

# Mudanças no comportamento sexual do adolescente decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social

LUCIANE SCARPANTE BRASIL (\*)

RENATA EMI MITSUI (\*)

ANA MARIA BENEVIDES PEREIRA (\*)

ROZILDA DAS NEVES ALVES (\*)

## 1. INTRODUÇÃO

Devido às mudanças culturais que ocorreram ao longo dos últimos 25 anos, o adolescente inicia sua atividade sexual precocemente, expondo-se aos fatores de risco impostos pela SIDA. A propagação do HIV trouxe de volta reflexões e discussões acerca do comportamento sexual, pelo fato da disseminação desse ocorrer principalmente pela via sexual.

Tendo em vista a relevância destas considerações, o nosso interesse em estudar «adolescência e SIDA» decorreu, principalmente, do fato de que atualmente existe um grande número de pessoas contaminadas pelo vírus da SIDA, com manifestação dos sintomas na faixa etária entre 20 e 30 anos (Ministério da Saúde, 1996). Como o vírus pode ficar inativo no organismo por mais de 10 anos, desde a contaminação até o

aparecimento dos sintomas, podemos deduzir que, provavelmente, a maioria desses indivíduos contraíram o vírus na adolescência (Veronesi, 1991).

No Brasil o número de casos registrados, de indivíduos maiores de 13 anos, no período de 1980 a 1997 foi de 106.605 com o diagnóstico de SIDA. Entre adolescentes na faixa etária dos 13 aos 19 anos o número de casos diagnosticados foi de 2.572 (Ministério da Saúde, março/1997). No Estado do Paraná, neste mesmo período foram registrados 2.666 casos diagnosticados com SIDA em indivíduos maiores de 13 anos de idade. Entre adolescentes na faixa etária dos 13 aos 20 anos foram diagnosticados 146 casos, sendo que o maior número contaminou-se através das drogas injetáveis (Centro de Epidemiologia do Paraná, 1996). Na região de Maringá, o número de casos diagnosticados como soropositivos foi de 3.980 até junho de 1997 (Centro Regional de Saúde, 1997).

A realização de uma pesquisa sobre adolescência e SIDA no município de Maringá, se reveste de importância na medida em que nenhuma outra foi efetuada até o momento. Nessa investi-

---

(\*) Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá - PR, Brasil.

gação, procuramos verificar os conhecimentos e as atitudes dos adolescentes de Maringá sobre a SIDA.

### 1.1. *Algumas considerações acerca da adolescência*

O termo adolescência é empregado para designar a fase na qual a pessoa está em processo de desenvolvimento da infância para a vida adulta. Não necessariamente especificada em extensão de anos, mas entendida como iniciada quando surgem os primeiros sinais da puberdade ou pubescência e se estende até que o indivíduo tenha alcançado seu crescimento e desenvolvimento mental completo (Jersild, 1967).

A adolescência é uma fase bastante complexa. Segundo Zagury (1996) as mudanças corporais que ocorrem nessa fase são universais, enquanto que as psicológicas e de relações variam de cultura para cultura, de grupo para grupo, e até de indivíduos do mesmo grupo. Ainda para esse autor, a característica mais visível na adolescência é o acentuado desenvolvimento físico, com transformações internas e externas e, também, mudanças marcantes no campo intelectual e afetivo.

Outra mudança é o amadurecimento sexual, devido à grande atividade hormonal que conduzirá à capacitação reprodutiva. Paralelo ao desenvolvimento físico, ocorrem modificações também em nível social, o adolescente adquire características do grupo de referência (tatuagens, brincos, roupas, etc.) para realizar um jogo de identificação, podendo conquistar estabilidade que antes obtinha apenas no grupo familiar (Zagury, 1996).

O adolescente busca, principalmente a integração no grupo, idealizando outras figuras que não sejam os pais. É uma fase em que o indivíduo necessita usar sua própria criatividade, ser espontâneo, tomar conhecimento de si mesmo, dos seus próprios sentimentos e dificuldades, enfim objetivar a si mesmo e o outro (Tiba, 1986)

Segundo Douglas (in Jeolás, 1995) diferentes áreas do conhecimento indicam a adolescência como um período de vida que apresenta maior vulnerabilidade ao risco, decorrente do momento intermediário, de mudança, quando a ansiedade ao risco está presente de maneira profunda. O jovem encontra-se muito suscetível, não sabendo

direito como lidar com seu corpo e com as novas possibilidades que estão aflorando, principalmente no que se refere à sexualidade.

Segundo Waideman (1997) além da morte ser um tema absolutamente distante da adolescência, devido à onipotência própria da idade, a sociedade ocidental também se encarrega de colocar ainda mais distância à perspectiva da finitude.

Nessa fase surgem as primeiras relações sexuais, sendo que, na maioria das vezes, o jovem não possui informações suficientes para explorá-la de forma segura. Isto ocorre porque tudo é novo para ele e nem sempre procura se esclarecer sobre o assunto com pessoas mais experientes, até mesmo pela própria inibição.

O desenvolvimento sexual do adolescente constitui um momento complicado para os pais, é difícil aceitar que o filho cresceu, que está começando a ser independente e iniciando sua vida sexual. Poucos são os pais que conversam com seus filhos questões ligadas a namoro, sexo, anticoncepcionais, doenças sexualmente transmissíveis, pois ainda existem muitos tabus e preconceitos a respeito desse assunto.

Conforme Zagury (1996) os pais consideram difícil conversar com os filhos, pois estes parecem estar sempre em oposição a tudo que se diz, preferindo conversar com os amigos. Nem sempre a família está preparada para orientar um filho adolescente, por estar habituada a dirigir as atitudes e comportamentos da criança, os pais se sentem perdidos com as críticas, reivindicações e com a eclosão da sexualidade e, falar em educação sexual, torna-se bem mais complicado (Adamo et al., 1987). Entretanto a superação dessas dificuldades pode trazer momentos de prazer e surpresas instigantes.

Como para a maioria dos pais é difícil o diálogo sobre sexualidade, a consideração da possibilidade de uma educação sexual vir através de programas escolares pode ter validade, no sentido de que é na escola que surgem os primeiros contatos sociais extra familiares e, portanto, significa um caminho para discussão aberta e livre para as questões em que o jovem tem dúvidas.

Por outro lado, existe também a forte influência da televisão, rádio, revistas e jornais na apresentação de questões ligadas à sexualidade (que muitas vezes se utilizam de figuras adúlteras

radas sobre homem e mulher, com identificações pouco definidas) que não devem ser ignoradas, mas trazidas para discussão na escola ou em casa para desenvolver um espírito crítico no adolescente, sendo mais dinâmico do que as denominadas aulas de «Educação Sexual» (Adamo et al., 1987).

Os conteúdos trazidos pelos adolescentes a respeito da sexualidade, podem e devem ser trabalhados na escola e em casa, de forma que seu interesse seja valorizado e suas dúvidas esclarecidas.

### 1.2. Breve histórico da SIDA

Em 1981, os primeiros casos identificados posteriormente como SIDA começaram a chamar a atenção da comunidade científica. Nessa ocasião, nos Estados Unidos, surgiram casos infrequentes de doentes vitimados pelo Sarcoma de Kaposi (um tipo de câncer de pele) e por pneumonia aguda provocada pelo *Pneumocystis Carinii*. Essa e outras doenças apareceram e, só resultaram em morte, devido ao baixíssimo grau de imunidade em que se encontravam esses pacientes. A análise do sangue dessas pessoas revelavam uma drástica redução do número de linfócitos, responsáveis pela defesa do organismo. Devido a este fato foi denominada de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) (Veronesi, 1991). A SIDA é causada pelo HIV (*Human Immunodeficiency Virus* / Vírus da Imunodeficiência Humana) (Terríveis Ameaças, 1982).

Outra característica comum entre as primeiras vítimas nos Estados Unidos, Europa e Brasil, é que a maioria era homossexual e, devido a este fato, esta síndrome no início chegou a ser denominada «mal gay», dessa forma os homossexuais passaram a ser considerados pertencentes ao grupo de risco (Nunes & Mineiro, 1988). Atualmente o conceito de grupo de risco não se mantém, pois toda a população, independente da preferência sexual, religião, cor, idade, etc., está sujeita à infecção, desde que não observadas as medidas preventivas. Podemos dessa forma falar em comportamento de risco.

O HIV é transmitido principalmente:

- Através do sangue e seus derivados. Desta

feita devemos dar especial importância a equipamentos perfuro-cortantes (como equipamentos médicos contaminados, agulhas, seringas, bisturís e outros);

- Através do contato sexual que pode ser oral, anal ou vaginal, com pessoa infectada tanto homossexual, bissexual ou heterossexual, devido a troca de secreções;
- Transmissão de mãe para filho, através de via placentária, pelo canal vaginal no momento do parto, ou através do leite materno (Marco, 1988).

A SIDA não possui cura até o momento, nem uma vacina eficaz pelo fato de o vírus ser mutante e existir muitas formas do HIV. Existem apenas medicamentos com efeito paliativo, ou seja, fortalecem o sistema imunológico, amenizam os sintomas e ajudam a impedir que as infecções oportunistas apareçam (Wüsthof, 1994). Trata-se de uma pandemia que necessita ser controlada e isso, atualmente, só será possível através da prevenção que deve abranger informações enfatizando os aspectos:

- Sexual: em toda relação sexual usar camisinha, diminuição do número de parceiros, evitar contato direto com secreções vaginais e esperma;
- Sanguíneo: utilização de sangue e derivados testados, esterilização de material cirúrgico, utilização de seringas e agulhas individuais para o uso de drogas endovenosas;
- Perinatal: mulheres portadoras do vírus não devem engravidar e, caso isso ocorra, não devem amamentar (ABIA, 1988).

### 1.3. Adolescência, sexualidade e SIDA

Segundo Saito (1996) a sexualidade é tema pouco discutido em nosso meio, sendo fundamental a educação sexual e reflexões sobre o assunto em todos os segmentos da sociedade. As crianças, jovens e adultos devem ser mais bem informados para que possam conviver com uma sexualidade mais associada à vida e não à morte. Assim, a sexualidade deve ser encarada como parte inerente ao processo de desenvolvimento humano.

Para essa autora, é importante que a sexualidade não seja fragmentada em fases (infantil,

adulto, idoso) mas, que seja vista como um processo.

A visão histórica da sociedade ajuda a entender a sexualidade vinculada à relação de poder, de ordem político-econômica, cultural, social, religiosa, moral, ética, onde o conceito e comportamento sexual do indivíduo se subordinam aos valores e instituições que evoluem a cada época e que influenciam muitos aspectos da atualidade (Saito, 1996).

De modo geral, a inserção social influencia os critérios levando a diferentes julgamentos diante do mesmo fato. Como ocorre, por exemplo, no fato da gravidez em níveis sócio-econômicos diversos, sendo espantoso quando ocorre em classes mais favorecidas e de conformismo e fatalidade nas menos favorecidas.

Segundo Jeolás (1995), por ser uma doença transmissível, incurável até o momento e de difícil controle clínico, a SIDA causou um forte impacto social num período em que as sociedades modernas vinham presenciando um grande controle das doenças infecto-contagiosas pelas ciências médicas, devido ao desenvolvimento técnico-científico.

Os aspectos – transmissível e letal – seriam suficientes para a construção de representações coletivas e individuais, de metáforas expressando medos, temores e incertezas, mas no caso da SIDA, outros fatores são significativos referentes a transmissão por relações sexuais, uso de drogas injetáveis e através da procriação.

A SIDA associa dois tabus da cultura ocidental, o sexo e a morte, desvelando publicamente o íntimo.

Douglas (in Jeolás, 1995) afirma que diferentes áreas de conhecimento indicam a adolescência como um período de vida que apresenta maior vulnerabilidade ao risco, decorrente do momento intermediário, de mudança, quando a ansiedade ao risco está presente de maneira profunda.

A morte é negada e banalizada pela proliferação de imagens na mídia, assim busca-se ao mesmo tempo a morte como possibilidade do sentido da vida, como observamos nos esportes radicais e outras praticas consideradas próprias da adolescência («rachas de carro ou motocicleta»).

«A necessidade paradoxal de correr o risco até os limites da vida e da morte para apreender o

sentido da própria existência, associado a valorização do instante e dos prazeres, presentes nas sociedades da modernidade, deve ter um efeito sobre a percepção do HIV/AIDS que não pode ser negligenciado.» (Jeolás, 1995)

A SIDA que se apresenta como uma desordem biológica, dramatiza o temor do risco na modernidade e os insucessos referentes ao seu conhecimento e tratamento são convertidos em rumores, fantasmas e angústias.

A percepção do risco é muito influenciada pela afetividade, gerando sentimentos de incerteza e ansiedade ante ao perigo. No caso da SIDA, existe um paradoxo, de um lado há um medo exagerado (abstrato e distante) e de outro lado, o medo é minimizado diante de componentes concretos de exposição ao vírus, fazendo com que a possibilidade de contaminação seja afastada de si próprio e atribuída ao outro (Jeolás, 1995).

Essa idealização ligada à afetividade e a onipotência, que afasta a possibilidade de contaminação, são características da adolescência e constituem aspectos relevantes para pesquisas voltadas para a educação sexual.

«O fato de ter que gerir o ciclo de vida individual, dependendo muito mais das circunstâncias e fatalidades do que de normas e regras sociais mais unívocas e definidas, leva-o a uma urgência de viver e sentir prazer sob o signo do efêmero, onde o risco do HIV/AIDS está mesclado a outros riscos com os quais convive cotidianamente.» (Jeolás, 1995)

Considerando os dados até agora apresentados, podemos concluir que, grande parte dos portadores de SIDA se contaminaram durante a adolescência. Tendo em vista esses dados e a grande incidência de SIDA entre adolescentes, consideramos importante a realização de um estudo visando a compreensão de comportamentos, crenças e atitudes, principalmente em relação à doença. Por ser a adolescência a fase em que inicia-se a definição de padrões comportamentais que provavelmente perdurarão durante longos períodos de suas vidas e na qual experimentam comportamentos novos, tornam-se, portanto, sujeitos a maiores riscos.

Diante do exposto, nesse trabalho, nos preocupamos em entender a relação entre adolescência e SIDA, enfocando os aspectos de prevenção e educação, o que nos fornece subsídios em re-

lação à esses aspectos para a realização de futuras intervenções. Dessa forma, nosso intuito foi:

- Verificar o nível de informação do adolescente a respeito da SIDA;
- Verificar a procedência das informações sobre SIDA e formas de prevenção, que chegam ao adolescente;
- Verificar se o adolescente relaciona afetividade e sexo;
- Verificar se o surgimento e a propagação da SIDA provocaram mudanças no comportamento do adolescente em relação à prevenção.

## 2. METODOLOGIA

Foram realizadas 127 entrevistas, com adolescentes na faixa etária dos 13 aos 20 anos, sendo 72 do sexo feminino e 55 do masculino.

A população em estudo foi escolhida de forma aleatória. Pertenciam a quatro escolas estaduais de 1.º e 2.º graus, um grupo de menores estagiários e um grupo de adolescentes residentes em um bairro da periferia do município de Maringá - PR. Os adolescentes foram entrevistados entre os meses de outubro a dezembro de 1996.

Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica da entrevista dirigida, através de um questionário (em anexo) contendo 22 perguntas a respeito da SIDA, sexualidade, adolescência.

Para atender aos objetivos de verificação do nível de informação do adolescente em relação à SIDA, contaminação e prevenção, as respostas das questões correspondentes foram estruturadas por níveis (bom, regular e insatisfatório). As formas de contaminação e prevenção consideradas foram categorizadas em sexual, sanguínea e perinatal. Dentro da categoria sexual incluímos as respostas relativas à todas as formas de relação sexual (anal, vaginal, oral), em relação à sanguínea, uso de drogas, seringas e agulhas contaminadas, transfusão de sangue e objetos perfurocortantes. Na categoria perinatal, aleitamento materno, durante gestação e parto.

Assim, para as questões 1, 3 e 4 as respostas foram distribuídas nos níveis:

- **Bom:** os adolescentes que citaram três itens sobre a SIDA (exemplos: sexualmente transmissível, mata, não tem cura, causada pelo

vírus HIV, ataca o sistema imunológico do organismo) e, também alguns dos métodos de prevenção e contaminação (como transmissão sexual, drogas injetáveis, sangue);

- **Regular:** os adolescentes que falaram um ou dois itens sobre a SIDA e, apenas um item sobre contaminação ou prevenção;
- **Insatisfatório:** os adolescentes que apenas se referiram à SIDA como uma doença, e citaram uma forma de contaminação ou prevenção, ou em algumas respostas não citaram as formas de contaminação e prevenção.

Na avaliação específica dos níveis de informação dos adolescentes sobre contaminação e prevenção foram utilizados os mesmos critérios, considerando-se as perguntas 3 e 4 respectivamente, desta forma:

- **Bom:** os adolescentes que citaram três formas de contaminação ou prevenção (por exemplo, formas de transmissão sexual, uso de drogas injetáveis e transfusões);
- **Regular:** os adolescentes que citaram duas formas de contaminação ou prevenção;
- **Insatisfatório:** os adolescentes que citaram apenas uma forma de contaminação ou prevenção.

Para a verificação da procedência das informações, as respostas foram categorizadas em:

- **Mídia:** televisão, rádio, jornais, revistas, programas culturais, documentários e reportagens;
- **Família:** pais, irmãos, parentes;
- **Escola:** palestras, livros, trabalhos, professores;
- **Amigos:** colegas, vizinhos, conhecidos;
- **Leituras:** Folders, cartazes, panfletos, postos de saúde;
- **Igreja:** palestras, revistas, grupos de jovens.

Para verificar se os adolescentes relacionam afetividade e sexo (perguntas 9, 14, 15 e 16) e mudanças no comportamento sexual ou a intenção dos mesmos para quando esta vier a ocorrer (questões 7 e 13).

As demais questões do roteiro (6, 8, 10, 11, 12, 17) foram utilizadas para complementar a discussão e análise dos objetivos da pesquisa. As

questões (18, 19, 20, 21 e 22) referiam-se ao uso de drogas, transfusão de sangue e portadores do HIV.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1. Caracterização da amostra

Os dados da amostra foram divididos pelos

itens de identificação: idade, sexo, religião, escolaridade, renda familiar e profissão, e agrupados nos sexos masculino e feminino.

A análise dos dados revelou que 65% dos adolescentes entrevistados encontram-se na faixa etária dos 15 aos 17 anos, tendo uma porcentagem proporcional quanto ao nível de escolaridade – 56% do sexo masculino e 58% do sexo feminino – cursando a 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> séries do 2.<sup>o</sup> grau.

A maior parte da amostra (56%) era constituída de adolescentes do sexo sendo o restante

TABELA 1  
*Distribuição da Amostra por Idade e Sexo*

IDADE (anos)	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
13	4	7	12	17	16	13
14	9	16	7	10	16	13
15	13	23	12	17	25	20
16	12	22	18	25	30	23
17	10	20	17	23	27	21
18	3	5	3	4	6	5
19	3	5	1	1	4	3
20	1	2	2	3	3	2
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

GRÁFICO 1  
**Distribuição da Idade da Amostra por Sexo**

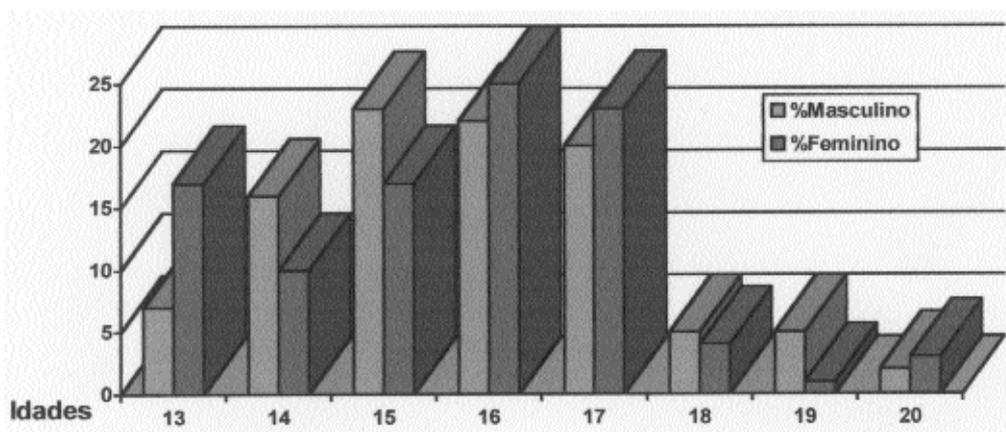


TABELA 2  
Distribuição da Amostra quanto à Religião

RELIGIÃO	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Católica	40	73	57	79	97	76
Protestante	7	13	14	20	21	17
Não Tem	8	14	1	1	9	7
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

GRÁFICO 2  
Distribuição da Amostra quanto à Religião

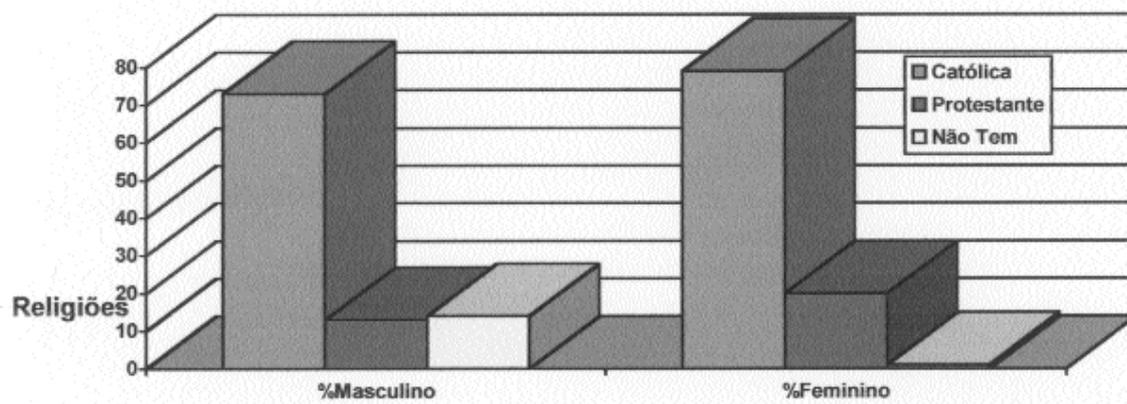


TABELA 3  
Distribuição da Amostra quanto à Escolaridade

SÉRIE	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
4. <sup>a</sup>	1	2	1	1	2	2
5. <sup>a</sup>	5	9	5	7	10	8
6. <sup>a</sup>	1	2	2	3	3	2
7. <sup>a</sup>	5	9	10	14	15	12
8. <sup>a</sup>	7	12	7	10	14	11
1. <sup>a</sup>	16	29	26	35	42	33
2. <sup>a</sup>	15	27	16	23	31	24
3. <sup>a</sup>	5	10	3	4	8	6
Não Estudam	0	0	2	3	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

GRÁFICO 3  
Distribuição da Amostra quanto à Escolaridade

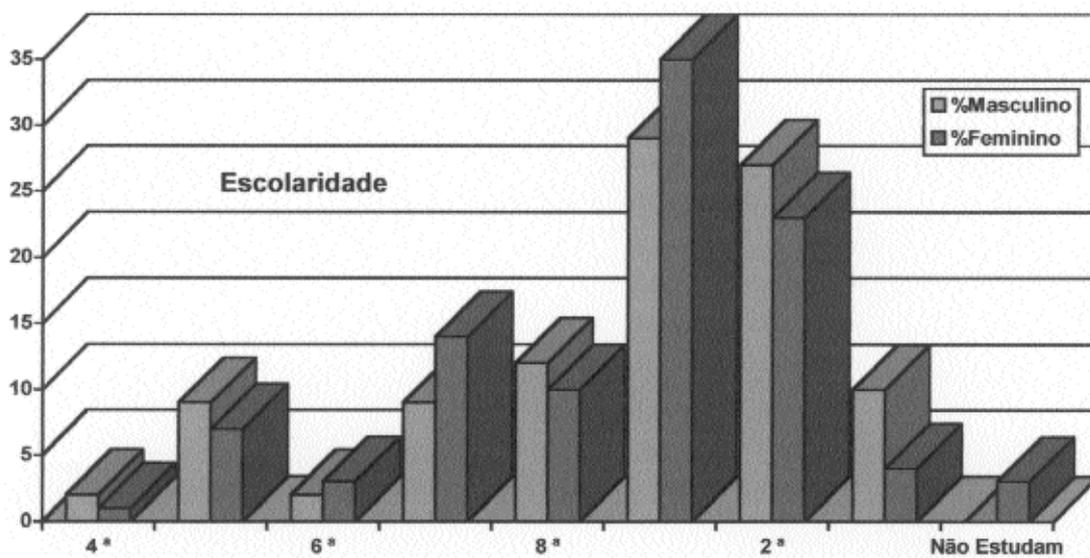


TABELA 4  
Distribuição da Amostra quanto à Renda Familiar

RENDA FAMILIAR	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Até 1 salário	6	11	3	4	9	7
1 a 5	15	27	30	41	45	36
5 a 10	20	36	20	28	40	31
10 a 15	6	12	4	6	10	8
15 a 20	4	7	2	3	6	5
Não sabe	4	7	13	18	17	13
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

GRÁFICO 4  
Distribuição da Amostra quanto à Renda Familiar

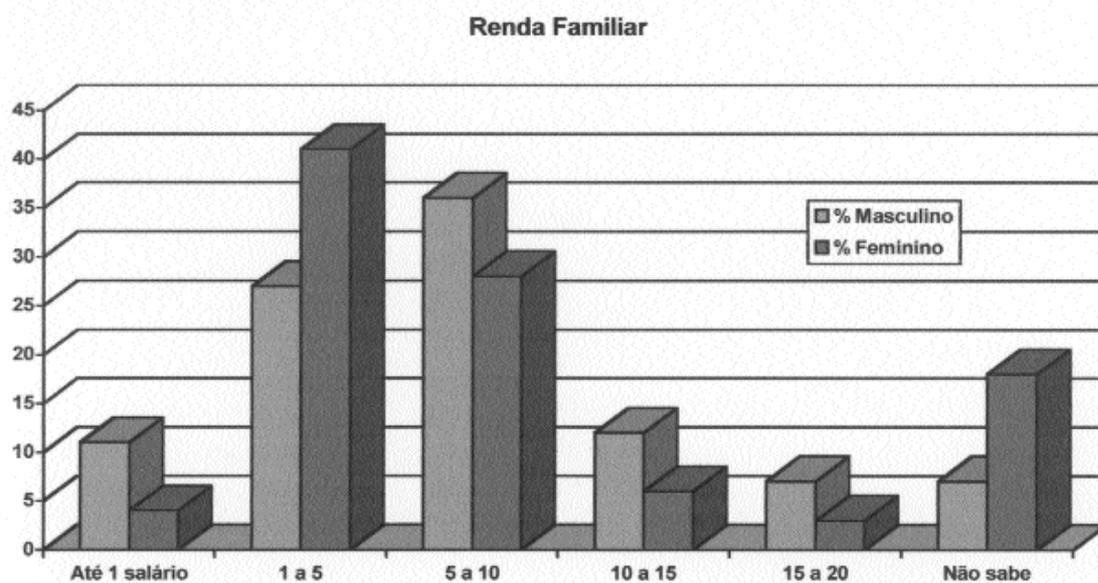
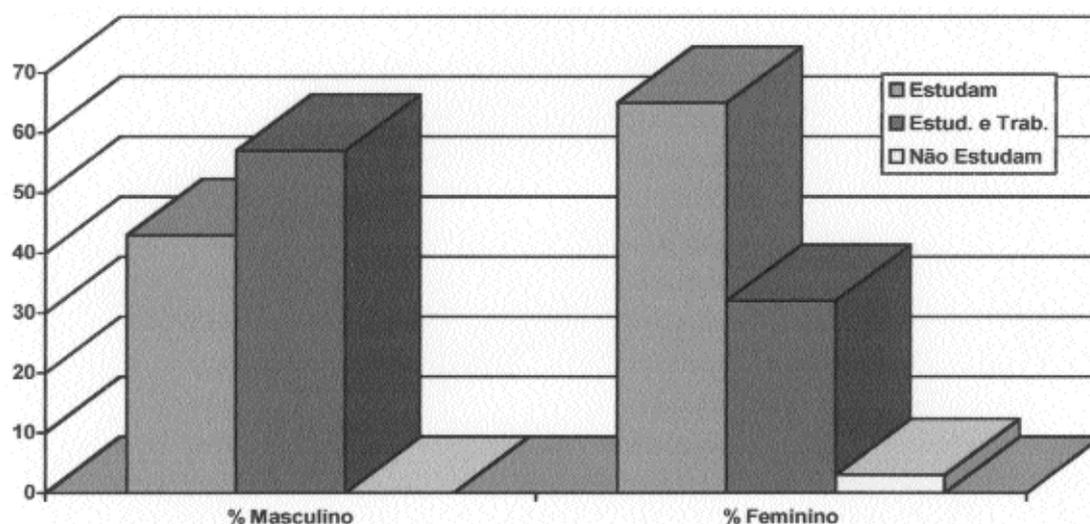


TABELA 5  
*Distribuição da Amostra entre os Adolescentes que Estudam, Estudam e Trabalham e os que Não Estudam*

	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Estudam	24	43	47	65	71	56
Estudam e Trabalham	31	57	23	32	54	42
Não Estudam	0	0	2	3	2	2
<b>TOTAL</b>	55	100	72	100	127	100

GRÁFICO 5  
**Distribuição da Amostra entre os Adolescentes que Estudam, Estudam e Trabalham e os que Não Estudam**



(44%) constituída de adolescentes do sexo masculino.

Observamos que apenas 1% das adolescentes do sexo feminino não possuem religião, enquanto que a porcentagem do sexo masculino é de 14%. Consideramos que o maior percentual de religiosidade entre o sexo feminino constitui-se em dado determinante na análise das questões relativas à sexualidade, influenciando nos valores éticos e morais.

Notamos que o maior percentual da amostra, tanto do sexo masculino como do sexo feminino, encontram-se na 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> séries do 2.<sup>o</sup> grau, seguido pelas 5.<sup>a</sup>, 7.<sup>a</sup> e 8.<sup>a</sup> séries do 1.<sup>o</sup> grau, sendo que somente entre o sexo feminino encontramos adolescentes que não estudam.

A maior parte dos entrevistados possui renda familiar de 1 a 10 salários, sendo que a maioria do sexo feminino possui renda familiar entre 1 a 5 salários enquanto que entre os integrantes do

sexo masculino a concentração de renda varia entre 5 a 10 salários.

Observamos que 57% dos entrevistados do sexo masculino estudam e trabalham e que 36% apresentam renda familiar na faixa de 5 a 10 salários mínimos, e entre as mulheres 32% estudam e trabalham apresentando maior percentual de renda familiar na faixa de 1 a 5 salários mínimos.

Neste momento, passaremos à apresentação e discussão dos resultados da pesquisa priorizando os objetivos propostos, sendo que cada tópico da discussão refere-se a um dos objetivos.

### 3.2. Nível de Informação em relação à SIDA

Do total geral de entrevistados, 71% dos ho-

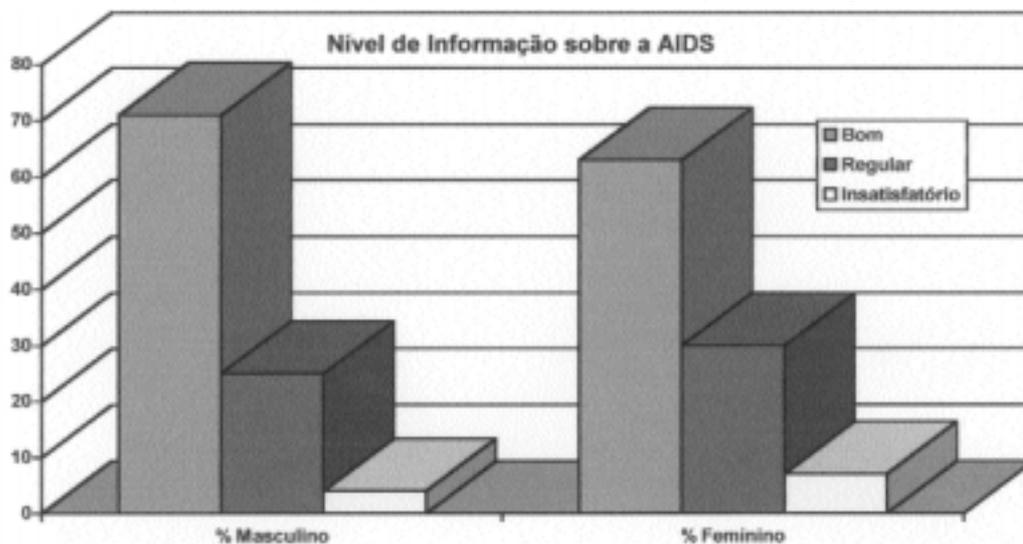
mens e 63% das mulheres encontravam-se no nível bom de informação, 30% das mulheres e 25% dos homens encontravam-se no nível regular, sendo que 7% das mulheres e 4% dos homens encontravam-se no nível insatisfatório.

Os jovens de Maringá possuem um nível bom de informação. Acreditamos que tal fato se deve a campanhas informativas realizadas. Porém, constatamos diferenças entre a conscientização sobre prevenção e a efetiva mudança de comportamento. Resultados semelhantes também foram obtidos na pesquisa realizada por Béria et al. (1995), em adolescentes da cidade de Pelotas - RS. No entanto, quanto ao conhecimento específico de formas de contaminação e prevenção, o nível de informação diminui em ambos os sexos.

TABELA 6  
Distribuição Geral dos Grupos quanto ao Nível de Informação em Relação à SIDA

NÍVEL	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Bom	39	71	45	63	84	66
Regular	14	25	22	30	36	28
Insatisfatório	2	4	5	7	7	6
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

GRÁFICO 6  
Distribuição dos Grupos quanto ao Nível de Informação em Relação à SIDA



Percebemos que a população que freqüentava a escola, quando da realização da pesquisa, revelava nível de informação mais elevado dos que os que estavam fora da escola, assim como os que possuíam renda familiar mais baixa, eram menos informados que os demais.

### 3.3. Nível de informação em relação à contaminação

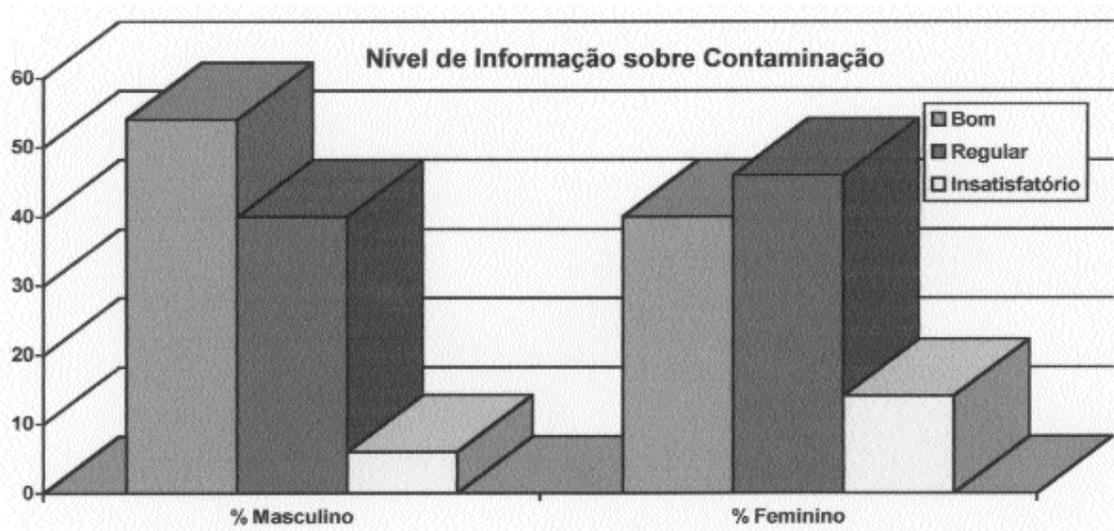
Tais dados denotam maior nível de informação dos adolescentes masculinos em relação às

meninas. Tal diferença talvez possa se dar pelo fato dessas se preocuparem mais nas várias formas possíveis dentre a categoria sexual, enquanto que eles, em suas respostas, revelavam conhecimento mais abrangente (sexual e sangüinea). Nenhum dos grupos indicou a categoria perinatal. Uma hipótese a se considerar é que enquanto para os meninos as drogas já se fazem presente (alguns consumiam álcool e, em menor número também maconha, o que não ocorria no sexo feminino), para as adolescentes o risco de gestação é uma preocupação constante.

TABELA 7  
Distribuição Geral da Amostra dos Grupos quanto ao Nível de Informação em Relação à Contaminação

NÍVEL	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Bom	30	54	29	40	59	47
Regular	22	40	33	46	55	43
Insatisfatório	3	6	10	14	13	10
<b>TOTAL</b>	55	100	72	100	127	100

GRÁFICO 7  
Distribuição da Amostra dos Grupos quanto ao Nível de Informação em Relação à Contaminação



### 3.4. *Nível de informação em relação à prevenção*

De acordo com os dados, constatamos que o maior percentual de respostas está no nível regular e insatisfatório, para ambos os grupos.

Verificamos que em relação à prevenção houve uma queda do nível, se comparado ao nível de informação geral em relação à SIDA e à contaminação. Essa redução deve-se ao fato de que na prevenção as respostas foram enquadradas basi-

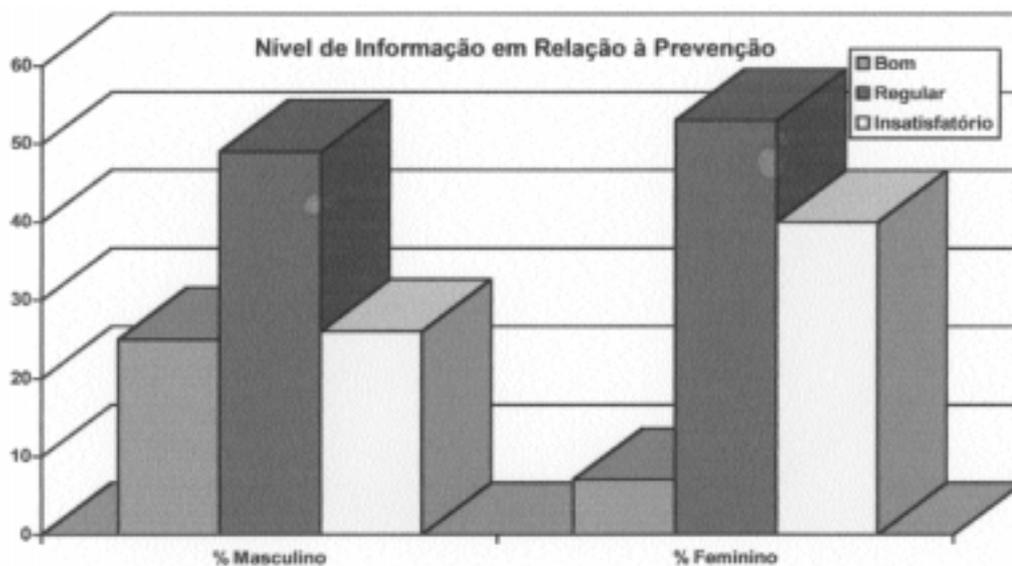
camente em uma categoria (sexual), enfatizando principalmente o uso de camisinha e a escolha do parceiro como formas de prevenção, apesar dos entrevistados demonstrarem conhecimento de várias formas de contaminação.

Em respostas de adolescentes que possuem atividade sexual, constatou-se que vários desses não se preveniam em suas relações, agindo impulsivamente. Segundo Jeolás, esse comportamento refere-se à necessidade do adolescente correr risco até os limites da vida e da morte para

TABELA 8  
*Distribuição Geral da Amostra dos Grupos quanto ao Nível de Informação em Relação à Prevenção*

NÍVEL	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Bom	14	25	5	7	19	15
Regular	27	49	38	53	65	51
Insatisfatório	14	26	29	40	43	34
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

GRÁFICO 8  
**Distribuição da Amostra dos Grupos quanto ao Nível de Informação em Relação à Prevenção**



apreender o sentido da própria existência, afirmando assim sua identidade.

O adolescente valoriza muito o instante e o prazer. A percepção do risco é influenciada pela afetividade, gerando sentimentos de incerteza e ansiedade frente ao perigo, que no caso da SIDA, apresenta um paradoxo, o prazer e a morte. Diante disso, nossos entrevistados apresentavam duas posturas distintas: de um lado o medo exagerado («sentar em banco de ônibus», «pegar em corrimão de escada», «usar toalha de outra pessoa») e de outro, negligência quanto ao dano, afastando de si próprio a possibilidade de

contaminação e atribuindo ao outro a responsabilidade («conhecer bem o parceiro», «saber com quem anda»).

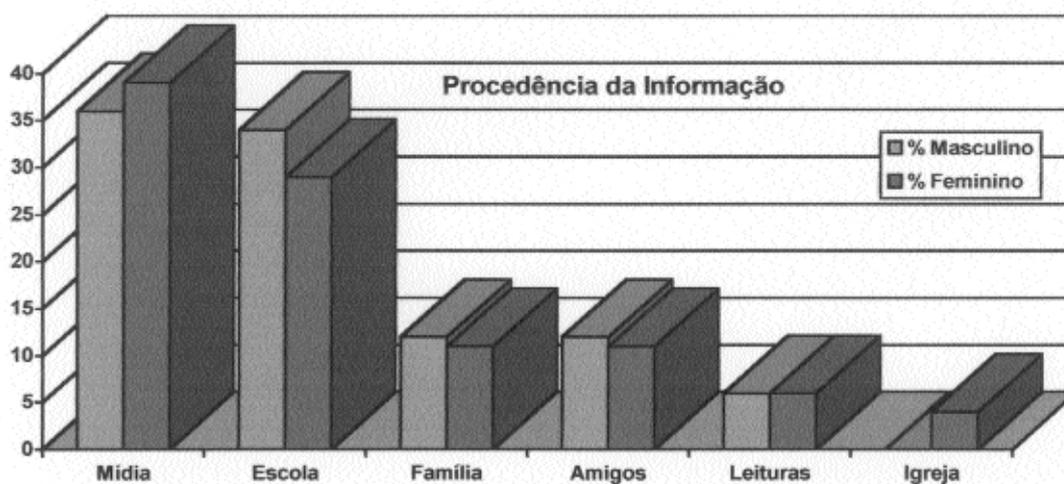
### 3.5. Procedência das informações

Em relação à procedência das informações acerca da SIDA, constatamos que a maior parte dos entrevistados obteve orientação através dos meios de comunicação, seguido pela escola, família e amigos. Leituras através de cartazes, folhetos e outros materiais obteve o mesmo percentual para ambos os sexos. A Igreja aparece

TABELA 9  
Distribuição Geral da Amostra por Sexo quanto à Procedência das Informações

FONTE	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Mídia	20	36	28	39	48	38
Escola	19	34	21	29	40	32
Família	6	12	8	11	14	11
Amigos	6	12	8	11	14	11
Leituras	4	6	4	6	8	6
Igreja	0	0	3	4	3	2
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

GRÁFICO 9  
Distribuição da Amostra por Sexo quanto à Procedência das Informações



como meio de informação apenas entre as mulheres.

Os meios de comunicação foram a categoria de resposta mais abordada entre os adolescentes entrevistados, sendo a televisão o meio de informação mais citado. Ao que tudo indica, a televisão constitui-se no veículo de informação mais acessível em nossa sociedade, independentemente da classe econômica.

### 3.6. Relação entre afetividade e sexo

Dentro da amostra de adolescentes que possuíam atividade sexual – 30% da amostra total – verificou-se que 100% dos adolescentes do sexo feminino relacionam de fato afetividade e sexo (sexo com envolvimento afetivo mais profundo e com parceiro fixo) e entre a amostra de adolescentes do sexo masculino 67% não relacionam sexo ao envolvimento afetivo (sexo por prazer e de acordo com o momento), e apenas 33% relacionam afetividade e sexo, sendo que estes possuem namoradas.

Constatamos que poucos adolescentes entre-

vistados possuíam atividade sexual e, na maioria das vezes, com parceiro fixo.

Para os adolescentes de ambos os sexos, a afetividade influencia a percepção do risco, gerando sentimentos de ansiedade e incertezas frente ao perigo. A idealização do outro gera

fantasias de que o risco não está presente na pessoa idealizada, afastando de maneira ilusória a possibilidade de contaminação, como uma forma de controlar e manipular o ambiente e os fatores de risco.

### 3.7. Formas de prevenção utilizadas pelos adolescentes

Entre os adolescentes, 81,82% do sexo masculino e 69,44% do sexo feminino, afirmam que houveram mudanças em sua forma de pensar sobre a prevenção frente à possibilidade de um ato sexual, sendo que para 18,18% e 30,56 dos entrevistados, respectivamente, nada mudou. Os adolescentes que afirmaram que nada mudou, justificaram suas respostas, alegando não possuírem comportamento de risco.

TABELA 10  
*Distribuição Geral da Amostra quanto à Relação entre Afetividade e Sexo*

AFETIVIDADE E SEXO	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sim	18	33	72	100	90	71
Não	37	67	0	0	37	29
<b>TOTAL</b>	55	100	72	100	127	100

TABELA 11  
*Distribuição Geral da Amostra quanto às Mudanças de Atitudes em Relação à Prevenção*

MUDANÇAS DE ATITUDES	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sim	45	81,82	50	69,44	95	74,80
Não	10	18,18	22	30,56	32	25,20
<b>TOTAL</b>	55	100	72	100	127	100

#### 4. CONCLUSÕES

De modo geral, verificamos que os adolescentes possuem um bom nível de conhecimento, sendo adequado e suficiente, apesar da existência de algumas concepções ainda equivocadas e preconceituosas. Algumas dessas concepções são construídas a partir de conceitos populares, mal elaborados, incorporados como verdades.

O adolescente busca se integrar no grupo, dividindo informações com colegas, família, de modo a formar uma identidade própria. Muitas vezes, parte de conceitos externos, fragmentados, nem sempre pertinentes, construindo sua própria visão de mundo.

Os adolescentes entrevistados apresentaram interesse e demonstram conhecimento sobre a SIDA. No entanto, nas questões específicas quanto a contaminação e prevenção, o nível de conhecimento diminuiu, ativeram-se mais a uma categoria de resposta, principalmente a sexual. No que se refere à prevenção, citaram basicamente o uso de camisinha, o que contribuiu significativamente para a queda no nível de informação em relação a esse item.

A procedência das informações se deu principalmente através da mídia. Nos dias de hoje, não se pode contestar a grande influência da televisão nos lares de todas as camadas da população. Conforme Waideman (1997),

*«os meios de comunicação estimulam condutas comportamentais que privilegiam o erotismo, o culto ao corpo, o prazer pelo prazer físico, o sexo como artigo de consumo, ao mesmo tempo em que a sociedade como um todo ainda tem pouco a oferecer em termos de garantias físicas, psicológicas e sociais para que os adolescentes, homens e mulheres possam com tranqüilidade usufruir da sua sexualidade» (p. 10).*

Os adolescentes freqüentemente imitam o que é veiculado nos meios de comunicação, por isso consideramos importante que a mídia divulgue continuamente campanhas preventivas sobre SIDA, visto que estas ocorrem poucas vezes por ano e em épocas determinadas, como por exemplo no carnaval.

A escola também denotou ocupar um papel importante na vida desses adolescentes, tendo si-

do apontada como meio válido de veiculação de informações. Devemos ressaltar o fato que, a maioria da amostra haver sido entrevistada dentro do ambiente escolar.

A família e os amigos, também constituem-se em importante fonte de conhecimento sobre sexualidade, SIDA e riscos. Tais influências contribuem para o aumento no potencial crítico do adolescente, mas também para o aumento considerável de mitos sobre a doença.

Segundo Waideman (1997) cada adolescente possui uma história, uma família, valores sexuais e morais e, é nesse meio que ele vem construindo sua subjetividade. A relação com os pais é primordial no estabelecimento de posteriores relacionamentos, sendo de extrema importância na definição da vida futura do adolescente.

Nessa pesquisa constatamos significativa influência da orientação sexual dada pela família aos adolescentes. Entretanto essa orientação muitas vezes se resumia à tentativa de postegar o início de uma vida sexual ativa, se distinguindo muito mais por um caráter de repressão e adiamento do que de educação sexual propriamente dita. Sendo assim, podemos deduzir que o baixo índice de adolescentes que declararam possuir relação sexual nessa amostra, possa vir a ser decorrente desse fato. Considerando esse dado bastante significativo, propõe-se que seja realizada uma pesquisa para verificação dessa hipótese.

Nas adolescentes do sexo feminino que alegaram não adotar formas de prevenção, a maioria possuía atividade sexual, com parceiros fixos, em que a afetividade se encontrava presente. Dessa forma, acreditavam não estarem expostas à SIDA e consideravam reduzida e afastada de si a possibilidade de contaminação. Isto pode ter contribuído para a diminuição, em relação ao outro sexo, no nível de informação em relação à prevenção e as formas de prevenção utilizadas, visto que entre os adolescentes do sexo masculino, a relação entre afetividade e sexo não se mostrou tão relevante. Entretanto encontramos respostas de adolescentes que mantinham relações sexuais esporádicas e sem parceiro fixo, não utilizando, na maioria das vezes, formas de prevenção, apesar de as conhecerem.

Constatamos muitas respostas de adolescentes que afirmaram que não mudaram o comportamento em relação à prevenção da SIDA, alegando que iniciaram ou iniciarão sua prática sexual

com o conhecimento das formas de contaminação e prevenção da SIDA, portanto, não há o que se falar em mudança.

No entanto, apesar da informação que demonstraram e da prevenção que alegam possuir, constatamos um alto nível de adolescentes grávidas (707.750 entre 10 e 19 anos no ano de 1996, FOLHA, dia 03 de maio de 1998) e o constante aumento da incidência HIV entre adolescentes brasileiros.

Segundo Gorayeb (1990) é de importância o desenvolvimento de programas de promoção de saúde entre adolescentes e crianças, em situação escolar utilizando-se professores e profissionais de saúde na transmissão de informações. Conforme esse autor, as campanhas do Ministério da Saúde relativas à prevenção de SIDA, são insignificantes e pouco extensas, sem contato direto com os indivíduos e portanto ineficazes para mudar o comportamento sexual das pessoas, apesar de serem efetivas na conscientização dos fatos sobre SIDA.

Por outro lado, a SIDA é uma doença que envolve não somente aspectos fisiológicos mas, relações com as pessoas, afetos e valores nas ações do cotidiano, por este fato deve estar mais associado à vida. Apesar da significância deste aspecto, esse tem sido sistematicamente negligenciado.

Com base em nossa pesquisa e as realizadas por Paiva (1995), Gorayeb (1990) e Waideman (1997), consideramos relevante a elaboração de programas de intervenção com adolescentes visando mudanças comportamentais futuras e não somente campanhas informativas. Verificamos que somente a conscientização da prevenção não garante a concreta mudança de comportamento, esse programa deveria possuir, predominantemente, caráter educativo. Utilizando-se de uma linguagem compreensiva, objetivando não somente o conhecimento, mas também propiciando tomada de decisões e, conseqüentemente, uma ação mais efetiva e responsável. Ressaltamos a importância da função da escola como um espaço privilegiado e do professor enquanto multiplicador de conhecimentos, por se constituir num modelo para os alunos, realizando um trabalho conjunto com profissionais da área da psicologia e da saúde. Acreditamos, dessa maneira, que o adolescente além de se conscientizar estará preparado para realmente se prevenir.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de SIDA (1988). *Ação Anti-AIDS*. Rio de Janeiro: Exemplar n.º 1, p. 4.
- Adamo, F. A. et al. (1987). *Juventude: Trabalho, saúde e educação*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Béria, J. U., Jones, K. C., Weiderpass, E., Lima, M. S., Gigante, D. P., Silva, R. T., Machado, J., & Kadri, A. E. (1995). *Adolescentes e HIV/AIDS: Um desafio epidemiológico*. Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPEL. Pelotas/RS, ago.
- Gorayeb, R. (1990). *Conhecimentos, atitudes e comportamentos de estudantes de primeiro e segundo graus de Ribeirão Preto sobre fatores de risco à sua saúde*. São Paulo: Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Jeolás, L. S. (1995). Evolução da sexualidade no adolescente. *Boletim 29*. Universidade Estadual de Londrina.
- Jeolás, L. S. (1995). A modernidade e o risco do HIV/AIDS na adolescência: Contribuições da Antropologia. *Boletim 29*. Universidade Estadual de Londrina, Jul/Dez.
- Jersild, A. T. (1967). *Psicologia da adolescência*. São Paulo: Nacional.
- Marco, T. de (1988). O que você precisa saber para poder reconhecer a AIDS. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 15 maio 1988. Caderno Especial, p. 4.
- Nunes, I., & Mineiro, P. (1988). AIDS, a peste do século. *Cadernos do Terceiro Mundo*, 11 (108), 48-57.
- Paiva, V. (1995). *Fazendo arte com a camisinha: a história de um projeto de prevenção da AIDS para jovens*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade Estadual de São Paulo.
- Saito, M. I. (1996). Sexualidade, adolescência e orientação sexual: Reflexões e desafios. *Revista de Medicina*.
- Terríveis Ameaças (1982). *Problemas Brasileiros*. 289, 25-27.
- Tiba, I. (1986). *Puberdade e adolescência: desenvolvimento bio-psico-social*. São Paulo: Ágora.
- Veronesi, R. (1991). *Doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Waideman, M. C. (1997). *Sexualidade, AIDS e adolescência no espaço escolar contemporâneo: A família não fala, o adolescente pede, e a escola....* Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília – UNESP. Marília/SP.
- Wüsthof, R. (1994). *Descobrir o sexo*. São Paulo: Ática.
- Zagury, T. (1996). *O adolescente por ele mesmo*. Rio de Janeiro: Record.

## RESUMO

Atualmente existe um grande número de pessoas contaminadas com o vírus da SIDA, manifestando sintomas entre os 20 e 30 anos. Como o vírus pode ficar inativo no organismo por anos, existe a possibilidade da contaminação ter ocorrido na fase da adolescência. Com o objetivo de obter maior conhecimento sobre a relação entre adolescência e SIDA, foram realizadas entrevistas com uma amostra de 127 adolescentes na faixa etária dos 13 aos 20 anos. Foi utilizado um questionário contendo 22 perguntas. Resultados obtidos revelaram que 67% dos entrevistados apresentaram um nível bom de informação em relação ao conhecimento da SIDA. Em relação ao conhecimento sobre as formas de contaminação o sexo masculino apresentou um bom nível e o o sexo feminino apresentou um nível regular. Quanto às formas de prevenção, 51% dos entrevistados denotaram um nível regular. Sobre a procedência das informações, constatou-se que o maior percentual encontrou-se nos meios de comunicação, seguido da escola. Verificou-se que entre os adolescentes, 100% do sexo feminino relacionavam afetividade e sexo, enquanto que entre o sexo masculino, 67% não faziam essa relação. A maioria afirmou que houveram mudanças no comportamento relativas à prevenção. De um modo geral pode-se concluir que os adolescentes apresentaram um nível de conhecimento adequado e suficiente sobre a doença, apesar da existência de algumas concepções equivocadas e preconceituosas.

*Palavras-chave:* Adolescência, sexualidade, SIDA.

## ABSTRACT

There is a great number of people contaminated by the AIDS virus with the symptoms manifesting between 20 and 30 years of age. The virus keeps dormant in the body for years, with the possibility of the contamination been done during the adolescence period. With the objective of obtaining more knowledge between adolescence and AIDS, interviews were conducted with 127 teenagers between the age of 13 and 20. A questionnaire of 22 questions was used. The results reviewed that 67% presented a good knowledge of AIDS. In regards to the ways of contamination the masculine sex presented a good level of knowledge in relation to the feminine that was medium. 51% of the group presented an average level of information on how to prevent AIDS, revealing that the information came via the media, followed by the school. It was noted that 100% of the feminine sex related affection with sex and 67% of the masculine sex did not make this connection. The majority said that there were behaviour changes in relation to prevention. In general, it can be concluded that teenagers have an adequate and sufficient level of knowledge about the illness although demonstrating a certain degree of wrong and prejudiced concepts.

*Key words:* Adolescence, sexuality, AIDS.

# ANEXO

## QUESTIONÁRIO

**Dados de Identificação:** \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Renda Familiar: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

- 1) O que é AIDS?
- 2) Como soube?
- 3) Como uma pessoa pode se contaminar com o vírus da AIDS?
- 4) Quais são os métodos de prevenção da AIDS?
- 5) AIDS tem cura?
  - 5.1.) Por que você pensa assim?
- 6) Conhece alguém contaminado?
  - 6.1.) Mantém contato com essa pessoa?
- 7) O que mudou em sua vida ao tomar conhecimento da AIDS?
- 8) E as pessoas (amigos) com quem se relaciona mudaram o comportamento em relação à prevenção da AIDS?
- 9) Já teve relações sexuais? (Homo/Hetero/Bissexual)
- 10) Usa camisinha? Com que frequência?
- 11) Tipo de relação sexual (Oral/Anal/Vaginal)?
- 12) Número de parceiros?
- 13) Houve mudanças nos hábitos sexuais?
- 14) Existe (ou existia) vínculo afetivo com as pessoas com quem mantinha relações sexuais?
- 15) Tem namorado (a) ou você «fica»?
- 16) Só transa com o namorado?
- 17) O que é esse «ficar»?
- 18) Já usou ou usa drogas? Bebe? Fuma?
  - 18.1.) Quais? Via?
- 19) Já fez transfusão de sangue?
- 20) Já fez teste anti-HIV? Por quê?
  - 20.1.) Qual foi o resultado?
- 21) Como se contaminou?
- 22) Toma alguma medida para evitar a propagação da doença? Qual?