nos serviços de saúde pública. Esses estudantes repetidamente descrevem o hábito do sexo como sendo perigoso, sem planejamento ou ocorrendo em lugares onde se torna difícil o uso do condom (carro, na esquina, casa pequena e cheia de pessoas).

Conclusão

Este estudo mostrou que é possível estimular mudanças no comportamento sexual das populações menos favorecidas no Brasil. Foram detectadas, por exemplo, reduções significativas do comportamento sexual desprotegido, com parceiros secundários, entre as mulheres, o que pode ser epidemiologicamente importante. Além disso, as mulheres do grupo-intervenção passaram a conversar mais sobre sexo/AIDS com seus parceiros.

Entretanto, as mudanças comportamentais foram específicas e limitadas apenas às mulheres. Acreditamos que para interpretar essas mudanças - e informar sobre os próximos passos que devem ser tomados nos esforços de prevenção da AIDS - é preciso considerar o contexto sócio-cultural onde os jovens adultos brasileiros estão inseridos.

Em relação às mudanças observadas entre as mulheres, podemos dizer que as discussões sobre mudanças no comportamento sexual e sexo seguro são consistentes com as novas possibilidades das mulheres na cultura sexual e de gênero, discutidas pelo movimento de mulheres antes da epidemia da AIDS. Neste contexto, mulheres jovens e solteiras podem recusar-se a ter sexo e têm suporte social para falar sobre o tema, já as mulheres que têm relações com parceiros regulares têm menos direitos, quando se trata de sexo, e é mais esperado que digam sim. Cabe às mulheres a responsabilidade de escolher a pessoa certa, no momento certo, dizendo sim ou não para este ou aquele, mas com exceção da contracepção, não é esperado que esteja no controle de cada prática sexual [25].

Por outro lado, as normas de gênero masculinas na comunidade ditam que os homens, mesmo os jovens, devem se revelar “os espertalhões” do sexo, o que os torna menos interessados em aprender sobre assuntos sexuais com os quais estão menos familiarizados. Segundo este

pensamento, os homens sempre devem conquistar e satisfazer suas urgências sexuais naturais [25], o que nos permite observar que eles também são oprimidos pelas rígidas normas de gênero e papéis sexuais, tornando mais difícil a reflexão sobre os riscos de transmissão do HIV ou sobre sua responsabilidade no sexo.

Com exceção dos religiosos fundamentalistas não há, entre os homens, liderança que questione e altere os papéis tradicionais de gênero, embora os espaços sociais tenham diferentes valores e influências na construção da identidade masculina. Nesta comunidade uma tarefa central no desenvolvimento do jovem é “ tornar-se homem a partir de um garoto”, o que não é uma tarefa simples. Homens ficam desempregados e enfrentam a violência. Não existe um movimento sócio-cultural de mudança desses papéis masculinos, o que dificulta na construção de respostas efetivas frente a situações como a epidemia da AIDS.

O campo teórico que referencia os programas a respeito do comportamento sexual foi modelado pelos *scripts* sexuais dos gêneros, por inspiração da tradição feminista. Estes modelos precisam ser revisados, a partir das respostas masculinas frente ao rígidos papéis de gênero e “scripts” sexuais; os resultados obtidos com as mulheres informam que pode ser relativamente fácil alcançar as mudanças comportamentais quando há coerência entre as normas sociais existentes.

Nas oficinas, durante os exercícios de troca-de-papéis, usando cenas de sua vida, os jovens que tinham parceiros regulares apresentavam dificuldades para falar sobre infidelidade; homens e mulheres relataram, também, a dificuldade de se perceber em risco de infecção pelo HIV ou perceber o risco do parceiro. Pedir para um(a) parceiro(a) colocar o preservativo significa acusá-lo(a) de infidelidade, de estar doente ou, ainda, introduzir a desconfiança que pode destruir o amor. Encarando todos esses obstáculos individuais e os obstáculos construídos pelo contexto sócio-econômico-cultural, é fácil negar o risco de contrair AIDS, a percepção do risco corrido pelo(a) parceiro(a) ou a chance do parceiro não ser monogâmico.

Conversar sobre os significados do amor e da paixão, durante os programas de educação em AIDS, ajudaria esses jovens a reinventar seus *scripts* sexuais de modo seguro. Precisamos de programas que ofereçam mais do que uma simples conscientização sobre a epidemia, ou que alertem os jovens sobre os perigos do uso inconsistente do condom, ou de ter múltiplos parceiros ou de não tratarem as DST's que os colocam em risco.

Lições aprendidas e recomendações

Este estudo avaliou um programa elaborado a encorajar as pessoas a pensarem sobre sua própria sexualidade e sobre a prevenção da AIDS, abordando a tomada de decisão da prevenção

sexual da AIDS articulada às escolhas reprodutivas e ao contexto de gênero. O instrumento que utilizamos falhou na avaliação dessa conexão. Considerando que a maioria dos instrumentos disponíveis no campo da AIDS não abordam essa conexão, avaliamos como fundamental o desenvolvimento dessas medidas para futuras pesquisas em prevenção da AIDS. Como ficou demonstrado, nas últimas décadas, através das iniciativas sobre os direitos reprodutivos e planejamento familiar, não é fácil mudar as normas de gênero e o contexto social em curtos períodos de tempo [25-29]. Estas iniciativas também demonstraram que aspectos estruturais e de desenvolvimento regulam e limitam as possibilidades de mudanças para a prevenção da AIDS e direitos reprodutivos [29-32]. Mudanças sociais e culturais necessitam de tempo, requerem uma organização comunitária e uma abordagem que enfatize a tomada de poder. Os meios para encorajar e apoiar mudanças radicais destes jovens em relação ao sexo desprotegido não são suficientes e eles não sentem isso como uma prioridade em suas vidas devido a outras demandas sociais mais fortes.

É preciso dizer, portanto, que o aumento acelerado da epidemia da AIDS entre a população mais carente não se deve apenas a fatores biomédicos. O sentimento que os indivíduos são capazes de estar em controle de suas vidas sexuais requer experiência. Ser um sujeito sexual não depende apenas do indivíduo e não é, também, uma habilidade ou um comportamento que pode ser ensinado em apenas uma oficina. É uma experiência que deve ser confirmada no dia-a-dia e a reflexão sobre essa experiência gera o sujeito sexual[25]. Se as possibilidades de experimentação são limitadas pelas forças coletivas (social, econômica e cultural), que não podem ser confrontadas ou conciliadas, o sentimento de impotência será sempre maior que o sentimento de ter o poder ou de perceber a eficácia do *self*.

Essa experiência nos ensinou que, ao formular programas de prevenção da AIDS, deve-se considerar os obstáculos sociais e individuais, incorporando as teorias que assinalam a necessidade de estimular os indivíduos a se tornarem agentes de sua vida sexual (sujeitos sexuais) e capazes de superar o fatalismo. Outra prioridade, na agenda de pesquisa sobre a AIDS, deve ser o desenvolvimento e disseminação de programas que ultrapassem a ênfase na mudança de comportamento ou na responsabilização individual. Criar uma cultura de uso consistente do condom é um longo processo, que requer intervenções contínuas junto à comunidade.

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde - Programa Nacional de DST's/AIDS: (dez. 95 - fev. 96) **Boletim Epidemiológico de AIDS**. São Paulo: Ministério da Saúde; 1996.

2. XI International Conference on AIDS - Vancouver - Final Report: (July 5-6, 1996) **The Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic.**
3. Siegel D, Lazarus N, Krasnovksy F, Durbin M, Chesney M: (1991) **AIDS knowledge, attitudes, and behavior among inner city, junior high school students.** J Sch Health, 61:160-165.
4. Brown LK, Fritz GK, Barone VJ: (1989) **The impact of AIDS education on junior and senior high school students: a pilot study.** Adolesc.Health Care, 10:386-392.
5. Brown LK, Fritz GK: (1988) **Children's knowledge and attitudes about AIDS.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 27:504-508
6. Parwaty Merati T, Wardhana M, Midjaya M, Pindha S, Biran SI, Suarmiartha E, Yuliana F, Ekstrand ML, and Mandel J. (July, 1996) **HIV Risk taking among youth participating in peer-led programs in traditional Balinese youth groups.** Poster presented at the XI International Conference on AIDS, Vancouver, CA.
7. Aplasca MR, Siegel D, mandel JS, Santana-Arsiaga RT, Paul J, Hudes ES, Monzon OT, and Hearst N. (1995) **Results of a model AIDS Prevention Program for high school students in the Philippines.** AIDS, 9 (suppl 1): S7- S13.
8. Kuhn L., Steinberg M, and Mathews C, (1994) **Participation of the school community in AIDS education: an evaluation of a high school programme in South Africa.** AIDS Care, 6 (2), 161-171.
9. Pattulo ALS, Malonsa M, Kimani GG, Muthee A, Otieno PAO, Odhiambo K, Moses S, Plummer FA. (1994) **Survey of knowledge, behaviors and attitudes relating to HIV infection and AIDS among Kenyan secondary school students.** AIDS Care, 6(2), 173-181
10. Lunin I, Hall TL, Mandel JS, Jay J, Hearst N. (1995) **Adolescent sexuality in Saint Petersburg, Russia.** AIDS, 9 (suppl 1): S53-S60.
11. Caceres CF, Rosasco AM, mandel JS, Hearst N. (1994) **Evaluating a school-based intervention for STD prevention in Peru.** Journal of Adolescent Health: 15, 582-591.
12. Bellingham K, Gillies P. (Apr, 1993) **Evaluation of an AIDS education programme for young adults.** Journal of Epidemiology and Community Health, 47(2):134-8.
13. Asworth CS, DuRant RH, Newman C, Gaillard G. (Nov 1992) **An evaluation of a school-based AIDS/HIV education program for high school students.** Journal of Adolescent Health: 13(7), 582-8.
14. Sicard JM, kaonon S, Quedraogo LA, Chiron JP. (Mar 1992) **The evaluation of sexual behavior and knowledge of AIDS in the schools of Burkina Faso. A Knowledge, Attitude, Belief and practice (KABP) survey in Banfora among 474 adolescents of 14-to-25-years old.** Annales de la Societe Belge de Medecine Tropicale, 72(1): 63-72.
15. Mann, J. Tarantola, D.J.M. (1996) **AIDS in the World II.** Oxford University Press, New York.

16. Ayres, J.R. (1996) **Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas - HIV/AIDS, DST's e Abuso de Drogas entre Adolescentes**. Booklet, São Paulo.
17. Paiva V. (1993) **Sexuality, Condom Use and Gender Norms among Brazilian teenagers**. *Reproductive Health Matters*, 2:98-109.
18. Paiva V; Leme B.(1994) **"Condoms and Cucumbers"** in: *AIDS Action*, n.25; London.
19. Paiva, V **"Fazendo arte com camisinha: a história de um projeto de Prevenção de AIDS"** Relume-Dumara, in press.
20. Paiva, V. (1995) **"Sexuality, AIDS and Gender Norms."** in: Brummeluis and G.Herd "Culture and sexual risk, antropological Perspectives on AIDS". Gordon and Breach, N.York.
21. Paiva, V. (1994) **"Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS."** in: Parker, R. et al **"A AIDS no Brasil"**. Relume Dumará, Rio de Janeiro.
22. Núcleo de Investigação de Saúde da Mulher/Casa da Mulher do Grajaú. (1992). **Manual do video "Seguro morreu de velho - vídeo e manual de treinamento"**. São Paulo.
23. Freire, P. (1970). **Pedagogia do Oprimido**. Paz e Terra, Rio de Janeiro.
24. Catania JA, et al. (1990) **Towards and understanding of risk behavior: an AIDS Risk Reduction Model (ARRM)**. *Health Education Quartely*, vol 17(1):53-72.
25. Paiva, V (in press) **"Gendered scripts and the sexual scene: promoting sexual subjects among Brazilian teenagers."** in: Parker, R (org) **"Re-conceiving Sexuality"**. in press
26. Gupta, Geeta R. and Ellen Weiss (1993). **"Women and AIDS: developing a new health strategy"**. ICRW policy series. New York: Ford Foudation.
27. Paiva, V.(1995a) **"Sexual empowerment and Reproductive Rights:Brazilian teenagers and HIV Prevention"**. In *Americas e Latinas*.Stanford University.
28. Gita Sen, Adrienne Germain, Lincoln Chen (org) (1994)**"Population Policies Reconsidered"**, Harvard University Press.
29. Heyzer, N. (1996) **"The balancing act: population, development and women in the era of globalization"**, International Lecture Series on Population Issues/ Mac Arthur Foundation, New Dehli, India.
30. Lurie, P., Hintzen P.,and R. Lowe. (1995a). **"Socioeconomic Obstacles to HIV Prevention and Treatment in Developing Countries: the role of the International Monetary Fund and the World Bank"**, *AIDS*, 9:539-546.
31. Labonte, R. **"Health promotion and empowerment : reflections on professional practice."** a *Health Education Quaterly*, Vol 21 (2), Summer 1994.

32. Wee, V. and Heyzer N. **"Gender, poverty and sustainable development: towards a holistic framework of understanding and action."** Singapore: Engender, 1995.