



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**VULNERABILIDADE À AIDS: UM ESTUDO DAS CRENÇAS DE ADULTOS
JOVENS EM CONTEXTO UNIVERSITÁRIO**

ALINE ARRUDA DA FONSECA

João Pessoa, setembro de 2013

ALINE ARRUDA DA FONSECA

**VULNERABILIDADE À AIDS: UM ESTUDO COM ADULTOS JOVENS EM
CONTEXTO UNIVERSITÁRIO**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Social, sob a Orientação da Profa Dra **Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli**

João Pessoa, setembro de 2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**VULNERABILIDADE À AIDS: UM ESTUDO DAS CRENÇAS DE ADULTOS
JOVENS EM CONTEXTO UNIVERSITÁRIO**

BANCA AVALIADORA

Profa. Dra Ana Alayde Werba Saldanha – UFPB
(Orientadora)

Profa. Dra Maria da Penha de Lima Coutinho – UFPB
(Leitora – Membro interno)

Prof. Dr. Natanael Antonio dos Santos – UFPB
(Membro interno)

Profa. Dra Cristiane Galvão Ribeiro - UNIPÊ
(Membro externo)

Profa Dra^a Regina Ligia Wanderlei de Azevedo – Faculdade Maurício de Nassau
(Membro externo)

**“TRAGA DÚVIDAS E INCERTEZAS, DOSES DE
ANSIEDADE, CONSTRUA E DESCONSTRUA
HIPÓTESES, POIS AÍ RESIDE A BASE DO
PENSAMENTO CIENTÍFICO DO NOVO SÉCULO.
UM SÉCULO CANSADO DE VERDADES, MAS
SEDENTO DE CAMINHOS”**

(CLÁUDIA WERNECK)

DEDICATÓRIA**PARA CARMÉLIO, QUE NÃO PÔDE ESTAR AQUI**

AGRADECIMENTOS

Durante a realização desta tese aconteceram fatos importantes e marcantes. E acredito que cada um deles teve seu propósito. Algumas perdas importantes, meu pai silêncio sempre presente, com orações e sorrisos de aprovação, a pessoa que menos falou e mais se expressou em minha infância. Meus avós, pessoas de grande alegria e carinho em minha vida, com todos os ensinamentos tradicionais e transformadores que bem pude acompanhar. O nascimento de meus sobrinhos, que renovaram a alegria da vida, acontecimentos que fazem parte do ciclo da vida.

Mas em cada um deles, pude contar com a presença de pessoas especiais em minha vida, alguns bem próximos geograficamente, outros menos, mas ainda assim em um carinho reconfortante.

Agradeço imensamente a Deus pela vida que tenho, as conquistas e os obstáculos necessários para meu crescimento, a renovação da fé cada vez que me senti perdida e confusa.

Minha mãe, que tantas vezes não compreendeu, mas sempre me apoiou, em todas as decisões e sempre acreditou.

Meus irmãos, pela parceria, conversas e confiança. Artur por me ensinar a ter garra, pela energia e pela infância sempre presente, Kaka, pelos almoços, cafés, risadas e desabafos e momentos de espera.

A linda Julia, que esteve presente em momentos fundamentais, pela admiração, pelas boas risadas e por uma ajuda determinada.

À Re, por caminhar comigo, por me mostrar, pela amizade, pelos sorrisos, por todos os telefonemas de preocupação, apoio, confiança e por tantos momentos de

companheirismo indescritíveis.

À Josy, por todas as falas cheias de conhecimento, encanto e paz, pela determinação aos objetivos, pelos ensinamentos e por ser forte, mesmo diante de tantas adversidades.

Flavitcho, pelas boas conversas e caminhada lado a lado.

Aos colegas do Núcleo Michael e Mayara, sempre dispostos a ajudar, sempre presentes, mesmo nos momentos em que eu não pude estar.

Aos meus amigos que tantas vezes ouviram minha frase mais comum: “depois da tese”. Gizele que espera tanto minha visita e Seleninha com seus insights sempre precisos.

Ao grupo Shiva Cia de Dança por todos os sorrisos, superações e torcida, por me mostrar o quanto a dança pode transformar positivamente a vida e pelos amigos que ganhei.

Ao casal de amigos Dejan que se fizeram presente, mesmo em segredo, pelos cafés, sorrisos e almoços.

Aos meus coordenadores de trabalho, pela compreensão e suporte: Suenny, Maio e Adriano, além da amizade construída.

Meu amigo e companheiro de estudos, Sócrates, pela amizade linda e pela ajuda necessária com uma atenção sempre doce.

Meu anjo Thiago, pela paciência, carinho e momentos de paz.

Aos estudantes que participaram desta pesquisa, sem eles não haveria essa construção. Agradeço também aos professores que permitiram a realização da pesquisa no momento da aula, sempre bem receptivos.

À profa. Ana Alayde por toda a orientação, paciência e amizade.

Profa. Penha, minha maior incentivadora para eu ter feito a pós-graduação, desde o início, quando eu ainda desconhecia este mundo acadêmico, por respeitar momentos difíceis e me ajudar a retomar a caminhada, minha eterna admiração e gratidão.

À profa. Cristiane Galvão pelos ensinamentos ainda antes do Mestrado e falar de conceitos sociais com tanta simplicidade.

Ao prof. Natanael dos Santos pela possibilidade de estudos desde o Mestrado.

Aos professores do Programa que ensinaram muito de minha profissão.

À CAPES pelo incentivo financeiro no início do Doutorado

SUMÁRIO

RESUMO	12
ABSTRACT	13
RESUMEN	14
LISTA DE TABELAS	15
LISTA DE FIGURA.....	16
LISTA DE SIGLAS	17
INTRODUÇÃO	18
PARTE I – MARCO TEÓRICO.....	24
CAPÍTULO I – VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS.....	25
1.1 Percepção de vulnerabilidade à Aids em adultos jovens em contexto universitário.....	26
1.2 Modelo da vulnerabilidade	29
1.3 Vulnerabilidade em universitários	35
CAPÍTULO II – ESTUDO DAS CRENÇAS E SUAS INFLUÊNCIAS NAS RELAÇÕES SOCIAIS	53
2.1 Crenças	54
2.2 Influência social e poder	55
2.3 O estudo das crenças na perspectiva de Krüger	58
2.4 Crenças societais	64
2.5 Sobre os estudos de comportamento que podem predispor a uma maior vulnerabilidade à Aids	66
PARTE II - ESTUDOS EMPÍRICOS	69
CAPÍTULO III – ESTUDO I – Propriedades Psicométricas das Escalas ...	70
3.1 Inttrodução.....	71
3.2 Método.....	72

3.2.1 Delineamento do estudo.....	72
3.2.2 Lócus da pesquisa	72
3.2.3 Participantes	72
3.2.4 Instrumento	73
3.2.5 Procedimento ético	73
3.2.6 Procedimento de coleta dos dados	74
3.2.7 Procedimento de análise dos dados	75
3.3 Resultados	76
3.3.1 Resultados advindos do questionário sociodemográfico (primeiro módulo).....	76
3.3.2 Propriedades Psicométricas da Escala de Crenças sobre o Uso de Preservativo (segundo módulo)	78
3.3.3 Propriedades Psicométricas da Escala de Crenças acerca da Aids (terceiro módulo)	84
3.4. Discussão dos Resultados	88
CAPÍTULO IV - ESTUDO II – Crenças e práticas preventivas em relação à Aids: influências para a vulnerabilidade	92
4.1 Introdução.....	93
4.2 Método.....	94
4.2.1 Tipo de estudo.....	94
4.2.2 Lócus da pesquisa	94
4.2.3 Participantes	94
4.2.4 Instrumento	95
4.2.5 Procedimento ético	96
4.2.6 Procedimento de coleta dos dados	96
4.2.7 Procedimento de análise dos dados	96
4.3 Resultados	98
4.3.1. Práticas Sexuais e Preventivas	98
4.3.2. Associação entre variáveis de interesse e os fatores associados à vulnerabilidade	106
4.3.3. Crenças sobre a Aids	108

4.3.4. Relação entre variáveis sociais e psicológica na prática preventiva ..	110
4.3.5. Explicações da Vulnerabilidade: análise categorial temática	113
4.4. Discussão dos Resultados	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS	158
APÊNDICE	172
ANEXO	179

RESUMO

A vulnerabilidade é entendida como a possibilidade de as pessoas adoecerem devido a condições diversas que são influenciadas pelo contexto em que elas estão inseridas. Considerando este quadro, esta tese tomou como ponto de partida o interesse em saber como os jovens se comportam frente à possibilidade de contrair o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, buscando-se analisar o comportamento de pessoas com melhores condições de acesso a informações, por estarem inseridas no ensino superior, arena de conhecimento e trocas de informações científicas. Neste sentido, esta tese teve como objetivo analisar as crenças e práticas preventivas de adultos jovens em contexto universitário acerca da Aids enquanto fatores que podem predispor à vulnerabilidade. Para atingir o objetivo proposto, decidiu-se realizar dois estudos empíricos. O Estudo 1 teve como objetivo conhecer as propriedades psicométricas da Escala de crenças em relação ao uso do preservativo e da Escala de crenças sobre a Aids e as delimitações operacionais das variáveis de interesse e categorias analíticas do estudo, considerando respostas de adultos jovens de seis instituições de ensino superior do Estado da Paraíba, sendo quatro públicas e duas privadas. O instrumento utilizado foi um questionário estruturado, autoaplicável, organizado em três módulos que contemplaram as características sociodemográficas, crenças acerca da Aids e do uso do preservativo. Fizeram parte da amostra 500 estudantes universitários com idade de 20 a 29 anos ($M=22,4$; $DP=2,37$), sendo 63% do sexo feminino. Os resultados evidenciaram adequações psicométricas das escalas, coerente com a proposta do Estudo 1. O Estudo 2 objetivou: Descrever as Práticas Sexuais e Preventivas dos participantes; Identificar as diferenças entre os sexos em relação às práticas preventivas, crenças acerca da Aids e do uso de preservativo e percepção de vulnerabilidade; Examinar a influência das crenças acerca da Aids e crenças acerca do uso de preservativo na prática preventiva (uso de preservativo) e percepção de vulnerabilidade; Examinar a relação de variáveis sociais (informações, status socioeconômico e religiosidade) e psicológica (percepção de risco) na prática preventiva; Analisar as explicações dos participantes acerca da vulnerabilidade dos jovens ao HIV/Aids. Utilizou-se um questionário estruturado, dividido em cinco módulos referentes às práticas sexuais e preventivas, vulnerabilidade, acesso às informações e explicações atribuídas ao comportamento de vulnerabilidade à Aids. O perfil da amostra foi o mesmo utilizado no Estudo 1. Os dados evidenciaram crenças negativas sobre o uso do preservativo. Sobre a possibilidade de se contaminarem 20% responderam afirmativamente. A partir destas crenças, foi questionado sobre o acesso à informação acerca da Aids, assim, 83% afirmaram receber informações, contudo referiram a transmissão da Aids através de utensílios domésticos (29%), mostrando que muitos ainda têm dúvidas em relação a Aids (61%). Foi verificado que quanto maior a percepção de vulnerabilidade, as crenças positivas sobre o preservativo e a possibilidade de acesso ao insumo, maior a prática preventiva. A religiosidade foi analisada de forma negativa, prejudicando o uso de preservativo. As explicações dadas pelos estudantes sobre os jovens não fazerem uso de métodos preventivos ao HIV/Aids esteve associada à ideia de invulnerabilidade e imaturidade por parte destes jovens. Isso inclui as crenças em relacionamentos considerados saudáveis. Conclui-se que é necessário que haja mais informação sobre prevenção ao HIV/Aids, incorporada nas práticas do dia a dia, nas dinâmicas relacionais, e que a partir do acesso à informação haja maior prevenção, buscando uma modificação nos cenários das interações sociais.

Palavras-chave: Vulnerabilidade, HIV/Aids, estudantes universitários.

ABSTRACT

Vulnerability is perceived as the possibility of one getting sick due to various conditions that are influenced by their particular context. This assertion and the interest in how young people behave towards the possibility of contracting the Human Immunodeficiency Virus – HIV were the starting point of the present study, analyzing the behavior of subjects with better access to information in higher education institutions, the locus of knowledge and exchange of scientific information. The study aimed to examine the beliefs and prophylactic practices of young adults inside the university system about AIDS as factors that may predispose to vulnerability. To reach that goal, two empirical studies were conducted. Study 1 aimed to assess the psychometric properties of condom use Beliefs Scale and AIDS Beliefs Scale and the operational boundaries of the variables of interest and analytical categories of the study, based on the feedback of young adults from six higher educational institutions in the State of Paraíba; four public and two private ones. Data were collected using a self-administered structured questionnaire, organized into three modules that involved sociodemographic characteristics, common beliefs about AIDS and condom use. The sample consisted of 500 university students aged 20-29 years ($M=22.4$, $SD=2.37$), 63% female. The results showed psychometric adequacy of scales, consistent with the Study1 proposal. Study 2 sought to describe sexual and prophylactic practices of the subjects; identify gender differences concerning prophylactic practices, AIDS and condom use beliefs and perception of vulnerability; examine the influence of AIDS and condom use beliefs in prophylactic practice (condom use) and vulnerability perception; examine the influence of the social (information, socioeconomic status and religion) and psychological (risk perception) variables on prophylactic practice; analyze the participants' statements about young people's vulnerability to HIV/AIDS. A structured questionnaire was used, divided into five modules: sexual practices, prophylactic practices, vulnerability, access to information and statements about vulnerability to HIV/AIDS. The sample profile was the same employed in Study 1. The results showed negative beliefs about condom use and 20 % responded affirmatively about the possibility of getting contaminated. When asked about access to information about AIDS, even though 83% reported having enough information, 29 % referred to AIDS transmission through household items, indicating that many still have doubts about AIDS (61%). The study also found that the greater the perception of vulnerability, positive beliefs about condoms and its possibility of access, the greater the prophylactic practice. Religiosity was negatively assessed, inhibiting condom use. The statements given by the students on the reasons young people do not use prophylactic methods against HIV/AIDS was associated with the idea of their invulnerability and immaturity, which also includes beliefs in presumably healthy relationships. The conclusion is that more information on HIV/AIDS prevention is called for, incorporated in everyday practices and relational dynamics, and that the access to information shall provide greater prevention in order to modify the actual scenarios of social interactions.

Keywords : Vulnerability, HIV/AIDS, college students.

RESUMEN

La vulnerabilidad se entiende como la posibilidad de que las personas se enfermen debido a las distintas condiciones que se ven influidas según el contexto en que están insertadas. A partir de este marco, esta tesis tuvo como punto de partida el interés en cómo los jóvenes se comportan con la posibilidad de contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, tratando de analizar el comportamiento de las personas con un mejor acceso a la información, integrantes del campo de la educación superior, espacio de los conocimientos y del intercambio de información científica. En este sentido, esta tesis tuvo como objetivo examinar las creencias y prácticas de prevención de los adultos jóvenes en un contexto universitario sobre el sida como factores que pueden predisponer a la vulnerabilidad. Para lograr el objetivo propuesto, se decidió llevar a cabo dos estudios empíricos. El Estudio 1 tuvo como objetivo evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Creencias sobre el uso del condón y la Escala de Creencias sobre el sida y los límites operacionales de las variables de interés y las categorías de análisis del estudio, basado en las respuestas de los adultos jóvenes de seis instituciones de educación superior en el Estado de Paraíba; cuatro públicas y dos privadas. El instrumento utilizado fue una encuesta estructurada, autoadministrada, organizada en tres módulos que incluyen las características sociodemográficas, las creencias sobre el sida y el uso del condón. La muestra estuvo conformada por 500 estudiantes universitarios entre 20 a 29 años de edad ($M=22,4$, $DS=2,37$), 63% de mujeres. Los resultados mostraron la adecuación de las escalas psicométricas, en consonancia con la propuesta del estudio 1. El estudio 2 tuvo como objetivo describir las prácticas sexuales y preventivas de los participantes, identificar las diferencias entre los sexos en relación con las prácticas preventivas, las creencias sobre el sida, el uso del condón y la percepción de la vulnerabilidad; examinar la influencia de las creencias sobre el sida y las creencias sobre el uso del preservativo en la práctica preventiva (uso del condón) y la percepción de vulnerabilidad, examinar la relación entre las variables sociales (información, situación socioeconómica y religión) y psicológicas (percepción del riesgo) en la práctica preventiva, analizar las explicaciones de los participantes acerca de la vulnerabilidad de los jóvenes ante el VIH/ sida. Se utilizó una encuesta estructurada dividida en cinco módulos correspondientes a las prácticas sexuales, prácticas preventivas, la vulnerabilidad, el acceso a la información y explicaciones al comportamiento de la vulnerabilidad al sida. Se utilizó el mismo perfil del Estudio 1. Los datos indican creencias negativas sobre el uso del condón. Acerca de la posibilidad de contaminarse, el 20% respondió afirmativamente. Con base en estas creencias, se ha interrogado acerca del acceso a la información sobre el sida y el 83 % informó que tenía suficientes informaciones, sin embargo, hacían referencia a la transmisión del sida a través de objetos de uso cotidiano (29%), mostrando que muchos todavía tienen dudas acerca del sida (61%). Se encontró que a mayor percepción de vulnerabilidad, creencias positivas acerca de los condones y posibilidad de acceso al material, mayor es la práctica preventiva. La religiosidad se evaluó negativamente, al dificultar el uso del condón. Las explicaciones de los estudiantes sobre la no utilización de métodos de prevención contra el VIH/sida por los jóvenes se asoció con la idea de la invulnerabilidad y la inmadurez de parte de estos. Esto incluye creencias en las relaciones consideradas saludables. Llegamos a la conclusión de que es necesario que haya más información sobre la prevención del HIV/sida incorporada en las prácticas de la vida cotidiana, las dinámicas relaciones y que a partir del acceso a la información se pueda lograr una mayor prevención, con el intento de cambiar los escenarios de las interacciones sociales.

Palabras clave: Vulnerabilidad, VIH/sida, estudiantes universitarios.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Perfil dos Participantes	77
Tabela 2:	Média e Mediana dos Itens na Escala	78
Tabela 3:	Estrutura Fatorial da Escala de Crenças sobre o Uso do Preservativo	82
Tabela 4:	Correlação de cada item com os fatores da escala	83
Tabela 5:	Estrutura Fatorial da Escala de Crenças acerca da Aids	86
Tabela 6:	Correlação de cada item com os fatores da escala	87
Tabela 7:	Iniciação sexual	99
Tabela 8:	Uso do preservativo masculino	102
Tabela 9:	Avaliação do acesso ao preservativo	103
Tabela 10:	Média dos Fatores e Percentuais de Concordância à Escala de Crenças sobre o Uso de Preservativo	105
Tabela 11:	Associação entre as crenças e variáveis de interesse	106
Tabela 12:	Percepção de vulnerabilidade	107
Tabela 13:	Crenças Conservadora sobre a Aids	109
Tabela 14:	Avaliação do Acesso à Informação sobre a Aids	111
Tabela 15:	Coeficientes de correlações (r de Pearson) entre as variáveis ..	112

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Gráfico ilustrativo do teste <i>scree</i> de Cattell para a escala de crenças sobre o uso do preservativo	81
Figura 2:	Gráfico ilustrativo do teste <i>scree</i> de Cattell para a Escala de Crenças acerca da Aids	85
Figura 3:	Relação entre a idade do jovem e faixa etária do parceiro na iniciação sexual	100
Figura 4:	Quadro dos Fatores predisponentes para a vulnerabilidade	113
Figura 5:	Modelo de Explicações de Vulnerabilidade	115

LISTA DE SIGLAS

AIDS - *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

DIEESE - (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos)

DST – Doença sexualmente transmissível

HIV - *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

HSH - Homens que fazem sexo com homens

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMB - *Information – Motivation- Behavior*

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de informação de agravos de notificação

Siscel/Siclom - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais / Sistema de Controle Logístico de Medicamento

UDI - Usuários de drogas injetáveis

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

INTRODUÇÃO
.....

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tomou como ponto de partida o interesse em saber como os jovens se comportam frente à possibilidade de contrair o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV. Nesse sentido, buscou-se analisar o comportamento de pessoas com melhores condições de acesso a informações, por estarem inseridas no ensino superior, arena de conhecimento e trocas de informações científicas.

Alguns questionamentos surgiram a partir de então. Será que saber as formas de prevenção é suficiente para promover um comportamento preventivo? Teriam as crenças acerca da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) influência na percepção de vulnerabilidade dos jovens? Esta percepção de vulnerabilidade seria a mesma para o indivíduo e o modo como ele vê seu grupo de pertença? Que explicações estes jovens poderiam oferecer para uma continuidade de não se utilizar métodos preventivos? Assim, estas indagações foram motivadoras da realização da pesquisa, almejando novas possibilidades de adotar a prevenção ao HIV para os jovens, pois, como afirmaram Lima e Moreira (2008) a prevenção sempre foi necessária, mesmo com as afirmativas, por parte de muitos jovens, de conhecerem as formas de evitar a contaminação ao HIV, o comportamento preventivo não tem sido relatado nas práticas sexuais dos jovens.

Esta pesquisa tem como base as crenças acerca do uso do preservativo e as crenças construídas acerca da Aids, fundamentado no Modelo da Vulnerabilidade proposta por Ayres, França Junior, Calazanz & Saletti Filho (2003), e no estudo das crenças de Krüger (2011), visando analisar as percepções destes jovens sobre as formas

de transmissão do HIV, os cuidados e os tipos de prevenção que estes estudantes têm sobre a temática.

A justificativa deste estudo consiste no fato de que não apenas populações com um nível de escolaridade baixo ou menos favorecido economicamente têm se contaminado. Esta tese vem mostrar que também populações com escolaridade superior e melhor renda econômica, com melhores possibilidades de acesso a informações preventivas têm ainda crenças conservadoras sobre as formas de contágio e prevenção, podendo leva-los a situações de vulnerabilidade ao vírus da Aids. É preciso pensar nas formas como estas informações preventivas são absorvidas pelos estudantes, se são suficientes para modificar comportamentos que possam levar à vulnerabilidade ao HIV ou se promovem comportamentos de prevenção eficazes (Parker e Camargo, 2000; Villela e Doreto, 2006).

No Brasil é na população jovem que tem ocorrido o maior crescimento de casos novos de Aids (Brasil, 2012), o que levou o Governo Federal a lançar nas escolas públicas, onde já há um programa de educação sexual em curso, a distribuição de preservativos masculinos e femininos, aliada a um programa educativo para prevenção da gravidez não planejada e de prevenção à Aids. Pensando na população estudantil, o contexto acadêmico poderia influenciar na percepção de vulnerabilidade? Será que o fato de estar inserido em contexto universitário favorece o acesso às informações e divulgações sobre a prevenção? Existem fatores que podem levar a uma maior ou menor vulnerabilidade para esta população? Como ocorrem as negociações do preservativo nesta população historicamente conhecida por reivindicar diversos direitos, como melhoria na educação, saúde, política e transportes públicos, como recentemente (2013) tem-se visto nos movimentos nas ruas em todo o Brasil, sobre esta questão da

negociação do uso do preservativo, é comum encontrar narrativas relacionadas (Alves & Brandão, 2009; Moser, Reggiani & Urbanetz, 2007) às dificuldades ao manuseio, devido à ideia de incômodo do insumo e não aceitação por parte dos jovens em usá-lo.

Sobre o ingresso dos estudantes no ensino superior, Baseggio (2011), apresenta algumas diversificações: há alunos que se dedicam integralmente aos estudos e têm o perfil do curso, outros que apesar de conseguirem entrar não se identificam com o curso e ainda os que ingressam no ensino superior buscando ascensão social e o sonho da alta remuneração que o curso lhe proporcionará. Esta entrada no ensino superior tem ocorrido por pessoas de diferentes classes sociais e de diversas faixas etárias. A autora destaca ainda a participação das mulheres nos cursos de graduação, que, em números gerais, superou significativamente a presença dos homens, principalmente nas faculdades ligadas às áreas humanas, do direito e da saúde.

Em pesquisas com adolescentes foi constatado que eles tinham conhecimento sobre a transmissão do HIV (Azevedo, 2007; Ribeiro, 2013; Rios, 2002; Saldanha, Carvalho, Diniz, Freitas, Félix, Silva, 2008), baseado nessa informação, buscou-se investigar o porquê de os jovens de hoje continuarem tendo comportamentos que os colocam em situação de vulnerabilidade. Entendendo a vulnerabilidade como o “movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que estão implicados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção” (Ayres, França J., Calazans & Salletti Filho, 2003, p. 123). Considerando-se, para estas explicações o estudo das crenças, entendidas como qualquer afirmativa feita pelo indivíduo, baseada em sua experiência pessoal, que pode ser interna ou externa, sendo

apreendida dessa forma como representações mentais de processos cognitivos, afetivos, motivacionais e conotativos (Krüger, 2011).

Portanto, de acordo com o pressuposto de que apenas o conhecimento não tem sido suficiente é preciso ainda identificar o conjunto de características presentes no cotidiano dos jovens que os tornam mais vulneráveis à infecção pelo HIV. Além disso, o conhecimento sobre o HIV/Aids estaria realmente incorporado ao universo cognitivo dos jovens, de forma a compor suas relações sociais, comportamentos de vulnerabilidades e práticas de prevenção? É importante responder a estas questões, pois estes estudantes logo serão profissionais que irão se deparar com as questões da Aids, em seus diversos contextos sociais e profissionais.

Mediante o que foi previamente descrito, parece justificável tratar do tema vulnerabilidade ao HIV/Aids em adultos jovens avaliando o impacto que pode ter na prevenção dos jovens. Esta demanda suscitou a elaboração da presente tese que tem como foco o ambiente universitário, por este se constituir local de formação profissional e troca de conhecimentos. Concretamente, objetivou-se analisar as crenças e práticas preventivas de adultos jovens em contexto universitário acerca da Aids enquanto fatores que podem predispor à vulnerabilidade.

Para atingir o objetivo proposto, decidiu-se organizar a presente tese em duas partes. A primeira parte (Marco teórico), reúne dois capítulos. O capítulo 1 (Vulnerabilidade ao HIV/Aids), cuja finalidade é mapear este construto, trazendo definições e pesquisas que contribuam para conhecer as variáveis implicadas na prática preventiva, procurando evidenciar os aspectos individuais, sociais e programáticos; O capítulo 2 (Estudo das Crenças e suas influências nas relações sociais) procura discutir

as crenças que podem influenciar o comportamento que predispõe a vulnerabilidade ao HIV/Aids.

A segunda parte (Estudos empíricos) abrange dois capítulos, correspondendo aos estudos empíricos e a discussão geral. Especificamente, o capítulo 3 apresenta o Estudo 1 (Propriedades psicométricas das Escalas de crenças e delimitação das variáveis), tendo como objetivo conhecer as propriedades psicométricas da Escala de crenças em relação ao uso do preservativo e da Escala de crenças sobre a Aids e as delimitações operacionais das variáveis de interesse e categorias analíticas do estudo, considerando respostas de adultos jovens de seis instituições de ensino superior do Estado da Paraíba, sendo quatro públicas e duas privadas.

O capítulo 4 expõe o Estudo 2 (Crenças e práticas preventivas em relação à Aids: influências para a vulnerabilidade), que teve como objetivos: 1. Descrever as Práticas Sexuais e Preventivas dos participantes; 2. Identificar as diferenças entre os sexos em relação às práticas preventivas, crenças acerca da Aids e do uso de preservativo e percepção de vulnerabilidade; 3. Examinar a influência das crenças acerca da Aids e crenças acerca do uso de preservativo na prática preventiva (uso de preservativo) e percepção de vulnerabilidade; 4. Examinar a relação de variáveis sociais (informações, status socioeconômico e religiosidade) e psicológica (percepção de risco) na prática preventiva (uso de preservativo); 5. Analisar as explicações dos participantes acerca da vulnerabilidade dos jovens ao HIV/Aids.

Por fim apresenta-se as considerações finais, assim como os limites e os desdobramentos futuros, destacando-se a sua aplicabilidade para a Psicologia e demais Ciências Sociais e em seguida as referências, apêndice e anexo.

PARTE I – MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I
VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS

.....

1. VULNERABILIDADE AO HIV/Aids

1.1 Percepção de vulnerabilidade à Aids em adultos jovens em contexto universitário

“As revistas, as revoltas, as conquistas da juventude são heranças, são motivos pra mudanças de atitude. Os discos, as danças, os riscos da juventude, a cara limpa, a roupa suja esperando que o tempo mude.”

H. Gessinger

Quem é o adulto jovem? As pessoas estão em constante processo de desenvolvimento, mas, especialmente nesta fase, há uma maior propensão a pensar em relacionamentos íntimos e a interagir sexualmente, emergindo da busca da identidade para fundir sua identidade com a de outros (Papalia, Olds & Feldman, 2010).

O desenvolvimento adulto é extremamente diversificado, embora pareça caracterizar-se por duas necessidades básicas: a intimidade, alcançada por meio das amizades e dos relacionamentos amorosos e a produtividade, que geralmente se obtém por meio de um trabalho ou aprofundamento nos estudos (Berger, 2003). Para a autora, as amizades e as parcerias amorosas são duas fontes fundamentais de intimidade no início da idade adulta. Estes diversos relacionamentos íntimos têm em comum não só as necessidades psicológicas que eles suprem, mas também os comportamentos que exigem. Todos eles compreendendo uma progressão, desde a atração inicial até a estreita conexão, cada papel exigindo uma doação de si mesmo, uma abertura e algum tipo de vulnerabilidade.

Para a compreensão dos significados sociais das juventudes modernas e contemporâneas, o essencial não é delimitar de antemão a faixa etária da sua vigência Groppo (2004). A faixa etária compreendida pela juventude não tem, segundo o autor, um caráter universal, ela torna-se resultado das necessidades e representações das

sociedades sobre a sua própria dinâmica, sendo composta por um conjunto social que classifica indivíduos e normatiza seus comportamentos, definindo quais são seus direitos e deveres. Esta categoria configura-se no âmbito social, categorizando em grupos etários para uma melhor compreensão homogênea para simplificar e explicar os comportamentos sociais. Groppo (2004) afirma ainda que cada vez mais a juventude tem sido derivada da interpretação do momento cultural e social, sendo necessário, para compreendê-la, investigar aspectos sociodemográficos, como gênero, religião, condição econômica, etc.

Para determinar a faixa etária adotada na presente tese, toma-se como ponto de referência a Secretaria Nacional de Juventude (Brasil, 2007), que estabelece a juventude compreendendo a faixa etária dos 15 aos 29 anos. Contudo, para critério ético sobre a temática abordada, adotou-se a faixa etária dos 20 aos 29 anos, excluindo-se indivíduos que pudessem ser considerados adolescentes, que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (Brasil, 1993), compreende a faixa etária dos 12 aos 19 anos.

E como seria este adulto jovem no contexto universitário? Nos dias atuais, muito se tem comentado sobre a educação de adultos. No universo acadêmico, existe um conjunto de fatores que afetam a forma como os estudantes buscam seu conhecimento e formação. Um primeiro fator a ser destacado, de acordo com Zabalza (2004) é que o ensino é superior, mas o estado de conhecimento ainda está em formação, pois o estudante é aprendiz. Outro ponto importante destacado pelo autor é o processo de maior acesso à educação superior, devido ao aumento no número de cursos, aumento no número de instituições de ensino superior e Fundo de Incentivo ao Ensino Superior, oferecido pelo Governo Federal, além da concentração maior de estudantes em

determinados cursos, também foi assinalado por Osório (2009), o número de jovens que têm ingressado no ensino superior.

A presente tese estuda o adulto jovem, inserido no contexto universitário por ser um grupo que nem sempre é contemplado no campo das políticas de saúde pública, inclusive por pertencerem a um grupo social *a priori* com mais recursos disponíveis para a saúde. As pesquisas com estudantes universitários homogeneízam os aspectos socioculturais, minimizando diferenças constatadas quando comparados com outros grupos, mesmo assumindo as diferenças existentes entre os indivíduos (Wagner, Maggi, Souza & Souza, 2010).

Assim delimitada a população, passa-se, portanto, a buscar entender o objeto de estudo, que é a vulnerabilidade ao HIV/Aids em jovens. O termo vulnerabilidade, neste estudo, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo (Ayres et al., 2003). Neste sentido, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos. Além disso, o autor supracitado propõe que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como *lócus* de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades. Assim, é imprescindível apresentar como se dá o modelo de vulnerabilidade na perspectiva teórica de Ayres et al.(2003).

1.2 Modelo da Vulnerabilidade

Essas perspectivas teóricas, ora comentadas, estão relacionadas à construção do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde e é relativamente recente, estando estreitamente relacionada ao esforço de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco (Ayres et al. 2006). Surge a partir de estudos desenvolvidos por Mann, Tarantola e Netter (1993) ao apresentarem uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. Segundo estes autores, o comportamento individual seria o determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justificaria focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia.

Deste modo Mann et al (1993) propuseram, na época, uma estrutura de análise que incorporava o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social. O primeiro referia-se à autoavaliação, através de perguntas, que buscavam verificar o conhecimento, os comportamentos, o *status* social e o acesso à informação, avaliando como poderia ocorrer a transmissão da doença. A vulnerabilidade coletiva referindo-se à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia e a vulnerabilidade social consistia na avaliação das realidades sociais através de indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas.

Esse conceito de vulnerabilidade foi introduzido por Mann et al. (1993), por considerarem a multiplicidade de fatores envolvidos nas questões da Aids e pelo fato de uma pessoa poder estar envolvida em alguma situação que possa torná-la vulnerável. Os autores acrescentaram ainda que as possibilidades de metabolizar informações e o poder de incorporá-las a mudanças práticas não dependeriam somente dos indivíduos, mas

também de aspectos como acesso a meios de comunicação, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, etc. Todos esses aspectos deveriam ser, portanto, incorporados às análises de vulnerabilidade.

A partir destas pressuposições, Ayres (2000) questionou sobre os determinantes que vão além do comportamento voluntário e individual das pessoas. Ele afirmou que passar informações é importante, pois a informação é um elemento fundamental para identificar quais os conjuntos de condições que efetivamente limitam as chances de as pessoas adotarem comportamentos mais protegidos.

Surge então outra perspectiva de vulnerabilidade proposta por Ayres (2000), na qual o modelo de vulnerabilidade aponta para o fato de que as pessoas se infectam pelo HIV não porque assumam individualmente comportamentos de risco, queiram correr riscos, ou desejem se expor ao vírus. É preciso entender o comportamento de um modo mais complexo, que tenha relação com o modo de vida das pessoas, como elas reproduzem suas crenças socialmente. Verificar que não só o acesso à informação, mas também os aspectos de construção social, relações que estabelecem e como entendem estas dinâmicas estão envolvidos nos aspectos de vulnerabilidade à exposição ao HIV/Aids (Ayres et al., 2003).

Neste sentido, o uso do conceito de vulnerabilidade pode esclarecer que para discutir a relação de um indivíduo e demais membros que compõem sua rede de pertença social é necessário falar de algumas situações específicas, conforme afirmou Seffner (2012). Estas questões são: a inserção social e cultural do sujeito; como se estruturam suas relações interpessoais; o status econômico, não apenas do indivíduo, mas dos grupos em que circula e do país onde vive, sendo necessário ainda analisar

crenças e valores que estruturam sua vida, bem como perceber questões ligadas à sua autoestima e seu projeto de vida (Seffner, 2012). O conceito de vulnerabilidade relacionado à Aids, segundo Schaurich, Medeiros e Motta (2007, p. 287), precisa “transcender o enfoque individual, biologicista e unicamente epidemiológico para uma compreensão mais ampliada em que se consideram as interrelações entre o homem, a sociedade e o meio no qual se encontram inseridos”. Assim, o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade ao HIV/Aids foi descrito por Ayres et al. (2003) seguindo a ideia de que:

“De um modo geral, como um esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento” (p. 125).

Nessa tentativa de ampliar o conceito proposto por Mann et al. (1993), Ayres (2002), no Brasil, aponta que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, consequentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. O olhar do autor busca a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate à doença, no caso a Aids, ou vulnerabilidade programática. Atualmente foi proposto um quadro mais abrangente que acrescenta a Relação da Vulnerabilidade e os Direitos Humanos (Paiva, Ayres & Buchalla 2012). Considerando que as diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser particularizadas pelo reconhecimento de

três componentes interligados: o individual, o social e o programático ou institucional, que remete, como dito anteriormente, às seguintes questões de ordem prática: vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições? (Ayres et al. 2003).

No plano individual, considera-se que a vulnerabilidade a algum agravo está relacionada, basicamente, aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças. Esses comportamentos associados à maior vulnerabilidade não são entendidos e abordados, nesse quadro conceitual, como uma decorrência imediata da ação voluntária das pessoas, mas estão relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como o grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e ao poder para transformá-los, além disso, Ayres et al. (2003) acrescenta a dinâmica do sujeito em suas cenas cotidianas.

Os componentes da vulnerabilidade individual que têm sido pontuados são, fundamentalmente, de ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) e de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras) (Ayres et al., 2003). Assim os aspectos a serem considerados na análise de vulnerabilidade individual, em geral são: valores, interesses, crenças, credos, desejos, conhecimentos, atitudes, comportamentos, relações familiares, relações de amizade, relações afetivo-sexuais, relações profissionais, situação material, situação psicoemocional, situação física, redes e suportes sociais (Ayres et al., 2003), que embora tenham um aspecto social, são introjetados por cada indivíduo particularmente.

O componente social da vulnerabilidade envolve a análise das relações sociais, os aspectos culturais, as relações que os indivíduos estabelecem e o acesso que eles têm aos direitos comuns de educação, justiça, emprego, cultura, dentre outros (Ayres et al., 2003). O acesso às informações, as possibilidades de metabolizá-las e o poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana, condições estas diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens, dentre outras, que precisam então ser incorporadas às análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos às quais elas dão sustentação (Ayres et al., 2003).

Importante ressaltar que alguns aspectos devem ser considerados na análise da vulnerabilidade social, como: normas sociais, referências culturais, relações de gênero, relações de raça, etnia, relações entre gerações, normas e crenças religiosas, estigma e discriminação, emprego, salários, suporte social, acesso à saúde, acesso à educação, acesso à justiça, acesso à cultura, lazer e esporte, acesso à mídia, liberdade de pensamento, liberdade de pensamento e expressão, participação política e cidadania (Ayres et al. 2003).

O componente institucional ou programático da vulnerabilidade conecta os componentes individual e social. Envolve a análise das relações governamentais e o direito à saúde (Ayres et al., 2003), o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado. De acordo com o referido autor, os aspectos programáticos incluem: Compromisso político dos governos, definição de políticas específicas, planejamento e avaliação das políticas, participação social no planejamento e avaliação, recursos

humanos e materiais para as políticas, governabilidade, controle social, sustentabilidade política, institucional e material da política, assim como outros fatores referentes aos serviços de saúde com qualidade.

O componente programático orienta a situar as dimensões educativas para além do caráter normativo e centrado no objeto, levando-nos a articular as intervenções em saúde e as ações programáticas e, principalmente, a repensar o cuidado em saúde enquanto encontro de sujeitos. Nesse encontro de sujeitos é extremamente importante levar em consideração elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento, articulando "a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço" (Ayres et al., 2003, p. 127).

Articulados entre si, os três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram as pessoas que não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas. Cada um desses planos pode ser tomado como referência para interpretar-se também outros agravos, além da Aids. Essa abordagem pode ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que podem ser úteis para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade (Ayres et al., 2003). Destarte, segundo Sánchez e Bertolozzi (2007),

O modelo de vulnerabilidade que interliga os aspectos individuais, sociais e programáticos reconhece a determinação social da doença e se coloca como um convite para renovar as práticas de saúde, como práticas sociais e histórias, envolvendo diferentes setores da sociedade (p. 322).

Assim, é necessário superar estudos que restringem as análises à perspectiva da multifatorialidade e ocultam a complexidade das verdadeiras causas da doença. Assim a vulnerabilidade deve levar em consideração a dimensão relativa ao indivíduo e o local social por ele ocupado, propondo outras perspectivas de abordagem, como a programática e a social, permitindo a integralização da análise da situação de saúde e de diferentes possibilidades de intervenção, sempre contemplando a participação dos indivíduos (Sanchez & Bertolozzi, 2007). Neste sentido, o indivíduo na presente tese é o ser social no contexto universitário, o estudante que se insere não só na busca do conhecimento, mas na troca de vivências, nas construções acadêmicas que envolvem conhecimento, crescimento, amizade e perspectivas futuras.

1.3 Vulnerabilidade em Universitários

Dentro da perspectiva estudada sobre a vulnerabilidade ao HIV em universitários, é necessário conhecer, como alguns estudos têm apontado, a amostra estudada considerando os possíveis aspectos individuais, sociais e programáticos em que estes indivíduos estão inseridos. Dessa forma, buscou-se verificar estudos na área, apresentando seus contextos.

As vulnerabilidades apresentadas por jovens universitários ao HIV são diversas, e podem envolver situações como a precocidade da iniciação sexual, a necessidade de aceitação e inserção em grupos sociais, como um grupo que valorize a prática sexual, além do crescente consumo de álcool e outras drogas e questões de gênero (Bezerra, Chaves, Pereira & Melo, 2012; Santos & Oliveira, 2009). Além disso, há menor preocupação com a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis (DST) do que com

a prevenção da gravidez, mesmo quando os jovens estão bem informados, o que evidencia o caráter complexo da infecção pelo HIV a ser considerado durante as práticas de prevenção (Bezerra, Chaves, Pereira & Melo, 2012), estes itens apontam para uma necessidade de se pensar a prevenção da gravidez, quando não planejada e às DST's, pois hoje, como assinalado por Leta (2003) tem-se um número bem maior de mulheres no ensino superior.

Nesta sequência de transformações que o estudante passa quando entra no ensino superior (Papalia, Olds & Feldman, 2010), uma parcela significativa de jovens atravessa visíveis e rápidas mudanças de comportamento que têm potencial para comprometer suas vidas, incluindo novas responsabilidades, autonomia financeira, além de fatores negativos, como oportunidades de acesso às drogas e a prática do sexo inseguro, estes fatores têm levado, muitas vezes os jovens a adiarem a ideia do casamento, conforme assinalado por Riscado e Peres (2008). Em estudos realizados por Santos e Oliveira (2009), com universitários, foi verificado que os estudantes participantes de suas pesquisas, do curso de enfermagem não demonstraram estar preocupados com o risco de ser infectado por alguma doença sexualmente transmissível, embora não se possa atribuir essa falta de preocupação com a falta de informação ou conhecimento sobre a chance de ser infectado por essas doenças. Resultado semelhante também foi encontrado por Dessunti e Reis (2012) ao verificarem que os jovens de suas pesquisas não se percebiam como vulneráveis.

Sobre estes aspectos, um levantamento sobre o número de casos faz-se necessário para uma melhor compreensão da população estudada. Uma pesquisa de abrangência nacional, notificada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007), mostrou que quase 91% da população brasileira de 15 a 54 anos citou a relação sexual como forma

de transmissão do HIV e 94% citou o uso de preservativo como forma de prevenção da infecção. O conhecimento é maior entre as pessoas de 25 a 39 anos, entre os mais escolarizados e entre as pessoas residentes nas regiões Sul e Sudeste. Os indicadores relacionados ao uso de preservativos mostram que aproximadamente 38% da população sexualmente ativa afirmou ter usado preservativo na última relação sexual, independentemente da parceria. Este número chega a 57% quando se consideram apenas os jovens de 15 a 24 anos. O uso de preservativos na última relação sexual com parceiro eventual foi de 67%. A proporção comparável em 1998 foi de 63,7%. A série histórica relatada pelo Ministério da Saúde (2007) apontou que na Paraíba foram registrados casos de Aids em 149 municípios, correspondendo a quase 67% do total de municípios do estado (Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, 2007).

Paralelamente aos pontos apresentados, é preciso lembrar que a doença caminha em direção aos municípios de médio e pequeno porte do interior do país e que há predominância de transmissão via heterossexual. Esse quadro mostra uma heterossexualização, feminilização e interiorização da epidemia de HIV/Aids no Brasil (Saldanha et al. 2008).

Para verificar estas transformações da Aids, é preciso observar que desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, o Brasil tem 608.230 casos registrados. De 1980 a junho de 2012, no Brasil, foram notificados no SINAN (Sistema de informação de agravos de notificação), declarados no SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e registrados no Siscel/Siclom (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais/ Sistema de Controle Logístico de Medicamento) um total de 608.230 pessoas diagnosticadas com a síndrome, sendo 78.686 (12,9%) na Região Nordeste. Em 2010, do total de 34.218 casos notificados nos mesmo órgãos, 6.702 (19,6%) eram da

Região Nordeste. Destes casos, 518 foram registrados na Paraíba, de 1980 a 2012, em jovens de 15 a 24 anos e 629 novos casos registrados no ano de 2012, em jovens na faixa etária de 20 a 29 anos (Brasil, 2012). Os dados atuais (Boletim epidemiológico 2012) mostram que 2688 novos casos de Aids foram identificados em homens de 20 a 29 anos e 1452 mulheres na mesma faixa etária somente no ano de 2012 (até 30/06/2012) (Brasil, 2012).

Ao pensar nos dados citados anteriormente (Brasil, 2012), Villela e Doreto (2006) afirmam que uma pessoa pode tornar-se menos vulnerável se for capaz de reinterpretar criticamente mensagens sociais (como os valores do grupo, as relações sociais na universidade) que a colocam em situações de desvantagem ou falta de proteção, mas a sua vulnerabilidade pode aumentar se ela não tem oportunidades de ressignificar as mensagens emitidas ao seu redor. Em relação à população de universitários, Barbosa, Garcia, Manzato, Martins e Vieira (2006), apontam que além das questões sociais, o uso do preservativo, como método preventivo, é pouco frequente. Há, ainda, falhas na compreensão da transmissão das DST/HIV e a percepção de invulnerabilidade dos jovens. Contudo, Villela e Doreto (2006) mencionam que:

Usar o preservativo não é fácil. Encontros sexuais muitas vezes ocorrem entre pessoas que mantêm entre si uma relação erótica, mas também uma relação de poder mediada pelo gênero, pela classe social ou pela diferença de idade. Quem detém o poder tem mais chance de usar o preservativo, como também de não aceitar seu uso (p. 2471).

Além dos dados apresentados sobre a negociação do preservativo, a percepção que os jovens têm em relação às pessoas que vivem com o HIV/Aids também é ponto de interesse. Sobre isso, estudo realizado por Seidl, Ribeiro e Galinkin (2010), com o

objetivo de identificar opiniões de estudantes universitários a respeito pessoas das pessoas que vivem com HIV/AIDS, mostra que opiniões preconceituosas em relação às pessoas soropositivas parecem constituir, ainda, uma realidade entre uma parcela dos jovens universitários. Os autores verificaram ainda em seus estudos que a maioria das respostas não eram preconceituosas, contudo cerca de um terço dos participantes (N= 201) manifestou opiniões que podem redundar em restrição a direitos humanos e de cidadania de pessoas soropositivas para o HIV.

Destarte, a Universidade tem uma responsabilidade como instituição de ensino, sendo apontada por Seidl et al. (2010), como formadora de futuros profissionais em diferentes campos de atuação. Assim, os autores sugerem que tanto atividades acadêmicas como extracurriculares podem ser planejadas e implementadas, visando discutir o tema e modificar opiniões e atitudes preconceituosas em relação a pessoas vivendo com HIV/Aids, bem como a outros segmentos sociais estigmatizados. Na prática, ações preconceituosas se constituem em violência, com repercussões negativas sobre a qualidade de vida das pessoas atingidas.

Essas ações preconceituosas levam a um questionamento sobre o acesso à informação e o que é feito com ela. Em uma perspectiva histórica, coube à educação, para além de outros fatores sociais, a tarefa de incluir as pessoas que viviam excluídas da sociedade (como homossexuais e pessoas de baixa renda), tendo a educação um caráter que deve ir além do social, ou seja, desvinculado de qualquer tipo de interesse, projeto ou grupo social específico, mas servindo indistintamente a todos (Monteiro & Donato, 2012). Assim, a educação aparece com a responsabilidade de diminuir as desigualdades, tornando-se fator de desenvolvimento social, sem levar em conta

aspectos da estrutura social e de poder presentes na sociedade que determinam esta desigualdade.

Dentro deste processo de educação, ao se pensar a construção social das campanhas educativas sobre a prevenção ao HIV/Aids, desde o início dos estudos sobre a epidemia, processos educativos e meios de divulgação e comunicação de massa foram se multiplicando pelo Brasil, para informar a população como se prevenir da infecção por DST/HIV. O objetivo destas divulgações geralmente são o de buscar mudanças de comportamento individual, como ênfase na adoção de práticas de sexo seguro, entendendo-se aqui o uso de preservativos em todas as relações sexuais (Meyer & Félix, 2012). Contudo, para as autoras, essas abordagens educativas, focadas na transmissão de informações consideradas corretas e na mudança de comportamentos individuais, não consideravam os diversos contextos nos quais os sujeitos estão inseridos, como as condições socioeconômicas e culturais, as desigualdades de acesso a bens e de serviços sociais, as diferentes possibilidades de vivência da sexualidade e do prazer e as desigualdades nas relações entre homens e mulheres, para citar apenas alguns, que são constitutivos do que, nas duas últimas décadas, vem sendo nomeado e descrito como vulnerabilidade social.

É importante, contudo, levar em consideração que os adultos jovens, estudantes universitários, possuem conhecimento sobre as formas de contaminação ao HIV/Aids (Sampaio, Novo, Silva, Condi & Pinto, 2003; Santos & Oliveira, 2009). Este conhecimento é composto de informações adquiridas de forma voluntária e também involuntária, que transformam o modo como as pessoas entendem novos fatos e o conhecimento acumulado ao longo da vida, enquanto que as informações das

particularidades da epidemia de Aids é uma condição essencial para definir estratégias para lutar contra a sua progressão (Santos & Oliveira, 2009).

Ao se pensar como a Aids está no mundo, para a faixa etária estudada, alguns estudos são apresentados, como os realizados por Beer et al. (2012), que realizaram pesquisas na Namíbia, país está enfrentando uma das maiores epidemias de HIV na África, com uma prevalência geral de 15,3% de adultos que vivem com o HIV, estando os jovens entre 20 e 34 anos como um dos grupos de maior risco de infecção pelo vírus no país. Os autores buscaram estimar a prevalência de HIV, para avaliar o conhecimento e atitudes em relação ao HIV/Aids, e avaliar acesso à saúde entre estudantes universitários na Namíbia. Os resultados da pesquisa de Beer et al. (2012) apontaram para um conhecimento razoável em relação ao HIV/Aids exceto para percepções equivocadas sobre a transmissão. A consciência da própria condição enquanto sorologia de HIV e os riscos de contaminação foram baixas, apontando para a necessidade de estratégias significativas abordando a lacuna entre o conhecimento, atitude e percepção de risco de aquisição do HIV, assim como esforços para aumentar acesso aos cuidados de saúde através das clínicas do campus.

Outros estudos merecem destaque, como uma pesquisa realizada por Adhikari, (2010), com 1.137 estudantes universitários do Kathmandu (Nepal), sobre o uso do preservativo na primeira relação sexual. Nesta pesquisa menos da metade havia feito uso do insumo. Os resultados da pesquisa de Adhikari (2010) apontaram que fatores como idade, etnia, tipos de parceiros na primeira relação, consumo de álcool e exposição à mídia de massa são preditores significativos para uso do preservativo na primeira relação sexual entre os universitários. Além disso, os alunos que tiveram a primeira relação sexual com profissionais do sexo eram cinco vezes mais provável de

usar preservativo do que aqueles que tiveram a primeira relação sexual com o parceiro/namorado(a). Estudantes que tiveram maior exposição a mídia impressa e eletrônica apontaram para cerca de duas vezes mais chances de usar o preservativo do que aqueles que tinham menos acesso à mídia. Por outro lado, os alunos que frequentemente consumiam álcool foram 54% menos propensos a usar preservativos na primeira relação sexual do que aqueles que nunca ou raramente consumiam álcool. Os resultados desse estudo apontam ainda, para áreas de políticas públicas, com programas que possam proporcionar à juventude acesso aos tipos de informações e serviços de que necessitam para alcançar vidas sexuais saudáveis.

A percepção de risco para o HIV também foi investigado por Adefuye, Abiona, Balogun & Lukobo-Durrell (2009), em estudantes afroamericanos do curso de educação. Em seus estudos houve diferenças significativas no uso do preservativo na última relação sexual e uso consistente de preservativos entre os diferentes grupos etários. Mulheres com idade de 30 anos ou mais apontaram para uma maior probabilidade de relatar uso inconsistente do preservativo do que aquelas abaixo de 20 anos. O uso da maconha e álcool foi correlacionado com inconsistente uso de preservativo. A percepção de risco para o HIV era geralmente baixa, 48% dos estudantes correspondiam a faixa etária dos 20 aos 29 anos de idade, e estes se percebiam como não tendo qualquer chance de ser infectado com HIV.

Como dito, para Adefuye et al (2009), os preditores de percepção ao risco esteve relacionada ao uso de drogas e álcool, uso inconsistente do preservativo, e múltiplas parcerias. O grupo pesquisado pelos autores relatou ainda ter multiplicidade de parceiros sexuais. Os autores reforçam a necessidade de intervenções específicas de prevenção ao HIV nos campi universitários.

A busca por estratégias de proteção relacionadas ao uso do preservativo foram investigadas por Lewis, Kaysen, Rees, e Woods (2010), em Washington, EUA, ao buscarem a relação do uso de estratégias comportamentais de proteção frente ao HIV (incluindo planejamento mental e uso de preservativos). Os autores questionaram 623 estudantes universitários com idades variando de 18 a 30 anos e os resultados desse estudo indicaram que os estudantes que mais faziam uso de preservativo eram mais propensos a discutir sobre o HIV, DST e histórias de experiências sexuais na primeira vez que fizeram sexo com seu parceiro mais recente. Os resultados apontaram também para o uso mais frequente de preservativos relacionado a estratégias comportamentais de proteção durante a relação sexual para este grupo. Esse estudo aponta ainda para uma eficiência em intervenções que visem uma maior proteção ao risco de contaminação pelo HIV em adultos jovens.

Sobre os estigmas relacionados ao HIV/Aids, em estudo realizado por Chan, Yang, Kong-Lai Zhang e Reidpath (2007) com 352 estudantes de medicina de Guangzhou, na China, no qual era apresentado uma vinheta hipotética sobre um homem comum, os estudantes assistiam a apresentação, com a diferença do diagnóstico da doença dada ao homem (Aids, leucemia, ou nenhuma doença) e uma co-característica para o mesmo (Usuário de drogas injetáveis - UDI, praticantes de sexo comercial [sexo com profissionais do sexo], receptor de sangue por transfusão ou nenhuma característica). Depois de ler cada vinheta, os participantes completaram uma medida da distância social a qual foi apreciado o nível de atitudes estigmatizantes.

As análises do estudo realizado por Chan et al. (2007) revelou níveis estatisticamente significativos de estigma associados com Aids, UDI e praticantes de sexo comercial. Fortes interações entre os estigmas da Aids e as co-características

também foram encontradas. A Aids foi significativamente menos estigmatizante do que UDI ou sexo comercial. Criticamente, o estigma da Aids, em combinação com os estigmas de UDI ou sexo comercial foi significativamente menor do que o estigma de UDI ou sexo comercial isoladamente. Os resultados colocam vários desafios surpreendentes para crenças convencionais sobre HIV/Aids. Os autores concluíram que, contrariamente à crença de que ter um co-estigma agravaria a intensidade do estigma associado às pessoas com HIV/Aids, os resultados indicaram que a presença de uma doença pode ter um efeito moderador sobre o estigma de alguns colegas com características como UDI, assim como a forte interdependência entre os estigmas de HIV/Aids e co-estigmas do UDI e sexo comercial sugerem que a redução dos co-estigmas deve ser parte integrante da intervenção frente ao estigma no contexto do HIV/Aids.

O conhecimento e fontes de informação sobre o HIV/Aids foi investigado também com alunos de odontologia em Cartum, Sudão, por Nasir, Åstrøm, David e Ali (2008). A amostra foi de 782 alunos, sendo 72% feminina. Um total de 49% apresentou conhecimento de transmissão através da contaminação por meio do aperto de mãos e 86% por compartilhar utensílios de cozinha. Cerca da metade da amostra tinha recebido informações de várias fontes sobre o HIV/Aids e relataram necessidade de mais educação e formação continua sobre o tema. Apenas 38% dos estudantes apresentaram conhecimento correto sobre vários grupos ocupacionais com risco de entrar em contato com HIV/Aids. Os autores desse estudo sugerem que os alunos não estão adequadamente preparados para tratar pacientes com infecção pelo HIV/Aids e que o currículo escolar dental precisa de melhorias.

No Brasil, estudo sobre a vulnerabilidade ao HIV em jovens universitários também foi realizado por Bezerra et al (2012), no qual foram verificados o não uso do preservativo em estudantes da área de saúde. Os motivos apontados pelos jovens foram diversos, tais como o uso de anticoncepcional oral, confiança no parceiro, uso do preservativo ser desconfortável, falta do preservativo no momento e alergia ao látex do preservativo. Os resultados dessa pesquisa indicaram que os participantes não apresentaram o conhecimento suficiente sobre prevenção, o que foi apontado destacado pelos autores como uma amostra de estudantes da área de saúde, na qual se almejava maior referência aos métodos de prevenção em geral.

Assim, em relação aos cuidados preventivos, Rebello e Gomes (2012) buscaram investigar a percepção de jovens universitários sobre os sentidos atribuídos à sexualidade e prevenção da Aids. Os autores verificaram que os jovens tinham consciência da exposição aos fatores de vulnerabilidade às DST's, em relação às práticas de atividades sexuais, havendo um consenso sobre a necessidade de se cuidar da vida sexual e de se prevenir. Contudo eles utilizavam-se de elementos da cultura masculina como o fato de que o homem “tem que ser pegador” e de que a “camisinha tira o prazer” como justificativa para uma não adesão a esses cuidados, ainda que pague um alto preço (grifo dos autores).

A partir dos estudos expostos é possível observar que apenas a informação veiculada não tem sido suficiente para evitar a vulnerabilidade ao HIV. O uso inconstante do preservativo, as crenças ainda obtusas sobre pessoas que vivem com o HIV e o não uso do prervativo em relacionamentos estáveis continuam sendo constantes no cotidiano dos jovens estudantes, como apontado anteriormente, há uma necessidade de educação constante sobre o tema para que os jovens incorporem de fato as

informações sobre prevenção ao HIV para que possam manter relacionamentos sexuais protegidos. Assim, cabe ainda verificar a ocorrência entre homens e mulheres jovens buscando um aprofundamento nessas relações e negociações do uso do preservativo.

Desde os primeiros casos notificados da epidemia da Aids (Brasil, 2007), muitos números foram de jovens, sendo que a primeira notificação nesse segmento populacional ocorreu em 1982. A partir daí foram identificadas 54.965 casos, sendo 10.337 na faixa etária de 13 a 19 anos e 44.628 na faixa etária dos 20 a 24 anos. Em jovens do sexo feminino, há o predomínio de casos de transmissão heterossexual, na faixa etária de 13 a 19 anos, sendo o sexo masculino o mais infectado. Contudo, desde 1998 tem-se observado uma nítida inversão na razão do sexo, em 2005, esse indicador atingiu o valor de seis homens para cada 10 mulheres (Brasil, 2007).

Os dados do Boletim Epidemiológico mais atuais (2012) apontam para a relação Homem-Mulher ser de apenas 1,7 homem para cada mulher (Brasil, 2012). De acordo com o mesmo Boletim, foram notificados 416 novos casos de Aids só no ano de 2011, (SINAN, 2011), para homens com idade de 20 a 29 anos e 213, também no ano de 2011 para mulheres na mesma faixa etária, sendo que a transmissão do HIV por via sexual é responsável por mais de 75% de todas as infecções pelo HIV no mundo. Assim, Alvarez (2005) afirma que o risco de transmissão do vírus por via sexual é diferente para cada tipo de prática sexual desprotegida, as quais podem organizar em grau crescente de infecção pelos contatos orogenitais ou oroanais, pela relação anal e vaginal insertiva e, por fim, com maior risco de infecção, a relação vaginal e anal receptiva. Práticas sexuais anais, vaginais ou orais não protegidas com um indivíduo infectado e que impliquem contato direto do esperma, do líquido pré-ejaculatório ou das secreções

vaginais com as mucosas (ânus, vagina e boca) ou com feridas podem conduzir à infecção pelo HIV.

Nesse sentido, ao se comparar a contaminação entre os sexos, Alvarez (2005), afirma que a transmissão homem-mulher é oito vezes superior à transmissão mulher-homem, além disso, o grau de infecção do parceiro, a prática do sexo anal e uma idade superior a 45 anos aumentam o risco de infecção para a mulher. No entanto, pode-se afirmar que a maior suscetibilidade da mulher à infecção não decorre apenas de razões biológicas, como a maior fragilidade e extensão das áreas expostas durante a relação sexual, mas também de fatores epidemiológicos e sociais.

A prevenção para homens e mulheres também não é igual, segundo Paiva e Amâncio (2004) a negociação do uso do preservativo e a submissão ao parceiro ainda existe como fator da vulnerabilidade das mulheres. A negociação da prática sexual usando preservativo, como uma capacidade individual a ser desenvolvida a partir do acesso a informações adequadas, passou a ser algo muito enfatizado, especialmente a partir da feminização da epidemia, quando houve um aumento significativo no número de mulheres infectadas em relação ao número de homens (Madureira & Trentini, 2008). Para Meyer e Félix (2012) essa perspectiva de vulnerabilidade também está inserida em um quadro de mudanças sociais, no qual o prazer se torna algo quase obrigatório, e as noções de corpos saudáveis, sexualidades saudáveis e indivíduo saudável são entendidos como fundamentais para a felicidade.

Não obstante, em equivalência à vulnerabilidade feminina, de acordo com Guerriero, Ayres e Hearst (2002), alguns aspectos fazem com que os homens se tornem mais vulneráveis, como, por exemplo, sentirem-se imunes às doenças, gostarem de correr riscos, julgarem-se incapazes de recusar uma mulher, dentre outros fatores. Ainda

segundo os resultados da pesquisa realizada por estes autores, a infidelidade masculina é considerada natural, enquanto a feminina é atribuída a deficiências do parceiro; a decisão do uso do preservativo é feita pelo homem, enquanto a mulher só deve solicita-la como método contraceptivo. Para Guerriero, Ayres e Hearst, o comportamento de não usar o preservativo está justificado na questão estética, ao alto custo, medo de perder a ereção e na perda de sensibilidade no homem e na mulher. Os participantes da referida pesquisa não se consideram vulneráveis ao HIV nem a doenças sexualmente transmissíveis e confundem suas formas de transmissão.

Essa discussão aumenta pelo fato das DST ocorrerem em um contexto interpessoal de relacionamento íntimo, de modo que os esforços para a prevenção da infecção pelo HIV devem ser no âmbito do aumento das capacidades individuais de comunicação eficaz com o parceiro sexual (Paiva & Amâncio, 2004).

Para o Fundo de População das nações Unidas, em termos globais, a epidemia da Aids se constituiu em uma realidade para as mulheres, desde o seu surgimento (UNFPA/PROMUNDO, 2007), assim, a ocorrência da infecção pelo HIV foi detectada em mulheres, em 1982, nos Estados Unidos. Entretanto, como a existência desses casos era entendida como restrita a mulheres parceiras de UDI, de hemofílicos e de homens bissexuais, ou mulheres envolvidas na prática da prostituição, foi somente no início da década de 90 que surgiram as primeiras respostas coordenadas voltadas para esse segmento. No primeiro momento a resposta foi construída a partir da estratégia de fortalecimento das ações junto às mulheres para que tomassem consciência de sua vulnerabilidade social e individual e, de ações para deter o crescimento da transmissão vertical (na gestação, de mãe para filho).

No contexto brasileiro, a compreensão das tendências apresentadas deve estar orientada para as características que a epidemia assume em cada contexto social particular, dando atenção às dimensões socioculturais, programáticas e de direitos humanos, assim como um aspecto fundamental a ser considerado na análise tanto da vulnerabilidade individual quanto da social são as relações desiguais de gênero, isto é, as relações de poder existente entre homens e mulheres (Brasil, 2007).

Na perspectiva dos papéis relacionados ao exercício da masculinidade, Paiva et al (1998) afirmam que noções como a de que os homens devem iniciar a vida sexual o mais cedo possível, ter muitas parceiras sexuais, controlar suas parceiras e que as práticas sexuais sem o uso do preservativo são mais prazerosas, se constituem o centro da vulnerabilidade das mulheres no que diz respeito à prevenção da infecção pelo HIV/Aids e outras DST. A cultura da visão do comportamento masculino fragiliza também os homens, que são pressionados a serem impulsivos sexualmente para se provar homens, a declamar que o uso do preservativo atrapalha o prazer ou dificulta o controle necessário ao senso de invencibilidade e competição associados à ideia de potência do sexo masculino (Paiva et al., 1998). Os autores afirmam ainda que esses condicionantes do gênero masculino atuam no descontrole irresponsável dos homens que se alcoolizam porque precisam ser mais assertivos e menos tímidos; ou tornam menos nobre a responsabilidade pela contracepção ou reprodução compartilhada com a mulher.

A reprodução de papéis tradicionais nas relações de gênero e relações de poder interfere na capacidade de negociação de práticas de sexo mais seguro com seus parceiros (Diniz, 2001; Finkler, Oliveira & Gomes, 2004). Para a autora, fatores externos constituem uma poderosa influência sobre como os adolescentes e os jovens

pensam e se comportam, assim como o meio em que eles vivem, os veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas, e o sistema legal e político. Desta forma, Diniz (2001) aponta para o fato da prática do sexo mais seguro estar diretamente relacionada ao uso do preservativo, contudo, a recomendação ao uso do insumo nem sempre pode ser discutida e negociada antes da relação sexual, o que coloca a mulher, que precisa solicitar o seu uso, numa situação em que depende da anuência do parceiro, com valores e iniciativas masculinas que revelam preconceitos e produzem constrangimentos quando não se submetem às ações coercitivas e, muitas vezes, agressivas.

Para jovens do sexo feminino, estar afetivamente envolvida (Saldanha, 2003), ter confiança, tempo de relacionamento, sentir medo de perder o parceiro e constrangimento pelas reações e discussões que possam surgir com os companheiros dificultam a negociação do uso do preservativo (Geluda, Bosi, Cunha & Trajman, 2006).

Em termos gerais, a vulnerabilidade masculina às DST/Aids se constrói a partir da socialização dos homens para um estilo de vida perigoso, em que o risco não é visto como algo a ser evitado e prevenido, mas enfrentado e superado; e em que o sexo deve ser buscado sem cautela do risco e jamais recusado. Além da crença de que o cuidado consigo mesmo e com o outro são valores, na sociedade, associados ao feminino. Essa ideia parece fazer parte e orientar, em maior ou menor grau, o cotidiano dos homens em geral, a despeito de raça, cor, credo e orientação sexual (UNAIDS, 2011). As desigualdades de gênero não se colocam apenas no nível da relação pessoal com os parceiros ou nos serviços de saúde, mas no campo mais amplo da cultura, do trabalho, da educação, das relações econômicas em que se insere a mulher, exigindo, portanto,

mudanças estruturais para além daquelas referidas à esfera das relações privadas e domésticas (Diniz, 2001).

Sobre essas questões de diferenças entre homens e mulheres no cuidado e prevenção sexual, em estudo realizado por Buchalla e Paiva (2002) apontaram que uma dificuldade existente nos homens e mulheres participantes de suas pesquisas era a necessidade destes se reconhecerem nas informações sobre cuidados e prevenção, para que consigam começar a incorporá-las em sua vida. As autoras concluem que as propostas para os cuidados da pessoa soropositiva com sua saúde ou para a prevenção devem ser um convite para o diálogo permanente destes sujeitos, para que sejam adaptadas ao contexto sociocultural e à realidade viva de cada um. No contexto das relações heterossexuais, a análise da vulnerabilidade ao adoecimento descreve a desigualdade entre os sexos como relevante para a sua produção social onde não é aceitável que haja discriminação entre gêneros fundamentados em uma natureza universal para os sexos (Paiva, 2012).

Na vida cotidiana, a sexualidade é raramente pensada e vivida como atitudes e práticas coerentes com as opiniões e conhecimentos sobre a Aids. Para Paiva (2012), a sexualidade é também elaborada nos termos de fatores e construtos descritos na literatura epidemiológica e da psicologia da saúde-como autoestima ou acesso à informação ou ainda sobre saber usar o preservativo. Para a autora há um critério que vai além destes pontos, ela refere-se ao momento do intercurso sexual e a todos os fatores nele envolvido, situação que a autora chamou de “cena”, que é mais expressiva na dinâmica de fatores psicológicos e sociais, atualizada na atividade sexual.

Estes fatores podem se constituir em importantes fontes para entender a epidemia entre os jovens e como referências para a promoção de práticas sexuais seguras e

saudáveis, nas quais os jovens têm se mostrado cada vez mais participativos e conscientes em relação ao exercício da sexualidade de forma saudável e segura (Diniz, 2001).

Porém, apesar desta maior participação, segundo Geluda et al. (2006), ainda existe um número de jovens que continua se infectando, apesar dos avanços alcançados, sobretudo no que se refere ao uso do preservativo, e muitas necessidades de saúde não são resolvidas, especialmente no que se refere às mulheres, pois muitas encontram dificuldades de diálogo e de negociação de práticas sexuais seguras com seus parceiros. Para Geluda et al., tal situação, na qual estão envolvidos fatores biológicos, psicológicos, culturais, socioeconômicos e políticos, pode aumentar a vulnerabilidade dos jovens aos mais diversificados agravos à saúde. Neste sentido, além destes fatores que estão envolvidos, outros aspectos devem ser considerados ao se pensar a vulnerabilidade, como as crenças que são construídas por estes jovens, não somente as pessoais - internalizadas ao longo da vida - mas as construídas nos grupos aos quais eles estão inseridos, nas ressignificações dessas crenças e no compartilhar dessas elaborações sociais.

CAPÍTULO II**...ESTUDO DAS CRENÇAS E SUAS INFLUÊNCIAS NAS RELAÇÕES SOCIAIS..**

2.1 Crenças

“Não tenho medo do escuro, mas deixe as luzes acesas”
R. Russo

Este capítulo apresenta estudos sobre as crenças, suas influências nas relações sociais e o comportamento que predispõe à vulnerabilidade. Segundo Bar-Tal (1990), que trabalha a essência das crenças compartilhadas por membros de um grupo, as crenças do indivíduo correspondem a uma investigação do conhecimento humano, o que o leva a definir crenças como unidades de conhecimento, que incluem termos cognitivos usados diversamente como decisões, inferências, valores, intenções, ideologias, normas ou intenções.

Qualquer teoria sobre crenças deve levar em consideração o contexto social no qual elas são formadas (Bar-Tal, 1990). Esse autor enfatiza que as crenças têm como fundamento quatro referências diversificadas, a primeira diz que a extensão das crenças pode ser infinita, a segunda afirma que a verdade de uma crença pode ser abalada, de acordo com o poder de persuasão do orador ou experiência vivenciada pelo indivíduo ou grupo social, a terceira aponta para o fato de que um indivíduo pode ter diferentes crenças e atribuir níveis diferentes de verdades às mesmas e finalmente que as crenças são organizadas.

Para entender melhor estas questões, Bar-Tal (1990) explica que é necessário diferenciar dois tipos de crenças: as pessoais (individuais) e as comuns (grupo). O primeiro tipo pertence às crenças formadas pelo indivíduo e são exclusivamente armazenadas em sua mente, constituindo um repertório privado, baseado em experiências pessoais, já o segundo tipo, ou seja, as crenças comuns ao grupo, são compartilhadas. Mas mesmo as crenças individuais não são totalmente independentes da

natureza social das crenças, pois os indivíduos sempre podem compartilhar suas crenças com o grupo através, por exemplo, da comunicação interpessoal, ou vários canais de comunicação midiáticos. Nesses casos, crenças pessoais podem ser adotadas por outras pessoas e compartilhadas por elas, tornando-se crenças grupais.

As crenças comuns ao grupo podem ser compartilhadas por alguns indivíduos, um pequeno grupo de membros de uma sociedade, ou mesmo pela maioria dos seres humanos (Bar-Tal, 1990). O autor afirma que essas crenças são usualmente adquiridas por fontes externas, exceto no caso em que os indivíduos formam uma crença pessoal e, subsequentemente, comunicam e disseminam a outras pessoas. Esta disseminação é feita através de redes de comunicação interpessoal ou através de mecanismos de comunicação social, com destaque para as instituições sociais, como as escolas ou a mídia. Entre as categorias de disseminação mais salientes de crenças comuns estão novas informações (notícias), dogmas religiosos e conhecimento científico que se propagam em diferentes partes do mundo.

Assim, os membros da sociedade podem manter um número substancial de crenças grupais em seu repertório cognitivo. No entanto, são menos importantes do que as crenças societais que, não são necessariamente comuns a todos, no entanto, tem que reconhecer as importância desse tipo de crenças, relacioná-las facilmente e vê-las como características de sua sociedade (Bar-Tal, 1990).

2.2 Influência Social e Poder

Um comportamento que ocorre entre pessoas envolve alguma forma de processos de influência entre os membros, assim, os grupos só existem e funcionam por causa das

formas de influência social efetivas, difundidas e compartilhadas (Forgas & Williams, 2001). Influência social designa um amplo campo de pesquisa que inclui o estudo da forma como se constroem as normas sociais, a conformidade social, a persuasão e a mudança de atitudes, os efeitos do poder e a submissão, a obediência à autoridade e a influência social das minorias. Os trabalhos voltados à observação de como as crenças, os valores, as opiniões e as atitudes pessoais variam sob influência de outras pessoas e a análise do processo de influência social receberam um importante impulso durante a década de 1930 com os estudos experimentais realizados por Muzafer Sherif (Álvaro & Garrido, 2006)

Desse modo, sobre os tipos de influência social que se pode diferenciar, Álvaro e Garrido (2006) apontaram para três tipos diferentes de influência. Uma primeira, mais comumente estudada envolve a influência direta pessoa a pessoa, em consonância com grande parte das pesquisas listadas nos livros de psicologia social. Pesquisas estas que se destacam pelo foco no indivíduo, segundo a definição de psicologia social de Allport (1935 apud Fishbein & Ajzen, 1975), se concentrando na pessoa influenciada por algum agente (influenciador). O segundo nível de influência está relacionado à forma indireta de influenciar outrem, através da manipulação das normas e costumes sociais e das atitudes sociais ou culturais. O último nível é o mais sutil, indireto e difícil de observar, tendo as atitudes, crenças e comportamentos influenciados pelos outros sem que a pessoa tenha consciência das estratégias de influência, por isso a dificuldade de se observar e como exemplo tem-se as influências culturais nas pessoas.

Com isso a cultura é entendida como um conjunto difuso de tradições, normas, ideologias e valores que influenciam como as pessoas pensam, sentem e se comportam sem que o indivíduo tenha consciência dessa influência em seus pensamentos,

sentimentos ou comportamentos (Fisher & Vauclair, 2011). Tais processos são reproduzidos e perpetuados por meio de mecanismos de socialização e ajudam estabilizar e manter os grupos sociais e as sociedades. Para os autores, um processo resultante da distinção dos três níveis diferentes de influência social é que muitas pesquisas na área se concentram na pessoa que é influenciada, dando menos ênfase sobre o agente ou a fonte de influência. Um exemplo é a conformidade, que se caracteriza por um acordo público superficial, mas as pessoas não mudam suas atitudes privadas. A conformidade é exigida para compensar alguma resistência, sofrimento ou dano causados sobre o agente, ou um esforço empreendido por este (Fisher & Vauclair, 2011).

Outra forma de pensar a força da influência social, de acordo com Fisher e Vauclair (2011), é o poder legitimado, que é a crença de que o agente está autorizado a comandar e a tomar decisões, sendo reconhecido em uma determinada estrutura de poder. Apesar de geralmente ser vinculado às relações de papéis, também pode se basear em promessas ou algum código ou padrão que é aceito pelo indivíduo e permite que um agente afirme seu poder. O poder pericial é a crença que um agente tem mais perícia e conhecimento do que a pessoa-alvo. Ele aumenta com o diferencial de conhecimento entre o agente e a pessoa-alvo, assim como os níveis de conhecimento absoluto depreendidos.

Em sequência a estas formas de poder, Torres e Neiva (2011) confirmam que há ainda o poder informacional (um agente tem mais informação do que um alvo) e o poder referente que seria a identificação, atração e o respeito por um agente ou fonte de influência, observando que a identificação e o desejo de se associar à fonte de influência maior, possuidora de poder. Neste sentido, para os autores, as pessoas são influenciadas

por seu grupo social para que se comportem dentro desses padrões de comportamento desejável e são punidas se os violarem. Dentro das crenças mais individuais, conservadoras, a moralidade surge como uma questão pouco abordada nos manuais de psicologia social. Contudo, é fundamental para entender os processos psicológicos sociais, tais como a influência social e as crenças mais conservadoras, estando a moralidade e a influência social intimamente relacionadas.

O que é moral é geralmente referente aos princípios de comportamento certo e errado, de acordo com Torres e Neiva (2011). Neste sentido, para os autores é nesta última qualidade que a moralidade se torna um assunto relevante para a pesquisa sobre influência social. Os padrões morais em um grupo social prescrevem as diretrizes consensuais e desejáveis para um comportamento social aceitável. Em um grupo social as pessoas podem desenvolver sua própria moralidade pessoal que pode ou não estar de acordo com os mandados de uma autoridade, possivelmente levando a uma resistência em vez de à conformidade.

Portanto, Torres e Neiva (2011) concluem que a conformidade com as regras e os regulamentos tem a ver tanto com as capacidades internas do indivíduo quanto com as influências externas do ambiente. Dentro da perspectiva de agir de acordo como o que o indivíduo julga ser certo ou errado, faz-se necessário pensar sobre as crenças dentro da Psicologia Social.

2.3 O estudo das crenças na perspectiva de Krüger

Dentro dos estudos das crenças encontrados, Krüger (2011) traz uma perspectiva atual, que inclui os pontos centrais nos estudos da Psicologia Social, de modo a embasar

teoricamente a presente tese, assim, o termo crença é hoje utilizado na Psicologia de modo consolidado. Para Krüger (2011), na Psicologia Social, a palavra crença refere-se a qualquer afirmativa feita por um indivíduo, baseado em sua experiência pessoal, que pode ser interna ou externa e sendo entendida como representações mentais de processos cognitivos, afetivos, motivacionais e conotativos. Sua investigação se dá através da linguagem, como objetivo de pesquisas empíricas. As técnicas mais empregadas são os questionários, escalas e testes objetivos. Estas técnicas têm grande relevância em situações práticas, nas investigações em grupos, organizações, instituições, meios de comunicação e comunidades.

De acordo com Krüger (2004) as crenças têm origem pessoal mas podem ser compartilhadas. As primeiras ocorrem quando estão relacionadas à um processo avaliativo ou de julgamento a respeito de uma pessoa, além disso, podem ter origem em experiências pessoais, ou seja, nas relações sociais estabelecidas e na própria percepção que as pessoas têm de seus processos cognitivos. E quando são compartilhadas, estão relacionadas à opinião coletiva ou ao processo de formação de estereótipos sociais.

Neste sentido, Krüger (2011) afirma ainda que no processo de formação de crenças, que se realiza de forma individual, é importante considerar o grau de aceitação subjetiva das crenças, que varia bastante, como as observadas, baseadas em opiniões e que podem parecer dúbias e não sólidas, diferentemente das convicções, por sua certeza subjetiva de ser verdadeira. Assim, na Psicologia, o grau de aceitação subjetiva é fundamental, pois este se relaciona com os demais processos, conteúdos e estados psicológicos, influenciando nas tomadas de decisões e orientando a conduta social.

Destarte, para Krüger (2011), as crenças de origem interna são resultantes da cognição, principalmente do pensamento e da imaginação. Já as crenças de origem

externa são provenientes da percepção, que é alimentada por sensações. Essas representações simbólicas permitem a possibilidade de interpretar a realidade, orientando a conduta e visando o ajustamento pessoal, assim, o autor afirma que:

A percepção é um contínuo processo de formação de crenças, que são recebidas segundo graus distintos de credibilidade, subjetividade atribuídos, vindo, em seguida a ser logicamente relacionadas a outras crenças, já armazenadas na memória, ou adquiridas concomitantemente às outras (p. 191).

A respeito dos processos cognitivos que dão origem às crenças, é possível citar as reflexões sobre algum assunto, assim como as intenções, as ideias e os desejos. Assim, Krüger (2004) salienta a importância da experiência como causadora de crenças, não diminuindo a influência dos meios de comunicação, ou das próprias interações sociais, mas as crenças ao serem formuladas no indivíduo, elas são condicionadas pelo conhecimento, atenção e condições psicológicas particulares.

Outro critério relevante para Krüger (2004) é considerar a dimensão da adesão ao teor ideativo das crenças, ou seja, averiguar seus efeitos na cognição, afetividade, comportamento e conduta dos indivíduos. Já na camada social, é possível observar sua influência nas relações sociais, situações em que elas podem ser alteradas, aprofundadas ou trocadas por outras, dependendo da qualidade estabelecida pelos participantes do grupo. Contudo, as crenças não são necessariamente verdadeiras, deste modo suas substâncias informativas pode não dizer respeito aos fatos e experiências que desejamos com elas referir. Destarte, faz-se mister adicionar que, baseada em sua natureza, as crenças não podem ser observadas diretamente, mas podem ser acessíveis à mensuração, ainda que indiretamente, podendo se revelar de modo objetivo através da linguagem oral ou escrita, sendo o seu conteúdo simbólico.

As crenças precisam, segundo Krüger (1995), portanto de outras crenças que possam lhes fornecer subsídios lógico, pois elas não existem por si mesmas. No que concerne às estruturas das crenças, o autor afirma que elas não se exibem isoladas, mas sim de modo vinculado a outras crenças implicando um sistema estruturado de crenças empenhadas em motivar ações e comportamentos sociais, influenciando nas interrelações sociais. Neste sentido, diversos comportamentos recebem influência das crenças que cada pessoa leva consigo e as têm como verdades que norteiam seu agir (Fishbein & Ajzen, 1975).

Além do caráter social das crenças, Krüger (1995) também indica sua característica pessoal quando afirma que as crenças necessitam da aceitação ou aderência a uma determinada conjectura sobre o objeto avaliado que direciona emoções e cognições, possuindo neste sentido um caráter psicológico vinculado a disposições cognitivas, afetivas e pessoais. Conforme Bem (1973), as crenças exercem um papel fundamental, como o ingresso que as pessoas fazem a elas, é, muitas vezes, tão espontâneo que se torna comumente imperceptível, ou seja, as pessoas fazem uso de suas crenças sem perceber o ocorrido, e isso se encontra imbricado em suas mais diversas operações.

Dentre os tipos de crenças que influenciam no comportamento pode-se salientar as crenças normativas (Huesmann e Guerra, 1997). Os autores apresentam uma definição de crenças normativas como sendo norteadoras dos comportamentos considerados adequados socialmente, assim como relacionados à percepção que os indivíduos têm das normas sociais. Isso significa que pode haver uma diferenças entre as crenças normativas do indivíduo com as normativas de seu grupo de pertença, o que evidencia o seu caráter predominantemente social, havendo, portanto uma manutenção

ou modificação dessas crenças. As crenças normativas emergem quando o indivíduo se está diante de um contexto no qual ele deva tomar uma decisão sobre seu modo de agir, e esta decisão deve ter como base um comportamento socialmente aceitável, e deve ainda ser congruente com sua crença e seu comportamento. Destarte esta relação entre comportamento e crença, Giles (2003) alega que o contexto situacional coopera para que o comportamento aconteça, uma vez que é nesse momento que as crenças se ativam e são utilizadas mais facilmente. É neste processo que a norma é invocada e usada para nortear o comportamento.

Para Bem (1973), as crenças podem ser consideradas, portanto, como um dos construtos básicos da Psicologia Social, influenciado a incorporação das informações de uma pessoa sobre um determinado objeto social. O autor define o construto crença como conceito fundamental da Psicologia que estuda sobre ideias e percepções que uma pessoa toma como absolutas e verdadeiras, sendo formadas mediante a visão que o indivíduo tem sobre si mesmo e do mundo, influenciando nas interpretações dadas aos fatos da vida. Ao se formar o entendimento que uma pessoa tem de si e do seu contexto, as crenças encontram-se presentes desde o processo de pensar sobre o ambiente, até o precoce de sentir e interagir com as pessoas ao seu redor.

Assim, para Krüger (2004) as crenças podem ser idealizadas também como representações cognitivas, dedicadas a um objeto em questão, ou seja, elas aludem ao modo como as pessoas aferem ou abrangem os objetos presentes na realidade em que vivem. O autor assevera que as crenças interferem no processo de percepção dos episódios sociais, havendo um processo seletivo ou interpretativo sobre tais eventos. Assim, as crenças desempenham um papel relevante no processo psicológico humano, pois aparelham e guiam fatos.

Sobre a classificação das crenças de Krüger (2011), destacam-se duas, que são as mais importantes e de maior aplicabilidade: a da função e do tempo. Sobre a função, as crenças podem ser descritivas, com a finalidade de representar simbolicamente o que se percebe, sente ou pensa; interpretativas, referentes ao significado do que foi observado ou pensado; explicativas, buscando relações entre variáveis dependentes e independentes; avaliativas, referentes a juízos de valor; e normativas, que ocorrem através das leis, normas sociais e de moralidade, princípios ético, com o objetivo de orientar a conduta pessoal.

Deste modo, como afirmou Krüger (2011), à medida que as crenças vão sendo assimiladas, segundo diferentes graus de confiança, elas passam a se mesclar com as já disponíveis na cognição do indivíduo, de forma dinâmica, as já assimiladas orientam a conduta para uma busca de estímulos que guardem alguma relação com elas, formando assim um sistema de crenças. No entanto, a influência dos sistemas de crenças no modo de pensar e agir do indivíduo nem sempre é proporcional à qualidade lógica de sua estrutura, pois sistemas de crenças precários podem, algumas vezes, exercer maior influência, isso não significa uma deficiência cognitiva, pois esta não teria poder para explicar as tomadas de decisão e ações de pessoas inteligentes, seria, segundo o autor, mais provável que tais ações sejam decorrentes da forte influência sobre as motivações exercidas por crenças expressivas de uma afetividade pessoal tomada pelo amor, ressentimento ou outro sentimento.

Com base nestas afirmativas, Krüger (2011) diz que é preciso verificar como essas crenças exercem influência sobre os comportamentos dos indivíduos, no caso da presente pesquisa, como as crenças acerca da Aids podem influenciar o comportamento

dos indivíduos para uma maior ou menor vulnerabilidade ao HIV. Para a análise objetiva das experiências pessoais devem-se considerar os valores que estão sempre presentes na vida humana e, portanto, na formação de crenças e sistemas de crenças. Entendendo, que para o autor valores são “sentimentos muito significativos que experimentamos acerca de condições e atributos pessoais da sociedade, da cultura, do mundo objetivo e do sobrenatural, considerados ideais e, por conseguinte, desejáveis” (p. 194). Assim como a experiência de cada um no decorrer de sua vida fornece recursos para analisar, criticar os acontecimentos, podendo ocasionar uma mudança nas convicções internalizadas.

À Psicologia Social, de acordo com Krüger (2004) o tema crenças tem a relevância diante da possibilidade de haver uma modificação nos processos do pensamento, afetividade, comportamento e até na constituição da personalidade dos indivíduos. Em meio aos critérios utilizados, existem duas situações importantes para a Psicologia Social: o primeiro referente à expansão da concordância social e segundo diz respeito ao nível de aceitabilidade subjetiva.

2.4 Crenças Societais

As experiências pessoais dos indivíduos permeiam seus cotidianos, podendo ser prejudicial no sentido de fazê-lo elaborar suas vivências como um espaço alienante (Branco, 2006). Neste espaço o sujeito tende a viver conformado, visto que o exercício da reflexão, o questionamento da rotina não faz parte desse modo de vida, pelo simples motivo de que ao se questionar o *continuum* da vida, acaba-se por causar uma ruptura, uma perturbação na ordem vigente. Portanto, para a autora, ao se discutir a dimensão

das crenças e valores societais, é possível perceber que essa dimensão encontra-se comumente ligada à espontaneidade da vida cotidiana. Quando essa ligação se estabelece, ela permite uma cristalização dessas crenças e dos valores; uma condição propícia à alienação e ao comodismo do sujeito em função da não-racionalidade das práticas diárias e da segmentação a que estas estão subordinadas (Branco, 2006).

As crenças sociais são ideias coletivas e compartilhadas por membros de uma sociedade, na qual seus conteúdos refletem as preocupações de seus membros com relação à vida (Bar-Tal, 1990). Essas crenças são as lentes através das quais os membros da sociedade se veem em conjunto. Elas contribuem para o senso de singularidade dos de seus membros, distinguindo-se de outros membros de outros grupos e permitem uma conexão psicológica entre os membros e sua própria sociedade. Além disso, o autor assegura que essas crenças fazem uma importante contribuição para a formação da identidade social por fornecer conhecimento que as pessoas compartilham e ao qual se referem. Crenças que caracterizam a sociedade como um todo têm significado apenas em nível social e deve ser visto como tal fenômeno.

Em essência Bar-Tal (1990) afirma que crenças societais existem independentes de um membro particular da sociedade, porque não somente são armazenadas no repertório cognitivo de muitos membros da sociedade, mas estão, obrigatoriamente, em uma variedade de produtos sociais. São expressas através de canais de comunicação social, estão presentes em instituições sociais e aparecem frequentemente na agenda social e em debates públicos, porque estão relacionadas a muitos dos problemas atuais com que a sociedade lida. Assim, o autor certifica que elas existem como características transcendentes de uma sociedade, que são transmitidas para os membros da sociedade que, em seguida, as perpetuam em seus produtos sociais.

Essas elaborações através dos canais de comunicação são, portanto, segundo Bar-Tal (1990), um forte componente nas cognições e comportamentos que podem levar à proteção ou exposição à vulnerabilidade ao HIV/Aids. A partir das campanhas preventivas, de como essas mídias têm atingido os jovens, o que é veiculado nas rodas de conversas sobre o tema e o quanto existe a possibilidade de haver a modificação nas crenças dos jovens. E a partir desses elementos cognitivos e comportamentais, faz-se mister adentrar nos estudos sobre os comportamentos que podem levar à vulnerabilidade à Aids.

2.5 Sobre os estudos de comportamento que podem predispor a uma maior vulnerabilidade à Aids

Com o aparecimento da Aids, a partir do início dos anos 1980, e a disseminação do vírus HIV, que continua persistindo até os dias de hoje, originou, no mundo todo, respostas de ordem emocional, como o medo da contaminação. Este sentimento surge no momento em que as pessoas identificam a Aids como uma séria ameaça à integridade física e à própria vida (Meneghin, 1996).

A visão distorcida da soropositividade parece provocar nas pessoas sentimentos de ameaça a convivência social. Segundo Seidl, Ribeiro e Galinkin (2010), a pessoa com o diagnóstico soropositivo, imagina-se sem apoio social, fragilizada pelo medo do preconceito. Desde o surgimento da Aids, a sua representação gira em torno de um caráter discriminatório e estigmatizante. Diante desse panorama, as pessoas que convivem com o HIV/Aids optam, muito frequentemente, pela não-revelação de sua condição sorológica como uma forma de proteção.

O desejo de proteger a si próprio não parece ter tido a força suficiente para produzir as mudanças do comportamento necessárias à redução generalizada do risco de infecção. Segundo Alvarez (2005) é possível que as pessoas estejam agindo de forma pouco sensata, mas não conscientemente pouco sensata, fazendo-o de uma forma não deliberada e não consciente (considerando a saúde como uma comodidade que se está pronto a negociar por outros benefícios).

Em relação às informações que influenciam o comportamento, Alvarez (2005) aponta para o envolvimento com julgamentos sociais e na possibilidade de haver uma influência de traços de personalidade, os quais podem apontar para comportamentos realizados de forma automática, sem que haja intenção de fazê-lo. Alguns comportamentos preventivos estão relacionados com a contracepção e com a utilização de preservativos. Para a autora, estes comportamentos de proteção mostram afetar a formação de impressões e originar julgamentos diferentes acerca dos indivíduos como resultado da sua manipulação.

Em uma pesquisa realizada por J. Fisher, W. Fisher, Bryan e Misovich (2002), com 1.577 estudantes do ensino médio, foi aplicada a escala IMB (*Information – Motivation - Behavior*, ou seja, informação, motivação e habilidades comportamentais), apontando que essas situações são determinantes para o comportamento preventivo em relação ao HIV. Deste modo, para os autores, ter acesso a informações sobre o HIV é um pré-requisito para haver um comportamento preventivo, assim como a motivação para a prevenção ao HIV, incluindo a motivação pessoal e social. Para Fisher et al. (2002) um segundo pré-requisito inicial de comportamento preventivo busca determinar se a partir do momento que os indivíduos estão bem informados, eles estarão ou não dispostos a agir sobre o que eles sabem em relação à prevenção ao HIV e habilidades

comportamentais para a realização de atos preventivos específicos, incluindo senso de autoeficácia para fazê-los.

Como ratifica Fisher et al. (2002), estes são elementos fundamentais para determinar se indivíduos bem informados e bem motivados serão capazes de adotar comportamentos preventivos eficazes em relação à prevenção ao HIV. De acordo com o modelo IMB, na medida em que os indivíduos são bem informados, altamente motivados e qualificados, espera-se que iniciem e mantenham padrões de comportamento preventivo ao HIV.

Para Fisher (2002), embora os professores possam transmitir informações sobre a prevenção ao HIV, motivação e conteúdos sobre habilidades comportamentais, os colegas podem exercer maior influência na comunicação de tais conteúdos, porém é possível que uma combinação de estratégias baseadas em pares provaria maximizar a eficácia na promoção de comportamentos preventivos ao HIV em ambientes escolares.

Nos campos de estudo da Psicologia, Sheeran, Abraham e Orbell (1999) apontam para a área Social como contribuinte para a compreensão de fatores sociais e cognitivos dos comportamentos associados às trocas sexuais, assim como para o desenvolvimento de procedimentos para controlar e prevenir esta infecção. Para os autores, entender as crenças existentes sobre o uso ou não uso do preservativo, através da comunicação entre parceiros, é um aspecto sensível, assim como o tipo de relacionamento estabelecido, a disponibilidade de ter o preservativo no momento da interação sexual e as paradas na interação a que a sua obtenção obrigaria. Além destes fatores, as crenças existentes nas trocas sociais influenciam o comportamento do indivíduo de modo dinâmico, mas que vem perpetuando seus comportamentos que podem levá-los a uma maior ou menor situação de vulnerabilidade e exposição ao HIV/Aids.

PARTE II - ESTUDOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO III. ESTUDO I – PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS

3.1. Introdução

De acordo com Pilatti, Pedroso e Gutierrez (2010) o processo para as propriedades psicométricas de um instrumento de avaliação deve ser realizado com um delineamento meticuloso. Os critérios de confiabilidade, consistência interna e validação devem sempre estar presentes, tendo em vista que a exclusão de qualquer destas características pode comprometer a fidedignidade do instrumento. Pasquali (1999) ressalta que a teoria deve fundamentar qualquer empreendimento científico e, com isso, deve ser clara a explicitação da teoria sobre a qual o teste foi construído. Ainda segundo o pensamento deste autor, uma avaliação deve, portanto, ser embasada em critérios científicos que possibilitem medidas confiáveis de uma determinada amostra do comportamento. Ressalta-se Fishbein e Ajzen (1975) ao afirmar que:

As culturas e as populações são únicas, portanto as razões importantes para realizar ou não um dado comportamento, variam de cultura para cultura, assim como de grupo para grupo, dentro de uma determinada cultura (...) para identificar os determinantes de um dado comportamento em uma população específica (p. 15).

Diante do exposto, desenvolveu-se uma estratégia metodológica para atingir os seguinte objetivo: conhecer as propriedades psicométricas da Escala de crenças em relação ao uso do preservativo e da Escala de crenças sobre a Aids e as delimitações operacionais das variáveis de interesse e categorias analíticas do estudo.

3.2 Método

3.2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de campo, exploratório, descritivo e correlacional, com abordagem quantitativa. Considerando o objetivo descrito anteriormente e o referencial teórico, foram verificadas as evidências psicométricas dos instrumentos utilizados neste estudo.

3.2.2 – Lócus da pesquisa

A pesquisa foi realizada nos campi da Universidade Federal da Paraíba – UFPB (João Pessoa), Centro Universitário de Ensino – UNIPÊ (João Pessoa), Universidade Estadual da Paraíba (Unidade III – Guarabira e Unidade I – Campina Grande), Universidade Federal de Campina Grande (Cajazeiras) e Faculdades Integradas de Patos – FIP (Patos).

3.2.3 Participantes

A amostra foi do tipo intencional e não-probabilística, constituída por 500 estudantes universitários, com idade entre 20 e 29 anos, distribuídos em diversos períodos letivos. Seguindo os critérios sobre o número de participantes necessários para a realização de procedimentos estatísticos de validação de uma escala, considerou-se uma representatividade de cinco participantes por item da escala (Laros, 2005; Pasquali,

1999). Para a inclusão dos participantes na amostra, foram adotados os seguintes critérios:

- I) Aceitar participar da amostra;
- II) Responder aos questionários de modo completo;
- II) Ter idade de 20 anos a 29 anos.

3.2.4 Instrumento

O instrumento utilizado foi um questionário estruturado, auto-aplicável, construído a partir de estudos de Fisher et al (2002); Moore, (2008); Azevedo (2007) (Apêndice 1), dividido em três módulos, conforme a descrição a seguir:

- ✓ Questionário sociodemográfico (primeiro módulo) – com informações sobre idade, sexo, status conjugal, cidade de domicílio, renda familiar, religião, religiosidade, vínculo institucional, curso e período.
- ✓ Crenças acerca do uso do preservativo (segundo módulo) - 16 itens referentes aos aspectos positivos e negativos associados ao uso do preservativo (escala de resposta do tipo *Likert* variando de 1 a 5).
- ✓ Crenças acerca da Aids (terceiro módulo) – 25 itens referentes às crenças de causalidade, transmissão e atribuição da Aids.

3.2.5 Procedimento Ético

Este estudo foi realizado considerando os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo

Seres Humanos, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba (Anexo I).

Foi solicitado o Consentimento Informado dos participantes, cujo modelo foi elaborado de acordo com a Resolução acima mencionada. Este documento se constitui da solicitação aos estudantes para participação no estudo, após serem informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e obtida a aquiescência – escrita e assinada – para participação, além de ser assegurado o anonimato (Apêndice 1). Foi informado ainda que este consentimento garantia ao participante o direito de interromper sua colaboração na pesquisa a qualquer momento, caso julgasse necessário, sem que isso implicasse em qualquer tipo de prejuízo.

3.2.6 Procedimento de coleta de dados

Após aprovação do Comitê de ética e dos coordenadores das instituições aprovarem a autorização da pesquisa, elaborou-se um cronograma parcial de atividades, de acordo com a disponibilidade dos professores em sala de aula. Adotaram-se as seguintes etapas junto aos participantes: (1) identificação dos dados sociodemográficos de acordo com os critérios adotados para a inclusão na amostra, (2) explicação do objetivo da pesquisa e do anonimato da colaboração dos participantes. Foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as normas da Resolução 196/96.

A aplicação do instrumento foi realizada em ambiente coletivo de sala de aula, no entanto, respondidos individualmente. O tempo médio de aplicação foi de 20

minutos, sendo continuamente assistido pelos aplicadores para possíveis esclarecimentos de dúvidas e auxílio no preenchimento das informações.

3.2.7 Procedimento de análise dos dados

Os dados advindos do primeiro módulo (questionário sociodemográfico), foram processados pelo *Software IBM SPSS for Windows* (versão 20.0), realizando estatística descritiva (Frequência, Média e Desvio Padrão). Os dados oriundos do segundo e terceiro módulo (Crenças acerca do uso do preservativo e crenças acerca da Aids) foram processados pelo *Software* mencionado e analisado pela estatística inferencial (análise fatorial exploratória, teste t-*Student*, alfa de *cronbach*).

Previamente foi realizado um pré-teste do instrumento contido no segundo e terceiro módulo com o objetivo de avaliar a compreensão, adequação dos termos e expressões (validação semântica). Participaram desta etapa 20 estudantes universitários de vários períodos (1º ao 9º período). Os resultados confirmaram a adequação semântica do instrumento, possibilitando a sua aplicação.

Quanto a análise fatorial exploratória, procedeu-se antecipadamente a adequação de dois indicadores: *KMO* (*Kaiser-Meyer-Olkin*) e *Teste de Esfericidade de Bartlett*. O *KMO* é um indicador utilizado para confrontar a magnitude dos coeficientes de correlação simples observados em relação às magnitudes dos coeficientes de correlação parcial. Já o *Teste de Esfericidade de Bartlett*, é utilizado para examinar a hipótese de que as variáveis não estejam correlacionadas na população. Os indicadores do *KMO* devem ser considerados acima de 0,50, sendo valores desejáveis aqueles que se aproximem de 1; o *Teste de Esfericidade de Bartlett* precisa apresentar valor de qui-

quadrado (χ^2) significativo, isto é, $p < 0,05$ (Tabachnick & Fidell, 2007). Para a definição/extracção do número de componentes, utilizou-se dois critérios: *Kaiser* (valor próprio igual ou superior a 1), *Cattell* (distribuição dos valores próprios, desprezando aqueles que não se diferenciam dos demais, situando-se na base do gráfico). Os itens referentes às crenças sobre o uso do preservativo e crenças acerca da Aids foram submetidos ainda ao alpha de Cronbach, com a finalidade de se verificar a estrutura factorial e avaliar os índices de consistência interna dos fatores, respectivamente.

3.3. RESULTADOS

3.3.1 Resultados advindos do questionário sociodemográfico (primeiro módulo)

Os resultados descritos a seguir correspondem ao perfil dos participantes do Estudo I. Fizeram parte da amostra 500 estudantes universitários, distribuídos em 26 cursos de várias áreas, sendo 92% em instituições de ensino públicas (federais e estaduais), situadas no Estado da Paraíba. Grande parte (73%) dos estudantes reside em João Pessoa, apresentam média de idade de 22,4 anos (DP=2,37- variando entre 20 e 29 anos), dos quais 82% situam-se na faixa etária de 20 à 24 anos, podendo ser considerados como adultos jovens. A maioria é do sexo feminino (63%) e apenas 12% são casados.

A maioria se declara dependente financeiramente dos pais (54%) ou cônjuges (3%), ou dependem do apoio institucional através de bolsa de estudos (7%). Apenas 34% afirma independência financeira com renda própria através de atividades profissionais. Independente da forma de manutenção, a renda familiar em geral, pode ser considerada média baixa (DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e

Estudos Socioeconômicos, 2013), ou alcançando até a Classe C (IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013).

A afiliação religiosa mais declarada foi a católica (57%), seguido daqueles que afirmam não professar nenhuma religião. Em relação à religiosidade, 60% afirmaram alta ou média religiosidade. Estes dados são especificados na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos Participantes

Variáveis	N=500	
	N	%
Faixa Etária		
20 - 24 anos	410	82%
25 – 29 anos	90	18%
Sexo		
Masculino	185	37%
Feminino	315	63%
Estado Civil		
Solteiro	429	88%
Casado	61	12%
Manutenção Financeira		
Própria	169	34%
Pais	269	54%
Cônjugue	14	3%
Bolsa de Estudo	33	7%
Renda Familiar		
< 1.000,00	95	19%
1.000, – 3.000,	239	48%
3.000, - 5.000,	79	16%
> 5.000,00	85	17%
Residência		
Capital	364	73%
Interior	136	27%
Religião		
Católica	283	57%
Evangélica	70	14%
Outras	58	5%
S/Afiliação	120	24%
Religiosidade		
Pouca/Nenhuma	197	39%
Bastante/Muita	301	61%
Instituição de Ensino		
Pública	461	92%
Privada	39	8%
Tempo de Curso		
1º ao 5º período	347	69%
6º ao 10º período	153	31%

3.3.2 Propriedades Psicométricas advindas da Escala de Crenças sobre o Uso de Preservativo (segundo módulo)

Poder discriminativo dos itens

Inicialmente verificou-se o poder discriminativo dos itens através da análise de distribuição de frequências pelas alternativas de respostas. Contudo, observa-se uma concentração de escolhas nos valores mais baixos, indicando discordância com as crenças apresentadas (Tabela 2).

Tabela 2 – Média e Mediana dos Itens na Escala

Variáveis	M	DP	Md
47 - É possível ter prazer durante o ato sexual mesmo usando preservativo.	1,92	1,191	1,0
48 - Posso convencer o meu parceiro(a) a usar preservativo.	1,55	1,044	1,0
49 - Sinto vergonha de pedir ao meu parceiro(a) para usar preservativo.	1,64	1,194	1,0
50 - Não há necessidade de usar preservativos se a mulher usa contraceptivos orais.	1,90	1,292	1,0
51 - Não há necessidade de usar preservativos se o pênis é retirado antes de ejacular.	1,43	,931	1,0
52 - Não há necessidade de usar preservativo no sexo oral.	2,21	1,330	2,0
53 - Os preservativos são pouco confiáveis, porque eles podem rasgar, furar ou estourar durante a relação sexual.	2,98	1,346	3,0
54 - Os preservativos causam secura e irritação na mulher.	2,57	1,218	3,0
55 - Se eu pedir ao meu parceiro(a) para usar preservativos, ele/ela vai imediatamente suspeitar que tenho uma DST ou HIV / Aids.	1,66	1,109	1,0
56 - Se eu insistir que o meu parceiro (a) use preservativos ele/ela vai ficar com raiva.	1,84	1,183	1,0
57 - Se eu insistir que o meu parceiro(a) use regularmente preservativos ele/ela vai achar que não confio nele(a).	1,94	1,261	1,0
58 - A razão que meu parceiro(a) dá para não usar preservativo é que reduz o prazer.	2,47	1,427	2,0
59 - A razão que meu parceiro(a) dá para não usar preservativo é que é inconveniente ou difícil.	2,13	1,315	2,0
60 - E difícil para a mulher exigir o uso de preservativo.	2,35	1,392	2,0
61 - E difícil para a mulher comprar o preservativo.	2,77	1,519	3,0
62 - Portar o preservativo é papel do homem	2,20	1,486	1,0

Seguindo este critério, dos 16 itens iniciais, permaneceriam apenas 07 itens, portanto optou-se por proceder à Analise de Componentes Principais (ACP), seguida do estudo da Validade Convergente-Discriminante dos itens com as sub-escalas encontradas, eliminando aqueles itens que apresentem baixa correlação com os restantes e muito baixo poder discriminativo entre as sub-escalas (Polit & Hungler, 1997). Assim, para a eliminação dos itens, foram utilizados os seguintes critérios: (1) itens com carga fatorial igual ou inferior a 0,30; (2) itens que não apresentarem correlações (*r de Pearson*) acima de 0,30 significativas com o fator a que pertence; (3) itens que diminuem a consistência interna (*alpha de Cronbach*) da sub-escala a que pertence.

Visto que algumas variáveis apresentaram distribuições com moderada assimetria e/ou curtose, optou-se pela Analise Fatorial pelo método dos componentes principais que requer, apenas, que os dados estejam numa escala numérica e que guardem entre si, estruturas de correlação ou covariância, sem rotação. A fatorabilidade da matriz de correlações foi recomendada através da medida de adequação amostral Kaiser-Meyer Olkin (KMO), que trabalha com as correlações parciais das variáveis, que foi igual 0,78, portanto considerada razoável, e do teste de esfericidade de Bartlett, que verifica a hipótese de a matriz de covariâncias ser uma matriz identidade, teve sua hipótese rejeitada, ou seja, a matriz deste estudo não era identidade ($\chi^2_{(136)} = 1692,544, p < 0,000$), corroborando sua fatorabilidade (Pasquali, 2010). De acordo com os critérios definidos, foram eliminados nesta fase 02 itens (itens 53 e 62) por apresentarem carga fatorial inferior a 0,30. Esta solução fatorial explicou 63% de variância total, com dois fatores mais fortes (Critério de Cattell) explicando 34%.

Não houve exclusão de itens através dos critérios 2 e 3. Sendo assim, dos 16 itens iniciais, foram excluídos 02, permanecendo, portanto, 14 itens e foi executada nova análise fatorial.

A medida de adequação amostral KMO, que trabalha com as correlações parciais das variáveis, foi igual a 0,79, avaliada como razoável, podendo ser considerada adequada, de acordo com o método Kaiser (Pasquali, 2010). O teste de esfericidade de Bartlett, que verifica a hipótese de a matriz de covariâncias ser uma matriz identidade, teve sua hipótese rejeitada, ou seja, a matriz deste estudo não era identidade ($\chi^2_{(91)} = 1529,831$ $p < 0,000$), corroborando sua fatorabilidade.

Considerando a natureza das variáveis, executou-se uma Análise dos Componentes Principais (ACP), também sem rotação. De acordo com Hair, Anderson, Tatham, e Black (2005), na maioria dos casos tanto a ACP, quanto outro método, chegam aos mesmos resultados se as communalidades excederem 0,60 para a maior parte das variáveis, conforme ocorre no estudo em questão.

O resultado da análise dos componentes principais, pelo critério de Kaiser indica a extração de 05 componentes com valores próprios superiores a 1, os quais explicam conjuntamente 63% da variância total. No entanto, de acordo com o Gráfico 01, observa-se que, a partir do 2º componente, não há diferença significativa no tamanho do valor próprio (Critério de Cattell), o que justifica a fixação mínima dos componentes para este estudo em dois fatores. O primeiro apresenta valor próprio de 3,68 explicando 26,3% da variância. O segundo fator apresenta valor próprio de 1,65 explicando 11,8% da variância. Em conjunto, esses dois fatores explicam 38,1% da variância total. A Figura 1 ilustra o gráfico da dispersão dos componentes no *Scree test*.

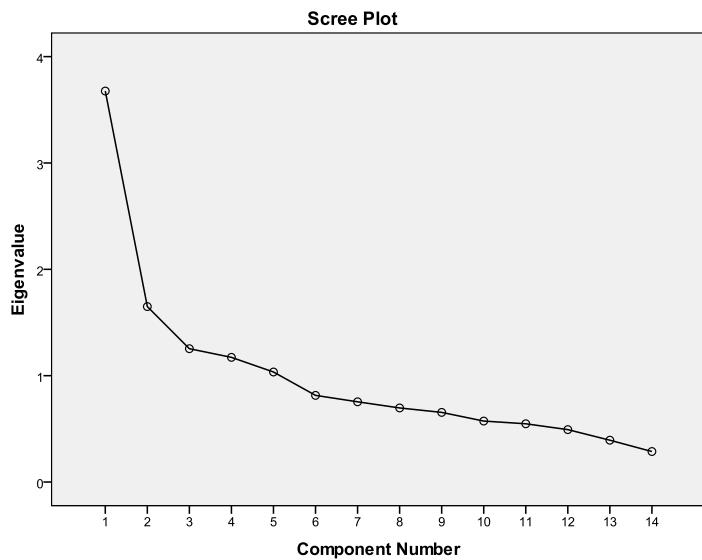


Figura 1 – Gráfico ilustrativo do teste *scree* de Cattell para a escala de crenças sobre o uso do preservativo

Com base nos dados contidos na Figura 1, fica evidente que a Escala de Crenças sobre o Uso do Preservativo admite uma estrutura bifatorial. Em seguida, identificou-se os itens de acordo com a distribuição dos fatores, seus indicadores de consistência interna (alfa de Cronbach), valores próprios e total da variância explicada. Os resultados são exibidos na Tabela 3.

Tabela 3 – Estrutura Fatorial da Escala de Crenças sobre o Uso do Preservativo

Variáveis	Fatores		
	1	2	h^2
47 É possível ter prazer durante o ato sexual mesmo usando preservativo.	,342		,678
48 Posso convencer o meu parceiro(a) a usar preservativo.	,520		,467
49 Sinto vergonha de pedir ao meu parceiro(a) para usar preservativo.	,370		,589
54 Os preservativos causam secura e irritação na mulher.	,399		,496
55 Se eu pedir ao meu parceiro(a) para usar preservativos, ele/ela vai imediatamente suspeitar que tenho uma DST ou HIV / Aids.	,673		,627
56 Se eu insistir que o meu parceiro (a) use preservativos ele/ela vai ficar com raiva.	,738		,726
57 Se eu insistir que o meu parceiro(a) use regularmente preservativos ele/ela vai achar que não confio nele(a).	,735		,734
58 A razão que meu parceiro(a) dá para não usar preservativo é que reduz o prazer.	,624		,602
59 A razão que meu parceiro(a) dá para não usar preservativo é que é inconveniente ou difícil.	,694		,652
60 É difícil para a mulher exigir o uso de preservativo.	,483		,673
61 É difícil para a mulher comprar o preservativo.	,320		,760
50 Não há necessidade de usar preservativos se a mulher usa contraceptivos orais.		,682	,612
51 Não há necessidade de usar preservativos se o pênis é retirado antes de ejacular.		,551	,586
52 Não há necessidade de usar preservativo no sexo oral.		,491	,584
Número de Itens	11	03	
Valor Próprio	3,68	1,65	
% da Variância Total	26,3	11,8	
Alfa de Cronbach	0,77	0,53	

Nota: h^2 = Comunalidade

Segundo Hair et al. (2005), são considerados valores adequados para o *alfa de Cronbach*, a partir de 0,60. Como pode ser observado na Tabela 3, enquanto o primeiro fator apresenta valor de coeficiente *alpha de Cronbach* considerado adequado (0,77), o segundo fator apresenta um valor de *alpha de Cronbach* baixo (0,53). Não obstante, como salienta Pasquali (2009), quando o número de itens é pequeno este dado deve ser relativizado, visto que neste caso o próprio item em análise afeta substancialmente o escore total a seu favor, nesse sentido optou-se pela retirada do segundo fator (itens 50, 51, 52). Deste modo, a escala configurou-se em um modelo unifatorial, apresentando

fidelidade adequada, composta por 11 itens, cujas saturações variaram de 0,32 (item 61) a 0,74 (item 56), com valor próprio (*eigenvalue*) de 3,68 explicando 26% da variância total, com consistência interna adequada (*alpha de Cronbach* = 0,77). Seus itens se referem à percepção do indivíduo sobre o significado de um determinado comportamento para o grupo de referência, dificuldades no manejo em usar o preservativo, redução do prazer sexual e percepção do parceiro. Em continuidade, a Tabela 4 apresenta a correlação de cada item com os fatores da escala:

Tabela 4 – Correlação de cada item com os fatores da escala

	Fator 1	Fator 2
47 É possível ter prazer durante o ato sexual mesmo usando preservativo.	,396	,139
48 Posso convencer o meu parceiro(a) a usar preservativo.	,493	,247
49 Sinto vergonha de pedir ao meu parceiro(a) para usar preservativo.	,406	,120
54 Os preservativos causam secura e irritação na mulher.	,414	,257
55 Se eu pedir ao meu parceiro(a) para usar preservativos, ele/ela vai imediatamente suspeitar que tenho uma DST ou HIV / Aids.	,622	,138
56 Se eu insistir que o meu parceiro (a) use preservativos ele/ela vai ficar com raiva.	,701	,073
57 Se eu insistir que o meu parceiro(a) use regularmente preservativos ele/ela vai achar que não confio nele(a).	,684	,116
58 A razão que meu parceiro(a) dá para não usar preservativo é que reduz o prazer.	,623	,113
59 A razão que meu parceiro(a) dá para não usar preservativo é que é inconveniente ou difícil.	,680	,181
60 E difícil para a mulher exigir o uso de preservativo.	,561	,026
61 E difícil para a mulher comprar o preservativo.	,440	,009
50 Não há necessidade de usar preservativos se a mulher usa contraceptivos orais.	,154	,746
51 Não há necessidade de usar preservativos se o pênis é retirado antes de ejacular.	,262	,688
52 Não há necessidade de usar preservativo no sexo oral.	,100	,712

3.3.3 Propriedades Psicométricas da Escala de Crenças acerca da Aids (terceiro módulo)

Poder discriminativo

Seguindo os mesmo procedimentos da busca por evidências psicométricas da escala anterior, verificou-se o poder discriminativo dos itens através da análise de distribuição de frequências pelas alternativas de respostas. Contudo, obteve-se o mesmo resultado, ou seja, na maioria dos itens ocorreu uma concentração de escolhas nos valores mais baixos, indicando discordância com as crenças apresentadas. Neste sentido, optou-se por utilizar os seguintes critérios para eliminação de itens discrepantes (Polit & Hungler, 1997): 1. itens com carga fatorial igual ou inferior a 0,30; 2. itens que não apresentarem correlações (*r de Pearson*) acima de 0,30 significativas com o fator; 3. itens que diminuem a consistência interna (*alpha de Cronbach*) da sub-escala a que pertence. Desta forma, dos 24 itens iniciais, dois (72 e 78) foram excluídos por apresentar carga fatorial abaixo de 0,30 (critério 1), três (84,85 e 86) por não apresentarem correlação com o fator (critério 2) e um item (75) foi excluído pelo critério 3, além de apresentar communalidade inferior a 0,50. Desta foram excluídos 06 itens, permanecendo 18 itens com os quais foi executada nova análise fatorial.

A medida de adequação amostral KMO, que trabalha com as correlações parciais das variáveis, foi igual a 0,97, avaliada como muito boa, podendo ser considerada adequada, de acordo com o método Kaiser (Pasquali, 2010). O teste de esfericidade de Bartlett, que verifica a hipótese de a matriz de covariâncias ser uma matriz identidade, teve sua hipótese rejeitada, ou seja, a matriz deste estudo não era identidade ($\chi^2_{(153)} = 7219,615 \ p < 0,000$), corroborando sua fatorabilidade.

Considerando a natureza das variáveis, executou-se uma Análise dos Componentes Principais (ACP), também sem rotação. De acordo com Hair et al (2005), na maioria dos casos tanto a ACP, quanto outro método, chegam aos mesmos resultados se as communalidades excederem 0,60 para a maior parte das variáveis, conforme ocorre no estudo em questão.

O resultado da análise dos componentes principais, pelo critério de Kaiser indica a extração de apenas 01 componente, com 18 itens, com valor próprio de 11,04, explicando 61% da variância. Esta unidimensionalidade também pode ser observada na Figura 3 (Critério de Cattell) que ilustra a dispersão dos componentes no *Scree test*.

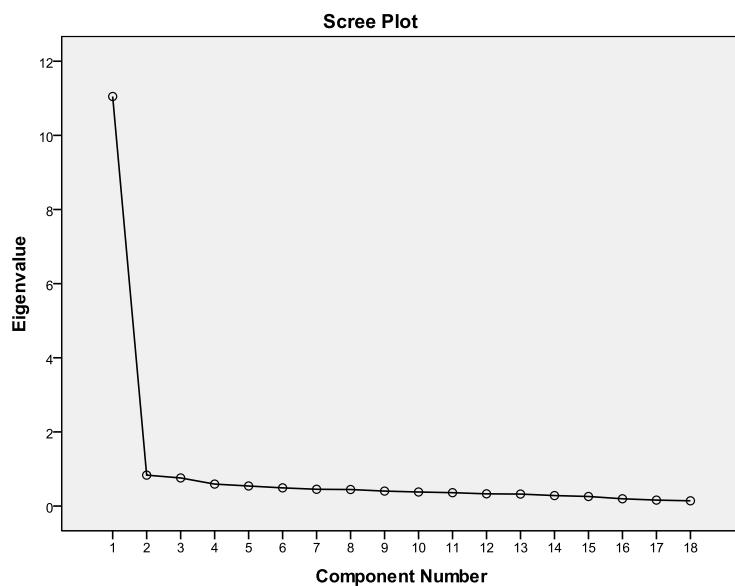


Figura 2 – Gráfico ilustrativo do teste *scree* de Cattell para a Escala de Crenças acerca da Aids

Nas tabelas seguintes são apresentadas a estrutura fatorial final destacando as cargas fatoriais e as communalidades de cada variável (Tabela 5) e a validade convergente-discriminante dos itens (Tabela 6) através da correlação de *r de Pearson*, após a eliminação dos itens de acordo com os critérios previamente definidos.

Tabela 5 – Estrutura Fatorial da Escala de Crenças acerca da Aids

Variáveis	Fator 1	h^2
63 Somente os depravados sexualmente contraem Aids.	,719	,518
64 A Aids é uma invenção dos moralistas para frear a liberdade sexual.	,787	,619
65 Pessoas contaminadas com Aids devem ser afastadas do convívio social.	,774	,600
66 É necessário demitir funcionários contaminados com Aids de seu emprego para proteger os demais.	,816	,665
67 Alunos contaminados com o vírus da Aids ou com suspeita devem ser afastados das escolas.	,862	,743
68 É importante a divulgação de nomes de pessoas contaminadas com a Aids como medida de prevenção para outras pessoas.	,742	,551
69 A Aids é uma punição de Deus frente ao liberalismo do final do século XX.	,795	,633
70 Qualquer pessoa está sujeita a adquirir Aids se for esta a vontade divina.	,679	,561
71 O uso de camisinhas, durante o ato sexual, diminui o risco de contrair a Aids.	,748	,560
73 Só quem é azarado contrai Aids.	,841	,707
74 É necessário afastar-se de um amigo que contraiu Aids.	,766	,587
76 A Aids é um pretexto das indústrias farmacêuticas para lançamento de novos medicamentos.	,766	,586
77 A Aids surgiu para punir a humanidade que há muito vem se afastando de DEUS.	,781	,610
79 A Aids pode ser transmitida através de utensílios como copos, xícaras, talheres e pratos.	,716	,513
80 Evitar visitar locais frequentados por pessoas com o vírus, diminui a possibilidade de adquirir Aids.	,741	,549
81 Aquele que crê em Deus e pratica uma religião está livre de adquirir Aids.	,828	,686
82 O portador do vírus da Aids deve ser isolado da sociedade.	,879	,773
83 Deve ser vedada a participação de portadores da Aids de atividades coletivas.	,830	,689
Numero de Itens		18
Valor Próprio		11,0
% da Variância Total		61,0
Alfa de Cronbach		0,96

Nota: h^2 = Comunalidade

Tabela 6 – Correlação de cada item com os fatores da escala

Variáveis	Fator 1
63 Somente os depravados sexualmente contraem Aids.	,724
64 A Aids é uma invenção dos moralistas para frear a liberdade sexual.	,788
65 Pessoas contaminadas com Aids devem ser afastadas do convívio social.	,776
66 É necessário demitir funcionários contaminados com Aids de seu emprego para proteger os demais.	,813
67 Alunos contaminados com o vírus da Aids ou com suspeita devem ser afastados das escolas.	,859
68 É importante a divulgação de nomes de pessoas contaminadas com a Aids como medida de prevenção para outras pessoas.	,744
69 A Aids é uma punição de Deus frente ao liberalismo do final do século XX.	,795
70 Qualquer pessoa está sujeita a adquirir Aids se for esta a vontade divina.	,684
71 O uso de camisinhas, durante o ato sexual, diminui o risco de contrair a Aids.	,750
73 Só quem é azarado contrai Aids.	,839
74 É necessário afastar-se de um amigo que contraiu Aids.	,765
76 A Aids é um pretexto das indústrias farmacêuticas para lançamento de novos medicamentos.	,765
77 A Aids surgiu para punir a humanidade que há muito vem se afastando de DEUS.	,780
79 A Aids pode ser transmitida através de utensílios como copos, xícaras, talheres e pratos.	,721
80 Evitar visitar locais frequentados por pessoas com o vírus, diminui a possibilidade de adquirir Aids.	,743
81 Aquele que crê em Deus e pratica uma religião está livre de adquirir Aids.	,826
82 O portador do vírus da Aids deve ser isolado da sociedade.	,875
83 Deve ser vedada a participação de portadores da Aids de atividades coletivas.	,826

Pode-se, assim, considerar que a escala em estudo apresenta, na sua globalidade, uma fidelidade adequada, com estrutura unidimensional, composto por 18 itens, cujas saturações variaram de 0,679 (item 70) a 0,879 (item 82), com valor próprio (*eigenvalue*) de 11,0 explicando 61% da variância total, com consistência interna adequada (*alpha de Cronbach* = 0,96). Seus itens se remontam às crenças conservadoras oriundas do início da epidemia, referentes ao contágio, causalidade de discriminação em relação às pessoas que vivem com o HIV.

3.4. Discussão dos Resultados

Discussão dos dados sociodemográficos

Para a amostra do Estudo I, verificou-se que 82% destes estudantes com idades de 20 a 24 anos, faixa etária de maior inserção no ensino superior (Osório, 2009), sendo, portanto, característica do 3º grau. É também um período onde é comum a busca por parceiros afetivos, podendo ser indicativa de uma prática sexual maior entre os jovens, como afirmou Papalia et al. (2010) ao descrever os adultos jovens e seus envolvimentos afetivos.

A predominância do sexo feminino (63%) evidencia o quanto tem havido maior inserção das mulheres nos cursos superiores, principalmente em cursos que têm, historicamente, uma predominância feminina de estudantes. Outra questão apontada é o fato de que a população feminina no Brasil também é mais numerosa (IBGE, 2012), isso mostra que nos últimos tempos a mulher tem lutado mais pela sua maior inserção no mercado de trabalho, maior independência financeira, corroborando estas questões, em uma pesquisa realizada por Leta (2003), verificou-se que tem havido um número cada vez mais crescente de mulheres em alguns cursos universitários por tradição ocupados por homens, como os cursos de engenharia, química e medicina, tendência esta que tende a aumentar, além de as mulheres já representarem maior número nas universidades, de modo geral.

Em relação ao estado civil, os dados dessa pesquisa apontaram para uma maior incidência de solteiros (88%). Esse dado tem mostrado que as pessoas têm adiado a ideia do casamento (ao contrário do que ocorria antigamente), dando prioridade à vida profissional, passando mais tempo dependentes financeiramente dos pais para poderem

concluir o curso superior, conforme foi encontrado também em estudo de Riscado e Peres (2008), no qual constatou-se que existem hoje fatores que levam os jovens a adiarem o casamento, como a coabitação, sem necessariamente haver casamento e a maior independência da mulher, além desses fatores existe o adiamento da busca pelo mercado de trabalho, para priorizar os estudos.

Outro ponto de destaque no perfil dos estudantes foi a religião, que para a presente tese foi a católica como é a mais encontrada no Brasil. Este índice poderia sofrer influência se fosse feita uma nova pesquisa após a visita do papa Francisco (julho de 2013), que mobilizou positivamente milhões de jovens, contudo, mesmo antes desta ilustre visita, os jovens se consideraram bastante religiosos. São estudantes, em sua maioria, de Instituições de Ensino Público que continuam oferecendo uma maior diversidade de cursos em períodos diversos além do acesso à Universidade através das cotas oferecidas pelo Governo Federal ter completado 11 anos (Brasil, 2012; 2002), possibilitando maior acesso de alunos ao ensino superior.

Além desses fatores anteriormente mencionados, a maioria dos universitários pertencem a famílias que têm renda entre 1000,00 e 3000,00 Reais (48%), encontrando-se em condições econômicas melhores que jovens que completaram até o Ensino Médio, mas não cursaram faculdade, corroborando estudo realizado por Osório (2009), o qual apontava para uma associação forte entre a classe econômica e o nível de escolaridade. Assim esta tese vem destacar o fato de que não apenas jovens de baixa renda econômica e um nível de escolaridade mais baixo estão vulneráveis ao HIV/Aids, mas também os jovens em melhores condições financeiras e inseridos em contexto universitário podem apresentar riscos aos vírus da Aids. Isso implica em uma população que vai de encontro às pesquisas que apontam para a pauperização da Aids (Irffi, Soares, & DeSouza, 2010;

Rodrigues, Carneiro, Nogueira & Athayde, 2013; Silva, Saldanha & Azevedo, 2010), contudo, é possível observar que mesmo estando em uma melhor condição econômica e educativa, ainda assim, muitas dúvidas e crenças conservadoras sobre a Aids prevalecem.

Discussão das escalas

Face aos resultados obtidos após a realização das análises exploratórias para as duas escalas de *Crenças sobre o Uso do Preservativo e Crenças acerca da Aids*, constatou-se que estes instrumentos reuniram evidências psicométricas favoráveis para o contexto em que o estudo foi realizado. As duas medidas ficaram constituídas por uma única dimensão, cada uma.

Com relação a Escala de crenças sobre o uso do preservativo (segundo módulo), esta, na sua versão final, ficou constituída de 11 itens relacionados ao posicionamento dos jovens em relação ao uso ou não uso do preservativo, a negociação de seu uso e o posicionamento masculino/feminino diante do insumo, em consonância com estudo efetivado por Alves e Brandão (2009) que demonstrou que existem intermitências nos métodos contraceptivos utilizados pelos jovens, fazendo com que hajam dúvidas e uma carência de discussões tanto em casa quanto no contexto acadêmico sobre a sexualidade. Além desses fatores, as autoras verificaram também que existem barreiras culturais que dificultam uma maior possibilidade de discussão, fazendo com que a prática sexual continue sendo guiada por fatores morais e sociais. Este resultado se assemelha também com o estudo de Dessunti e Reis (2012), o qual aponta para uma autopercepção dos jovens da pesquisa de serem invulneráveis, ou com pouca

possibilidade de contrair uma DST, contudo, outros jovens da mesma faixa etária são percebidos com grande probabilidade de se infectarem.

A segunda escala, denominada *Crenças acerca da Aids* (terceiro módulo), na sua versão final, ficou constituída de 18 itens, relacionados às crenças dos jovens sobre a epidemia da Aids, suas formas de contaminação e como eles veem as pessoas que convivem com o HIV/Aids. Os resultados advindos desta escala assinalaram para crenças distorcidas sobre as formas de contaminação ao HIV/Aids. Estes dados corroboram com o estudo desenvolvido por Nasir, Åstrøm, David e Ali (2008), o qual apontou para crenças distorcidas sobre as formas de contaminação da Aids, tais como aperto de mão e compartilhamento de utensílios de cozinha.

Estas crenças possivelmente são preditoras de comportamento, pois, conforme Krüger (2011), ao serem construídas baseadas em experiências pessoais e grupais, as crenças influenciam na forma de pensar e agir. De modo que, ao se ter um conhecimento distorcido sobre a Aids, isso pode levar o jovem a não ter uma proteção segura, consequentemente tornando-o mais vulnerável à doença, dificultando as possibilidades de prevenção.

Em síntese, considera-se que o *Estudo I*, referente à averiguação das propriedades psicométricas das escalas de *Crenças sobre o Uso do Preservativo* e *Crenças acerca da Aids*, atingiu o objetivo previsto. Desta forma, considera-se que é possível passar ao Estudo II que visa analisar as crenças e práticas preventivas em relação a Aids.

CAPÍTULO IV

**ESTUDO II - CRENÇAS E PRÁTICAS PREVENTIVAS EM RELAÇÃO À
AIDS: INFLUÊNCIAS PARA A VULNERABILIDADE**

4.1. Introdução

Entre os fatores reconhecidos como facilitadores de comportamentos preventivos inclui-se um conjunto de informações, envolvendo o conhecimento a infecção pelo HIV/Aids, o sexo seguro e habilidade para a negociação com os parceiros sexuais (Finkler, Oliveira & Gomes, 2004). Neste sentido, de acordo com a UNESCO (Brasil, 2002), é preciso considerar que os comportamentos positivos ou negativos em relação aos cuidados com a saúde são aprendidos desde a infância, no decorrer do processo de formação e socialização do indivíduo. Assim, a principal meta para a adoção de práticas preventivas à Aids é o desenvolvimento de uma consciência crítica que facilite a adoção de comportamentos preventivos que evitem a infecção ao HIV, sendo necessário considerar o que significa prevenção para os jovens, posto que esta se relaciona diretamente com o contexto sociocultural do indivíduo.

Contudo, ao se considerar a vulnerabilidade ao HIV é necessário considerar os aspectos individuais, sociais e programáticos (Ayres et al., 2003), em relação ao agravo, como também fatores como o nível socioeconômico e a escolaridade, uma vez que repercutem sobre o acesso à informação, aos serviços e à disponibilidade de recursos para a prevenção. Assim, outro crescente contexto epidemiológico da Aids, (Paiva, Latorre, Gravato & Lacerda, 2002; Praça, Souza & Rodrigues, 2010; Ribeiro, Silva & Saldanha, 2011), tem sido caracterizado pela crescente feminização da epidemia, na qual a negociação do uso do preservativo para a adoção de práticas preventivas tem sido apontada com dificuldade pelas mulheres, pois a sugestão para uso do insumo pode ser interpretada sob diferentes óticas, resultando em consequências adversas, como, por exemplo, o questionamento sobre a fidelidade do parceiro, assim como sua saúde. Sob

este contexto, este estudo tem como objetivos: 1. Descrever as Práticas Sexuais e Preventivas dos participantes; 2. Identificar as diferenças entre os sexos em relação às práticas preventivas, crenças acerca da Aids e do uso de preservativo e percepção de vulnerabilidade; 3. Examinar a influência das crenças acerca da Aids e crenças acerca do uso de preservativo na prática preventiva (uso de preservativo) e percepção de vulnerabilidade; 4. Examinar a relação de variáveis sociais (informações, status socioeconômico e religiosidade) e psicológica (percepção de risco) na prática preventiva (uso de preservativo); 5. Analisar as explicações dos participantes acerca da vulnerabilidade dos jovens ao HIV/Aids.

4.2 Método

4.2.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de campo, transversal, descritivo e correlacional, adotando uma abordagem quantitativa e qualitativa.

4.2.2. *Lócus* da pesquisa

A pesquisa foi realizada nos campi da Universidade Federal da Paraíba – UFPB (João Pessoa), Centro Universitário de Ensino – UNIPÊ (João Pessoa), Universidade Estadual da Paraíba (Unidade III – Guarabira e Unidade I – Campina Grande), Universidade Federal de Campina Grande (Cajazeiras) e Faculdades Integradas de Patos – FIP (Patos).

4.2.3. Participantes

A amostra, a exemplo do primeiro estudo, foi do tipo intencional e não-probabilística, constituída por 500 estudantes universitários, com idade entre 20 e 29 anos, distribuídos em 12 cursos universitários (Psicologia, Pedagogia, Turismo, Serviço Social, Ciências Contábeis, Relações Internacionais, Letras, Nutrição, Engenharia, Arquitetura e urbanismo, Geografia e Ciências da Computação), e em diversos períodos letivos. Foram adotados os mesmos critérios de inclusão do Estudo I.

4.2.4 Instrumento

Foi utilizado um questionário semiestruturado composto por 47 questões, dividido em cinco módulos:

- ✓ Práticas sexuais [09 itens referentes à iniciação sexual (idade e parceria), última relação sexual, número de parceiros, orientação sexual].
- ✓ Práticas Preventivas (09 itens referentes aos métodos preventivos, uso do preservativo, acesso ao preservativo, negociação do uso de preservativo, DST).
- ✓ Vulnerabilidade à Aids (16 itens referentes à percepção de risco, controle percebido, percepção de vulnerabilidade, proximidade, testagem ao HIV).
- ✓ Acesso e Informações (12 itens referentes ao acesso e posse do preservativo e ao recebimento de informações acerca da Aids).
- ✓ Explicações para Vulnerabilidade (Uma única questão aberta, dissertativa, respondida por escrito, questionando sobre os motivos da contaminação de jovens pelo HIV).

4.2.5 Procedimento ético

O desenvolvimento do segundo estudo seguiu os mesmos critérios do Estudo I que preconizam pesquisas com seres humanos conforme Resolução nº 196/96 (Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996).

4.2.6 Procedimento de coleta de dados

Após a autorização dos gestores das instituições para realização da pesquisa, utilizou-se o mesmo procedimento do Estudo I, atendendo a disponibilidade dos professores em sala de aula.

4.2.7 Procedimento de análise dos dados

Os dados advindos da coleta foram processados pelo *Software IBM Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows* (versão 20.0) e analisado pela estatística descritiva (frequência, média, desvio padrão) e inferencial (teste t-*Student*, correlação R-*Pearson*). Para analisar a questão aberta utilizou-se a categorização temática proposta por Figueiredo (1993).

Na verificação da força e do tipo de relações entre as variáveis foram utilizados os coeficientes de correlações *r* de Pearson, acompanhados dos seus respectivos níveis de significância (*p*).

Para a Questão aberta seguiu-se o procedimento da análise categorial temática, a partir dos temas suscitados e processadas por meio de duas etapas, abaixo delimitadas. A primeira etapa constituiu-se das seguintes fases:

- *Leitura Inicial*: Nessa primeira leitura, foram identificados os pontos preliminares, ligados às categorias.
- *Marcação*: Foram selecionados alguns trechos das respostas que corresponderam às Categorias pré-estabelecidas, além de outros conteúdos também considerados importantes.
- *Corte*: Os trechos selecionados foram retirados do texto.
- *Junção*: Os trechos selecionados foram agrupados.
- *Notação*: Observações marginais sobre os trechos foram realizadas, objetivando localizá-los na literatura e no contexto da amostra.
- *Discussão*: As observações foram discutidas para que fosse feita a segunda junção, onde foram agrupados os trechos de todas as respostas em relação a uma mesma categoria.

Na segunda fase a junção se referiu aos conteúdos comuns a todas as respostas. Assim, as junções realizadas na etapa anterior foram agrupadas e estudadas em função da equivalência de conteúdos/significados, referindo-se às questões comuns, dentro de cada categoria. Logo, foram seguidas as seguintes fases:

- *Leitura Inicial*: Foi realizada uma leitura para a identificação dos trechos, cujos significados foram comuns dentro de cada Categoria.
- *Organização*: Esses trechos foram agrupados e classificados em subcategorias.
- *Notação*: Quando necessário, foram ampliadas as observações marginais relacionando-as às subcategorias.

4.3. RESULTADOS

Para o Estudo II, seguiu-se o perfil da amostra do Estudo I, sendo consideradas apenas as respostas dos jovens cujos itens dos instrumentos foram válidos. Os resultados são apresentados de acordo com a sequência dos objetivos conforme mencionados na introdução deste estudo.

4.3.1. Práticas Sexuais e Preventivas

Os dados deste item correspondem ao primeiro objetivo do Estudo 2. Dentre os universitários que participaram do estudo, 73% (N=363) afirmaram ter tido iniciação sexual (relações sexuais com envolvimento genital), dos quais 45% são do sexo masculino e 55% feminino. A iniciação se deu em média aos 17,6 anos, com diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($X_{(16)}=60,867$ – $p=,000$). Para o sexo masculino, a iniciação sexual se deu, em média aos 16,5 anos ($DP=2,40$ - variando de 9 à 24 anos), com parceiros com maior idade ($M= 19.52$ – $DP= 4,90$ – variando de 11 – 40 anos), geralmente tendo como parceira a namorada (26%), Parceira ocasional (*ficante*) (23%) e amiga (22%). Para o sexo feminino ocorreu em média aos 18,4 anos ($DP= 2,48$ - variando entre 13 e 26 anos), geralmente tendo como parceiro o namorado (81%) e Parceiro ocasional (10%), também com idade mais avançada ($M=21,6$ – $DP=4,56$, variando de 12 a 41 anos). Em relação a orientação sexual, a maioria declarou ser heterosexual (94%), seguido de 5% homossexuais e 1% bissexual. Estes dados podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7 – Iniciação Sexual

Variáveis	Geral N=363		Masculino N=162		Feminino N=201		p*
	N	%	N	%	N	%	
Faixa Etária							
< 14 anos	36	10%	29	18%	7	3%	
14 - 16 anos	88	24%	50	31%	38	19%	
17 - 20 anos	187	52%	74	46%	113	56%	
21 - 29 anos	51	14%	8	5%	43	21%	,000
Faixa Etária Parceiro							
< 14 anos	36	7%	29	16%	7	2%	
14 - 16 anos	88	18%	50	27%	38	12%	
17 - 20 anos	187	37%	74	40%	113	36%	
21 - 29 anos	51	10%	8	4%	43	14%	
> 30 anos	138	28%	24	13%	114	36%	,000
Parceria							
Namorado (a)	205	57%	42	26%	163	81%	
Parc. Ocasional	57	16%	38	24%	19	9%	
Amigo(a)	42	12%	36	22%	6	3%	
Desconhecido(a)*	35	10%	34	21%	1	,5%	
Cônjugue	13	4%	4	2%	9	4%	
Outro	10	3%	7	4%	3	1%	,000
Última relação Sexual							
< um mês	251	69%	96	60%	155	77%	
2 – 5 meses	60	17%	36	22%	24	12%	
> 5 meses	51	14%	29	18%	22	11%	,002
Orientação Sexual							
Heterossexual	470	94%	162	88%	308	98%	
Homossexual	24	5%	21	11%	3	1%	
Bissexual	6	1%	2	1%	4	1%	,000

* Qui-quadrado – significativo $p \leq 0,05$ **Conheceu no dia.

Conforme pode ser observado, obteve-se diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo para todas as variáveis, confirmando a tendência de que o sexo masculino, de forma geral, tem iniciação sexual mais precoce, com parceria na mesma faixa etária com a qual não necessariamente mantém vínculo afetivo. Por outro lado, o sexo feminino tem iniciação mais tardia, com parceiros também mais velhos e no contexto de relacionamento afetivo (namoro ou casamento).

Em relação à idade do jovem e a faixa etária do parceiro, verifica-se que, embora com algumas discrepâncias, existe uma relação positiva de aumento conjunto na

idade das parcerias, ou seja, na medida em que aumenta a idade do jovem iniciante, aumenta a idade do parceiro, este dado pode ser observada na Figura 3.

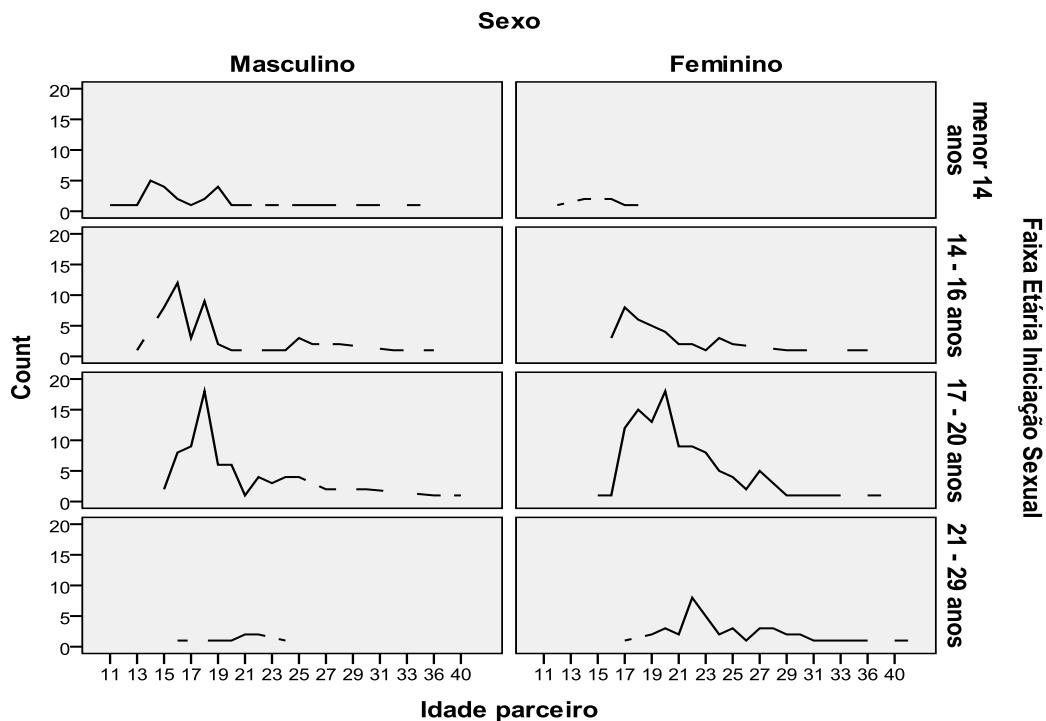


Figura 3 – Relação entre a idade do jovem e faixa etária do parceiro na iniciação sexual

Embora o número de parceiros ao longo da vida tenha apresentado grande variabilidade ($M=4,8$ – $DP=7,55$ – variando de 1 – 70), o valor da mediana ($Md=2$) demonstra que a maioria não teve muitos parceiros. Um único parceiro foi afirmado por 33% dos participantes, 16% afirmaram ter tido 2 parceiros e 12% tiveram 3 parceiros sexuais.

Estes números demonstram que 61% da amostra teve entre 1 e 3 parceiros sexuais ao longo da vida, além de apresentarem diferença entre os sexos ($X_{(3)}=85,948$; $p=,000$), apontando maior número de parceiros sexuais para o sexo masculino. No que se refere às parcerias sexuais no momento da coleta, 70% declararam monogamia, e 2%

bigamia e poligamia, respectivamente. A ausência de parceiros no momento foi afirmada por 25% dos participantes, sendo maior para o sexo masculino.

O método preventivo mais utilizado foi o preservativo masculino (60%), seguidos da pílula anticoncepcional (28%) e a tabela (4%). Considerando os dois mais citados, verificou-se diferença estatística entre o estado civil, com uma inversão. Entre os solteiros, 65% afirmaram o uso do preservativo masculino, seguido pela pílula (24%), enquanto os casados, de maneira inversa, afirmaram o uso da pílula (52%), seguido do preservativo masculino (31%). Aqui observa-se que a pílula anticoncepcional é muito utilizada como método preventivo, sendo este método entendido pelos jovens como necessário para evitar a gravidez, mas não apontam para a prevenção contra DST's, o que pode colocá-los em situação de vulnerabilidade, isso leva a um questionamento sobre o que eles têm percebido como prevenção necessária.

Uso do Preservativo Masculino

Dada sua relevância para a prevenção da Aids, o uso do preservativo foi aprofundando nestes estudo. Os resultados indicaram que a maioria dos participantes (69%) referiu ter usado o preservativo na 1^a relação sexual, 24% afirmaram ter feito uso em todas as relações sexuais ao longo da vida (47% fizeram uso na maioria das vezes e 29% em poucas ou nenhuma vez) e 60% afirmaram ter usado na última relação sexual.

Considerando a última relação sexual, as principais justificativas para o uso do preservativo foram a necessidade de prevenção (72%) e a anticoncepção (10%), enquanto os motivos mais citados dentre aqueles que não fizeram uso foi o fato do parceiro ser fixo/relacionamento estável (19%), conhecer a conduta do parceiro (13%),

usar outro método contraceptivo (10%) e não dispor do preservativo no momento (6%). Estas justificativas apresentaram diferença entre os sexos ($X_{(7)}=26,068$; $p =,000$) no que refere a anticoncepção onde, exceto duas, todas as justificativas foram femininas, bem como em relação ao relacionamento estável (parceiro fixo), onde também prevaleceu o feminino. Estes dados podem ser observados na Tabela 8.

Tabela 8 – Uso do Preservativo Masculino

Variáveis	Geral N=363		Masculino N=162		Feminino N=201		p*
	N	%	N	%	N	%	
1ª Relação Sexual	248	69%	114	70%	134	66%	n/s
Sempre (Vida Sexual)	86	24%	42	26%	44	22%	,001
Última Relação Sexual	217	60%	112	69%	105	52%	,002

* Qui-quadrado – significativo $p \leq 0,05$

Indagados sobre quem teria feito a sugestão do uso de preservativo, 66% afirmaram ser uma decisão de ambos, 31% sugestão própria e 4% do parceiro. Dentre as participantes do sexo feminino, 24% afirmaram partir delas a sugestão do uso. Questionados sobre se teriam relação sexual caso o parceiro recusasse o uso de preservativo, 42% afirmaram que não teriam relação sexual no caso de recusa ao uso de preservativo pelo parceiro. No entanto, 45% não saberiam responder, existindo dúvidas e 13% declararam que o fato do parceiro recusar ao uso não seria impedimento para a relação sexual. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Acesso ao preservativo

Ao analisar as respostas dos participantes que têm vida sexual ativa sobre o acesso ao insumo, verifica-se que a maior dificuldade consiste em ter o preservativo disponível no momento do ato sexual (45%) e, em seguida na dificuldade no manuseio do preservativo (24%). Na Tabela 9, podem ser identificadas as médias resultantes das avaliações de cada item (escala de 1 a 5, onde quanto maior a média, mais negativo). Pelos valores percentuais, observa-se que embora 91% refira facilidade na aquisição, 32% afirmam constrangimento em comprar, esses resultados podem ser observados na Tabela 9.

Tabela 9 - Avaliação do Acesso ao Preservativo

Variáveis	Geral N=363		Avaliação Positiva		Avaliação Negativa	
	M	DP	N	%	N	%
Porte de Preservativo no ato sexual	2,84	1,70	199	55%	164	45%
Dificuldade no manejo	2,01	1,44	275	76%	88	24%
Facilidade de aquisição	1,44	1,02	330	91%	33	9%
Constrangimento no ato da compra	2,20	1,53	248	68%	115	32%

Não foi encontrada diferença entre as variáveis de acesso ao insumo e a renda dos participantes. No entanto, em relação ao sexo, as mulheres apresentam maiores médias em relação ao porte do preservativo ($M=3,35$; $DP=1,73$ - $t_{(361)}=-6,775$; $p=,000$) e ao constrangimento em comprar ($M=2,57$; $DP=1,61$ - $t(361)=5,252$; $p=,000$), indicando maior dificuldade no acesso ao preservativo, o que leva a uma maior dependência do parceiro para o uso.

Em relação ao local onde o insumo é adquirido, 74% afirmaram ser na farmácia, portanto, com recursos próprios e 19% em serviços públicos de saúde, com diferenças significativas para o sexo e renda. Enquanto os homens recorrem mais aos

serviço públicos de saúde, mulheres recorrem às farmácias ($X_{(5)}=17,864$; $p=.003$), assim como àqueles com maior renda usam recursos próprio comprando na farmácia ($X_{(5)}=12,307$; $p=.03$).

Visando verificar a disponibilidade do preservativo na primeira relação sexual, foi verificada a avaliação do acesso ao insumo entre os estudantes que ainda não tiveram iniciação sexual genital. As maiores dificuldades se referem ao porte do preservativo ($M=3,86$; $DP=1,53$; $Md=5$), indicando que não há premeditação do ato, portanto não há também o porte do preservativo.

A segunda variável diz respeito ao constrangimento em adquirir o insumo ($M=3,01$; $DP=1,40$; $Md=3$), ainda que considerem fácil adquirir ($M=1,71$; $DP=1,23$; $Md=1$). Para esse grupo não foi encontrada diferença em relação ao sexo ou renda.

Crenças sobre o uso do preservativo

As crenças sobre o uso do preservativo foram verificadas através de uma escala (cujas evidências psicométricas estão no Estudo I) que se referem a situações onde seria necessário ou não o uso do preservativo. Analisando em conjunto, observa-se que os participantes deste estudo, em sua maioria discordaram das crenças apresentadas, apresentando média de 2,1 ($DP=.690$). No entanto, observa-se que, ainda que a maioria discorde, muitos acreditam, ou ficam em dúvida, na dificuldade imposta às mulheres para solicitar ou adquirir o preservativo, na redução do prazer e, embora afirmem não sentirem-se constrangidos em pedir ao parceiro o uso do preservativo, ficam preocupados com a percepção do parceiro, conforme Tabela 10.

Tabela 10 – Média dos Fatores e Percentuais de Concordância à Escala de Crenças sobre o Uso de Preservativo

Crenças sobre o Uso do Preservativo (M=2,1; DP=.690)			
Variáveis	Concordância	Dúvida	Discordância
47 É possível ter prazer durante o ato sexual mesmo usando preservativo.	12%	14%	74%
48 Posso convencer o meu parceiro(a) a usar preservativo.	7%	7%	86%
49 Sinto vergonha de pedir ao meu parceiro(a) para usar preservativo.	12%	7%	81%
54 Os preservativos causam secura e irritação na mulher.	23%	34%	74%
55 Se eu pedir ao meu parceiro(a) para usar preservativos, ele/ela vai imediatamente suspeitar que tenho uma DST ou HIV / Aids.	10%	10%	80%
56 Se eu insistir que o meu parceiro (a) use preservativos ele/ela vai ficar com raiva.	14%	13%	74%
57 Se eu insistir que o meu parceiro(a) use regularmente preservativos ele/ela vai achar que não confio nele(a).	17%	11%	72%
58 A razão que meu parceiro(a) dá para não usar preservativo é que reduz o prazer.	29%	18%	46%
59 A razão que meu parceiro(a) dá para não usar preservativo é que é inconveniente ou difícil.	18%	20%	62%
60 E difícil para a mulher exigir o uso de preservativo.	27%	15%	58%
61 E difícil para a mulher comprar o preservativo.	41%	12%	46%

Um índice que merece destaque é a variável 47, da Tabela 10, na qual 74% dos jovens discordam da afirmativa de que é possível ter prazer durante o ato sexual mesmo usando o preservativo, o que coloca os jovens em uma dualidade entre o prazer e a prevenção, neste caso, ficando mais vulneráveis a não usar o preservativo. Conforme investigado por Meyer e Félix (2012), onde o prazer se torna quase obrigatório, estando vinculado a percepção de uma sexualidade saudável como fundamental para a felicidade, e pensar sobre adoecer, se prevenir contra possíveis doenças não está incluso nas construções dos relacionamentos ditos saudáveis.

4.3.2. Associação entre variáveis de interesse e os fatores associados à vulnerabilidade

Este item atende ao segundo objetivo específico (Identificar as diferenças entre os sexos em relação às práticas preventivas, crenças acerca da Aids e do uso de preservativo e percepção de vulnerabilidade), através do teste t, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas das crenças acerca do uso de preservativo e as variáveis renda, sexo, iniciação sexual e uso de preservativo, apenas a variável renda não apresentou diferença, conforme pode ser visto na Tabela 11.

Tabela 11 - Associação entre as crenças e variáveis de interesse

Variáveis	Crenças		
	M	DP	p
Sexo			
Masculino	2,15	,675	
Feminino	2,03	,695	,04
Iniciação Sexual			
Sim	2,02	,703	
Não	2,21	,632	,005
Uso de preservativo			
Sim	1,94	,689	
Não	2,13	,713	,01

* Test t – significativo $p \leq 0,05$

Esta tabela mostra que os homens apresentam maior vulnerabilidade que as mulheres, esta vulnerabilidade é maior para os jovens que ainda não tiveram a iniciação sexual, provavelmente devido às crenças construídas e não a dificuldades reais, e a vulnerabilidade está mais presente para os jovens que não fazem uso do preservativo, como vem sendo discutido a necessidade do insumo para a prevenção contra o HIV.

Percepção de Vulnerabilidade à Aids

A percepção de vulnerabilidade a Aids foi investigada através da percepção de susceptibilidade e de risco, da atribuição de causalidade externa (Deus e destino). A variável Vulnerabilidade (geral) indica que os adultos jovens se percebem vulneráveis ($M=2,54$; $DP=.751$), com maior média para aqueles com vida sexual ativa ($t_{(395)}=2,391$; $p=.018$). Observa-se que os jovens com prática sexual ativa atribuem mais a Aids ao destino do que aqueles que não iniciaram a vida sexual ($t_{(395)}=1,951$; $p=.05$), cujos resultados podem ser observados na Tabela 12.

Tabela 12 – Percepção de Vulnerabilidade

Variáveis	Geral N=500		C/Inic. Sexual N=363		S/Inic.Sexual N= 137		p*
	M	DP	M	DP	M	DP	
Auto-Percepção Vulnerabilidade	2,38	1,03	2,47	1,03	2,16	1,02	,004
Auto-percepção de risco	3,97	1,30	4,04	1,27	3,81	1,34	n/s
Aids enquanto destino	1,80	1,18	1,87	1,21	1,64	1,10	,05
Aids – Proteção divina	1,99	1,40	1,97	1,42	2,06	1,34	n/s
Vulnerabilidade (geral)	2,54	,751	2,58	,724	2,41	,679	,01

Em relação ao sexo, os homens apresentaram maior vulnerabilidade geral ($t_{(498)}=3,167$; $p=.002$), com maior peso na autopercepção de vulnerabilidade ($M=2,64$; $DP=1,10$; $t_{(498)}=4,268$; $p=.000$) e ao considerar a Aids como destino ($M=1,95$; $DP=1,26$; $t_{(498)}=2,088$; $p=.03$). A renda se associou apenas em relação a atribuição da proteção divina ($M=2,09$; $DP=1,44$; $t_{(496)}=2,356$; $p=.01$). Não houve associação com o uso de preservativo.

Questionados se alguma vez sentiu que poderia ter sido contaminado, apenas 20% respondeu afirmativamente, dos quais 63% do sexo masculino. No entanto, 79%

dos participantes acreditam que seus amigos poderiam contrair o HIV. Em relação à proximidade, 26% dos participantes afirmou conhecer alguém que vive com Aids, 6% em seu círculo de amizades e 10% em seu ambiente de trabalho ou estudo. Dentre os participantes, 22% afirmaram já terem realizado a testagem para o HIV, em sua maioria (95%) dos que já tinham iniciado sua prática sexual, sem diferença entre os sexos e uso do preservativo.

Os motivos elencados para já ter feito o teste para o HIV citados foram: exames de rotina (21%), pré-natal (20%), doação de sangue (17%), prevenção (13%). As explicações para nunca ter feito o teste foram o medo (15%) e falta de informação (9%). Importante ressaltar que 74% dos participantes não respondeu a esta indagação (item aberto).

O exame do parceiro foi informado afirmativamente por 16% dos participantes, 15% responderam não ter conhecimento. Os motivos afirmados foram semelhantes. Referindo a uma provável descoberta diagnóstica do parceiro, apenas 19% declarou que manteria a relação mesmo ao ter conhecimento do diagnóstico soropositivo do parceiro.

4.3.3. Crenças sobre a Aids

Quanto ao terceiro objetivo específico (Examinar a influência das crenças acerca da Aids e crenças acerca do uso de preservativo na prática preventiva (uso de preservativo) e percepção de vulnerabilidade), os resultados apontaram que os universitários possuem conhecimentos acerca de crenças conservadoras e preconceituosas.

Considera-se como crença positiva os pontos 1 e 2 da escala, que referem discordância com a afirmativa. Da mesma forma, quanto menor a média, mais positiva a crença (intervalo de 1 a 5 pontos), apresentando uma estrutura unifatorial. Não obstante o tempo passado, as afirmativas tiveram, aproximadamente, 20% de concordância nos itens, o que demonstra a desinformação e preconceito vigentes, fato mais grave, por tratar-se de amostra de estudantes universitários, conforme observa-se, na Tabela 13.

Tabela 13 – Crenças Conservadora sobre a Aids

Variáveis	Geral N=363		Crença Positiva		Crença Negativa	
	M	DP	N	%	N	%
63 Somente os depravados sexualmente contraem Aids.	1,85	1,46	389	78%	111	22%
73 Só quem é azarado contrai Aids.	1,66	1,38	413	83%	87	17%
76 A Aids é um pretexto das indústrias farmacêuticas para lançamento de novos medicamentos.	1,82	1,39	382	76%	118	24%
64 A Aids é uma invenção dos moralistas para frear a liberdade sexual.	1,73	1,42	398	80%	102	20%
71 O uso de camisinhas, durante o ato sexual, diminui o risco de contrair a Aids.	1,82	1,43	395	79%	105	21%
79 A Aids pode ser transmitida através de utensílios como copos, xícaras, talheres e pratos.	1,98	1,48	353	71%	147	29%
80 Evitar visitar locais frequentados por pessoas com o vírus, diminui a possibilidade de adquirir Aids.	1,93	1,39	366	73%	134	27%
81 Aquele que crê em Deus e pratica uma religião está livre de adquirir Aids.	1,67	1,33	412	82%	88	18%
77 A Aids surgiu para punir a humanidade que há muito vem se afastando de DEUS.	1,80	1,38	383	77%	117	23%
70 Qualquer pessoa está sujeita a adquirir Aids se for esta a vontade divina.	1,88	1,44	376	75%	124	25%
69 A Aids é uma punição de Deus frente ao liberalismo do final do século XX.	1,77	1,37	387	77%	113	23%
65 Pessoas contaminadas com Aids devem ser afastadas do convívio social.	1,70	1,43	412	82%	88	18%
66 É necessário demitir funcionários contaminados com Aids de seu emprego para proteger os demais.	1,73	1,38	405	81%	95	19%
67 Alunos contaminados com o vírus da Aids ou com suspeita devem ser afastados das escolas.	1,63	1,33	419	84%	81	16%
68 É importante a divulgação de nomes de pessoas contaminadas com a Aids como medida de prevenção para outras pessoas.	1,86	1,44	381	76%	119	24%
74 É necessário afastar-se de um amigo que contraiu Aids.	1,67	1,36	405	81%	95	19%
82 Pessoas com o vírus da Aids deve ser isolado da sociedade.	1,61	1,35	418	84%	82	16%
83 Deve ser vedada a participação de pessoas com Aids de atividades coletivas.	1,68	1,39	409	82%	91	18%

Dentre as crenças apresentadas, aquelas que tiveram maior índice de concordância se referem a transmissão da Aids através de utensílios domésticos (29%) e a diminuição da possibilidade de contágio ao evitar locais frequentados por pessoas soropositivas para o HIV, seguida da atribuição do contágio à vontade divina (25%).

4.3.4. Relação entre variáveis sociais e psicológica na prática preventiva

Em relação ao quarto objetivo específico [Examinar a relação de variáveis sociais (informações, status socioeconômico e religiosidade) e psicológica (percepção de risco) na prática preventiva (uso de preservativo)], os resultados indicaram que existem duas modalidades de explicações, conforme descritos a seguir.

Acesso a informações sobre a Aids

Ao avaliar o acesso à informação sobre Aids, os jovens, em sua maioria, referem receber informações (83%), consideram as campanhas midiáticas adequadas (73%), levando-os à reflexão sobre suas atitudes e comportamentos (70%) e com alcance pessoal (75%). No entanto, ainda existem muitas dúvidas sobre a Aids (61%) e, embora tenham a quem recorrer para sanar suas dúvidas (62%), não recebem orientação dos médicos (67%). As médias de cada variável, bem como os percentuais, estão apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 - Avaliação do Acesso à Informação sobre a Aids

Variáveis	Geral N=363		Avaliação Positiva		Avaliação Negativa	
	M	DP	N	%	N	%
Recebimento informações sobre Aids	1,86	1,08	417	83%	83	17%
Adequação das Campanhas	2,15	1,11	366	73%	134	27%
Campanhas– reflexão comportamental	2,26	1,30	352	70%	148	30%
Alcance pessoal das campanhas	1,90	1,24	376	75%	124	25%
Existência de duvidas sobre Aids	3,00	1,37	196	39%	304	61%
Apoio social para duvidas	2,44	1,43	311	62%	189	38%
Apoio do médico para dúvidas	3,50	1,61	164	33%	336	67%

As análises das médias mostram diferenças significantes em relação ao sexo ($t_{(498)}=-3,394$; $p=,001$) e a influência das campanhas nas atitudes e comportamentos, com média maior para o feminino ($M=2,41$; $DP=1,35$), indicando que são menos atingidas pelas campanhas. Por outro lado, em relação a variável sobre o recebimento de orientações do médico ($t_{(498)}=5,905$; $p=,000$), há uma queixa maior do sexo masculino ($M=4,04$; $DP=1,42$), indicando a falta de orientação acerca da Aids, como é comum observar , pois as mulheres vão mais ao médico (ginecologista, por exemplo).

Da mesma forma, em relação à renda, àqueles que referiram maior renda, apresentaram diferenças significativas nas médias nas variáveis que indicam a influência das campanhas no comportamento ($M=2,43$; $DP=1,36$; $t_{(496)}=-2,035$; $p=,04$), bem como diferem nas médias em relação ao fato das campanhas não os abrangerem (*não me diz respeito*) ($M=2,15$; $DP=1,32$; $t_{(496)}=-3,064$; $p=,002$). Por outro lado, aqueles com renda superior diferem à maior na falta de orientação do médico acerca da Aids ($M=3,65$; $DP=1,57$; $t_{(496)}=2,756$; $p=,01$).

Crenças sobre a vulnerabilidade

A partir da matriz de correlações de Pearson, foi analisada a correlação entre a Prática Preventiva (uso de preservativo) e as variáveis Percepção de Vulnerabilidade, Informação, Acesso, Crenças acerca do Uso do Preservativo e Crenças sobre a Aids. As correlações foram categorizadas usando a seguinte classificação: itens altamente correlacionados ($\geq 0,75$), moderadamente correlacionados (0,51 a 0,75), pouco correlacionados (0,26 a 0,50) e minimamente correlacionados ($\leq 0,25$) (18). Os resultados encontra-se na Tabela 15.

Tabela 15 – Coeficientes de correlações (*r* de Pearson) entre as variáveis

Variáveis	Prática Preventiva	Percepção Vulnerabil.	Crenças Preservativo	Crenças Aids	Informação	Acesso
Perc. Vulnerabil.	,139					
Cren.Preservativo	,183	,212				
Crenças Aids	-	-	,117			
Informação	-	,229	,229	,148		
Acesso	,207	-	,305	,113	,194	
Religiosidade	-,118	-	-	-	-	-,105

$p \leq ,05$

Embora se trate de um índice muito baixo de correlação, ainda assim as práticas preventivas são influenciadas diretamente pela percepção de vulnerabilidade (ou invulnerabilidade, que é um componente da Vulnerabilidade Individual proposta por Ayres et al. [2003]), crenças sobre o preservativo (também referente à Vulnerabilidade Individual), acesso ao preservativo (Vulnerabilidade Programática) e religiosidade (Vulnerabilidade Social.).

Estas quatro variáveis, por sua vez, estão associadas entre si. A informação sobre a Aids, correlacionada com as Crenças sobre a Aids, emerge de forma indireta,

influenciando no acesso ao preservativo, pois a prática preventiva emerge correlacionada positivamente com a percepção de vulnerabilidade. Estas correlações estão representadas na Figura 4.

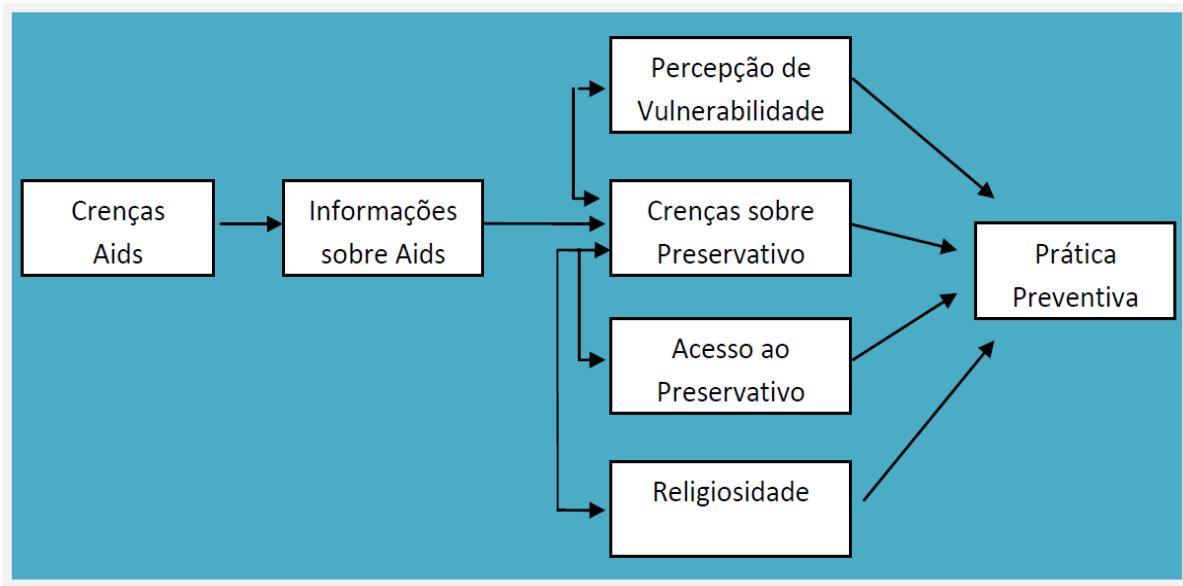


Figura 4 – Quadro dos Fatores predisponentes para a vulnerabilidade

Além destas questões explicativas, é possível verificar, de modo mais detalhado o que os jovens dizem à respeito desta possibilidade de vulnerabilidade, como pode ser observado nas categorias temáticas descritas a seguir.

4.3.5. Explicações da Vulnerabilidade: análise categorial temática

No que tange ao quinto e último objetivo específico (Analizar as explicações dos participantes acerca da vulnerabilidade dos jovens ao HIV/Aids), verificou-se que a partir das respostas dos participantes deste estudo, a emersão de uma classe temática, denominada **Explicações de vulnerabilidade**. A partir da análise desta classe emergiram três categorias e 11 subcategorias.

A primeira categoria denominada crenças conservadoras subdividida em cinco subcategorias: impulsividade, invulnerabilidade, imaturidade, número de parceiros, álcool e drogas. A segunda intitulada crenças relacionais constituída de quatro subcategorias: crença no amor romântico, relacionamento com a família e amigos, gênero e normas sociais. A terceira e última categoria denominada crenças informativas contendo duas subcategorias: campanhas institucionais e falta de informação, conforme pode ser observado na Figura 5.

Classe Temática - Explicações de Vulnerabilidade

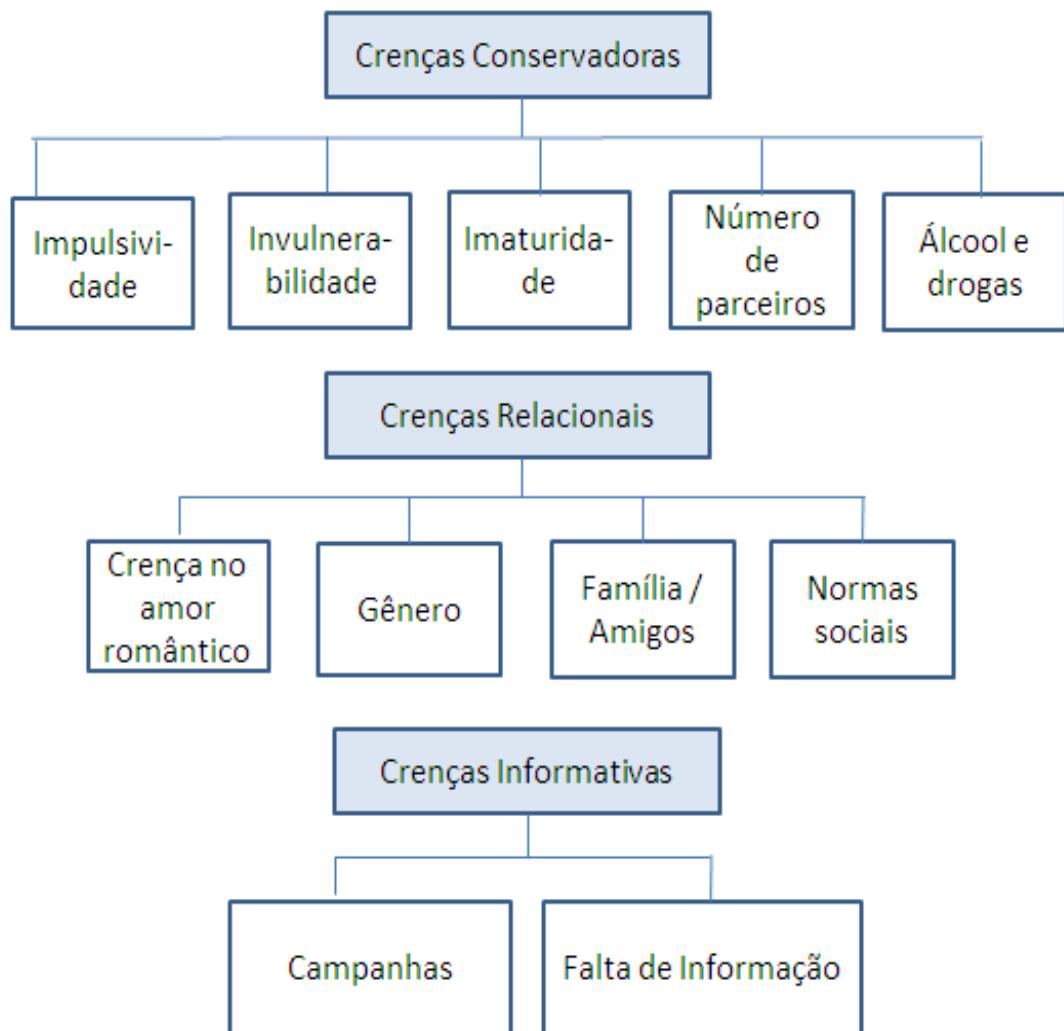


Figura 5: Modelo de Explicações de Vulnerabilidade

Crenças conservadoras

Nesse primeiro momento é possível observar a vulnerabilidade como componente mais voltado para fatores individuais, presente na fala dos jovens, ainda mesclado com as concepções que se tem, no senso comum, da adolescência. A ideia de agir por impulso (**impulsividade**), da busca pelo prazer sem a preocupação imediata de contrair alguma doença, como pode-se observar nos trechos a seguir.

“Porque ele quer prazer intenso e muitas vezes faz as coisas por impulso”

(Feminino, 24 anos)

“Não pensar as consequências que uma “transa” sem camisinha pode trazer”

(Feminino, 20 anos)

“Vai na empolgação do momento” (Feminino, 26 anos)

“A busca pelo prazer de maneira desregrada e sem responsabilidade”

(Feminino, 21 anos)

“Se deixam levar pelo prazer momentâneo e esquecem de se prevenir!”

(Feminino, 21 anos)

“Deixam se levar pelo “calor” do momento” (Feminino, 21 anos)

Em um segundo momento, emergiu a subcategoria **Invulnerabilidade**, na qual foram comuns respostas associadas a ideia de que muitos jovens acham que não correm riscos, mesmo adotando práticas sexuais desprotegidas.

“O ser humano tem uma cultura de acreditar que nada de ruim vai atingi-lo”

(Feminino, 26 anos)

“Porque os jovens insistem em transar sem camisinha” (Feminino, 20 anos)

“Só pensam que isso ocorrerá com os outros, nunca com ele mesmo”

(Feminino, 21 anos)

“Há sempre aquele pensamento que as coisas ruins só acontecem com os outros, dessa forma alguns jovens se acham quase “blindados” em relação à Aids” (Feminino, 21 anos)

“Têm a crença de que não precisam se preocupar tanto com o problema”

(Masculino, 20 anos)

“Porque pensam que não vão contrair as DST” (Masculino, 21 anos)

“A fase de acreditar que são inatingíveis, inabaláveis” (Feminino, 24 anos)

Porque é inerente da juventude se achar invencível (Masculino, 20 anos)

“Provavelmente por conta do sentimento de “super-homem” onde o jovem considera que aquilo jamais vai acontecer com ele; nunca pode contrair o HIV” (Feminino, 24 anos)

Essa ideia ora exposta de invencibilidade, e superproteção, remete a alguns questionamentos de ordem religiosa, como a crença de que Deus protege contra a Aids. As pessoas na faixa etária estudada podem, portanto, estar mais propensas aos riscos, devido às características comuns à idade de descobertas e mudanças de vida, como foi descrito pelos próprios jovens, há uma ideia de blindagem diante do perigo.

A percepção de invulnerabilidade e irresponsabilidade é então resultante de uma **imaturidade**, assim descrita pelos próprios participantes. Esta imaturidade gera comportamentos irresponsáveis, levando à percepção de invulnerabilidade e põe em questão o acesso a informações preventivas a decisão de assumir comportamentos preventivos ou de exposição ao HIV. Assim, além dessas crenças, existe outro motivo apontado pelos jovens, como é descrito na subcategoria a seguir, referente à **imaturidade**.

“Falta de reflexão de cuidado com a própria saúde e a saúde do parceiro”
(Masculino, 22 anos)

“Por pura irresponsabilidade dos mesmos, que agem sem se preocupar com as consequências de seus atos” (Feminino, 21 anos)

“Acredito que seja por descuido” (Feminino, 20 anos)

“Por outro lado existe a “preguiça” dos mesmos em usar e adquirir os contraceptivos” (Masculino, 26 anos)

A **imaturidade** foi apontada pelos jovens como outro fator de risco que expõe os jovens a contrair o HIV/AIDS. Semelhante à categoria de invulnerabilidade e impulsividade na qual a busca pelo prazer, tão comum aos jovens, vem associada a pouca preocupação diante da contaminação.

“Os jovens, além de estarem iniciando a vida sexual cada vez mais cedo”
(Masculino, 20 anos)

“Porque os jovens têm menos experiência e responsabilidade, facilitando a contaminação pelo vírus” (Masculino, 20 anos)

“Porque muitos ainda não têm a maturidade suficiente para compreender as reais consequências de seus atos” (Feminino, 21 anos)

“De fato, a liberdade sexual cada vez mais precoce na vida juvenil torna-se um comportamento de risco” (Feminino, 26 anos)

Se somar os fatores idade de iniciação sexual e uso irregular do preservativo, tem-se outro fator de risco para contrair o HIV que é o **número de parceiros**. Esta é uma questão delicada, se comparar uma pessoa que troca com certa

frequência de parceiros, mas assume-se a prática do sexo seguro, diante das possibilidades de pessoas que contraem o vírus em relacionamentos estáveis, ou com seus cônjuges, então esta é uma questão de vulnerabilidade tanto individual, como social.

“Possuem uma grande quantidade de parceiros sem uma prevenção”
(Feminino, 20 anos)

“Não considerando a possibilidade deles terem contraído o vírus em relações anteriores ou mesmo com outros parceiros mantidos ao mesmo tempo”
(Masculino, 20 anos)

“Talvez pro causa da tendência a se ter relações com pessoas que acabou de conhecer, ou conhece a pouco tempo, cada vez mais comum entre jovens hoje”
(Feminino, 21 anos)

“Porque os jovens de hoje estão muito com a mente aberta a se relacionar, ficam com muita facilidade e na correria acabam não se protegendo e contraindo o vírus” *(Masculino, 25 anos)*

Outra subcategoria que emergiu nas falas foi **o consumo de álcool**, apontado pelos jovens, embora não seja do interesse de investigação da presente pesquisa, foi um dado que emergiu nas falas dos participantes, como apresentado a seguir.

“Um dos principais motivos, para mim, é o uso de seringas compartilhadas”

(Feminino, 25 anos)

“O excesso de álcool leva a pessoa a ter relações sexuais sem se preocupar muito com a prevenção (Feminino, 25 anos)

“Levando em conta também o alto índice de uso de drogas, que faz com que aumente ainda mais” (Masculino, 20 anos)

“O uso de álcool, que por sua vez auxilia na desinibição e aumenta o sentimento de “super-homem” (Feminino, 24 anos)

O consumo de álcool associado à desinibição não esteve presente no questionário, mas emergiu nas “falas” dos participantes apontando para novas possibilidades de pesquisa, já que, socialmente, o comportamento de consumir bebidas alcoólicas é visto como facilitador de interações sociais.

Crenças Relacionais

Neste segundo momento, onde há o direcionamento para a vulnerabilidade social, é verificado que a postura do parceiro em um relacionamento sexual é preditora de cuidado e proteção ou risco e vulnerabilidade, pois, segundo a descrição dos jovens, o fato de estar namorando, ou assumir um relacionamento, é suficiente para supor estarem com parceiros soronegativos, sem uma testagem para o HIV, por isso a ideia do

amor romântico se perpetua nos relacionamentos afetivos como descrito nas frases apresentadas abaixo.

“Confiança no parceiro sexual, achando que a AIDS não está tão enraizada na sociedade” (Feminino, 21 anos)

“Devido a acharem que conhecem os parceiros e que não é possível eles pegarem” (Masculino, 23 anos)

“Talvez por confiar demais no parceiro, ou achar que ele vai ser fiel a você”
(Feminino, 23 anos)

“Por acreditarem que seus parceiros são limpos e acreditam em seu caráter”
(Masculino, 22 anos)

Estas falas mostram como existem crenças que podem levar a um maior risco à vulnerabilidade ao HIV, pois emergem muito mais que fatores apenas de conhecimento, na qual estão envolvidas as relações de poder e confiança quanto ao uso do preservativo, assim como nos resultados da Escala de Crenças acerca do uso do preservativo são direcionados para o não uso quando se conhece e confia no(a) parceiro(a). Esta questão entrelaça-se à questão de **gênero** como um ponto de discussão apontado na presente pesquisa, pois ainda são fortes as relações de poder que acontecem, como a negociação do uso do preservativo e do não querer contrariar o

parceiro, ou pôr em xeque a conduta sexual deste, conforme pode ser verificado nas frases a seguir.

“No caso das mulheres, por achar difícil utilizar a camisinha e os homens por achar que o prazer não é o mesmo” (Feminino, 20 anos)

“Porque os homens principalmente não gostam de usar o preservativo e a mulher não gosta de pedir” (Feminino, 20 anos)

“Em relação ao homem o orgasmo é muito diferente, eles não têm um prazer verdadeiro (Feminino, 21 anos)

“O homem se sente mais homem e proporciona muito mais contato com a mulher gerando assim um orgasmo muito mais puro do que o gerado pelo uso da camisinha” (Masculino, 21 anos)

Diante deste contexto, o uso do preservativo é visto de forma negativa, na subcategoria gênero, sendo o insumo associado ao desconforto, apontado por muitos jovens e está diretamente relacionado a uma crença construída socialmente de que o preservativo diminui o prazer, incomoda, é desinteressante, dentre outras crenças, nas quais algumas respostas foram dadas como uma condição na qual o prazer não pode estar vinculado ao uso do preservativo, conforme pode ser observado nas descrições seguintes.

“Desconforto proporcionado pelo preservativo” (Feminino, 26 anos)

“Porque eles acham mais prazerosos” (Feminino, 20 anos)

“No caso do não uso da camisinha, na maioria das vezes é porque incomoda, atrapalha o prazer, é assim, ficam vulneráveis a se contaminarem” (Feminino, 22 anos)

“Realmente tem uma diferença muito grande com a camisinha a relação sexual” (Feminino, 29 anos)

“Camisinha incomoda” (Masculino, 24 anos)

“Falam que incomoda, tira mais de 50% do prazer no ato sexual” (Masculino, 20 anos)

“Pois o uso do preservativo atrapalha e muito a relação sexual” (Masculino, 21 anos)

Essa subcategoria traz crenças que parecem ser compartilhadas nos grupos de pertença, então foram respostas dadas tanto por homens quanto por mulheres, apontando para a vulnerabilidade social e compartilhada. De forma proposital, foi colocado, de modo separado as falas das jovens e em seguida a dos jovens, nas quais não se percebe diferenças entre os sexos, diante da crença de incomodar e diminuir o

prazer. Comparando estas falas com os dados apresentados sobre as crenças quanto ao uso do preservativo, é um critério que ainda precisa ser mais naturalizado entre os jovens.

Assim muitas vezes o parceiro torna-se o condutor das decisões e orientações na prática sexual e muitas vezes os jovens não encontram abertura para dialogar sob tais questões em casa, pelo fato do sexo continuar sendo tabu, mesmo nos dias de hoje. Desta forma, as dificuldades presentes nos **relacionamentos familiares** também podem ser uma forma de vulnerabilidade social, na medida em que o diálogo sobre o cotidiano familiar não acontece de um modo dinâmico e interativo, como é possível ler nas respostas apresentadas pelos jovens nas frases a seguir.

“Às vezes também é por falta de esclarecimento dos pais para com os filhos”

(Feminino, 20 anos)

“A educação primária é ineficiente, portanto, o público jovem está constantemente propício à contaminação” (Feminino, 20 anos)

“A educação sexual tem que partir primeiramente em casa com a orientação dos pais, geralmente isso não acontece por causa do tabu que existe nas famílias, a ilusão de que seus filhos não fazem sexo” (Feminino, 22 anos)

“Ainda é difícil para a família orientar os jovens e é difícil encontrar informações específicas quando desejada” (Feminino, 23 anos)

Muitas vezes, como foi apontado pelos jovens, é devido à dificuldade dos pais de lidarem com o assunto, fazendo com que os jovens busquem informações com os colegas, ou através da rede de computadores *internet*.

Destarte, outra fonte de informação e de apoio é o diálogo entre **amigos** e o quanto a opinião do grupo pode influenciar nos comportamentos dos jovens, portanto, estas influências se fazem presente no cotidiano desses jovens, apontando para os estudos nessa área que mesmo sem a presença de seus pares, a influência continua prevalecendo, fazendo com que os jovens assumam comportamentos de risco, para serem aceitos nos grupos.

“Pela influência que sofreu de amigos (a) e parceiros (a), pela vontade de serem aceitos” (Masculino, 22 anos)

“Influência de amigos” (Masculino, 24 anos)

“São muitas variáveis envolvidas, tais como, aceitação de grupos que envolvem o uso de álcool” (Feminino, 24 anos)

Através dessas descrições é possível verificar o quanto a influência do grupo é forte sobre o pensar ou não acerca da prevenção. Assim como pensar na possibilidade de ter um amigo que possa ser vulnerável são critérios que foram apontados como negativos em relação à vulnerabilidade, o critério de proteção do grupo e seguir as normas do endogrupo acabam por tornar-se determinantes também de vulnerabilidade.

Essa determinação social do grupo acarreta em **normas** seguidas, muitas vezes não sendo autoquestionadas pelos jovens, nas quais o sexo também é tabu nos grupos quando um questionamento sobre essas questões não é aceito pelo grupo. Assim, solicitar o preservativo, adquiri-lo ou falar sobre ele continua sendo assunto incomum nos grupos, como pode ser observado nas falas seguintes.

“Por vergonha e principalmente por tabus que impedem as pessoas de se cuidar por medo de julgamentos da sociedade” (Feminino, 22 anos)

“Cheio de moralidade” (Masculino, 25 anos)

“Por causa do tabu que é o sexo” (Feminino, 21 anos)

“Por ter vergonha de pedir ao parceiro que use preservativo” (Feminino, 20 anos)

Discutir, portanto, sobre sexo, se expor ao mostrar dúvidas, mostrar inexperiência diante dos amigos, acaba fazendo com que os jovens prefiram assumir comportamentos de risco diante do HIV. Mesmo com as revoluções sexuais e as lutas existentes nos dias de hoje, a sociedade ainda resiste e busca manter uma postura quase casta diante do sexo.

Crenças Informativas

As **campanhas sobre a Aids e o acesso à informação** são pontos sempre necessários para discussão e estão relacionados ao que Ayres et al. (2003) chamou de vulnerabilidade programática, na qual, os principais objetivos dos programas nacionais direcionados à prevenção, controle e assistência em HIV/AIDS são: proporcionar informações e educação de forma abrangente, sustentada e coerente; implementar ações preventivas; fomentar pesquisas e colaborar na aderência ao tratamento. As afirmativas descritas pelos jovens relacionadas a crenças conservadoras sobre a epidemia esteve em 20%, o que demonstra ainda desinformação e como pode ser melhor explicado nas respostas abaixo apresentadas.

“É necessário, mais campanhas para o uso do preservativo, assim como se prevenir contra vírus do HIV” (Feminino, 20 anos)

“O diálogo desinformativo” (Masculino, 25 anos)

“Nas escolas o assunto é pouco tratado e quando é, torna-se polêmica virando capa de jornais, como, por exemplo, a distribuição da camisinha” (Feminino, 22 anos)

“As campanhas muitas vezes são distantes das realidades dos jovens e acaba não os atingindo” (Feminino, 23 anos)

Desse modo, diante de tantas divergências sobre o uso ou não uso do preservativo e as crenças envolvidas sobre o insumo, as questões também discrepantes

apontadas sobre as campanhas preventivas e a construção das atitudes de cada jovem compartilhada no grupo sobre a prevenção, foi possível verificar que muitos jovens são vulneráveis a contrair o HIV, mas não se percebem dessa forma. As crenças acerca da Aids influenciam diretamente forte sobre quais informações serão incorporadas cognitivamente para conduzir estes jovens ou distanciá-los de práticas preventivas.

4.4. Discussão dos Resultados

Práticas sexuais

A iniciação sexual dos jovens da presente tese ocorreu entre os 17 e os 20 anos. Esses resultados demonstram que a idade da iniciação sexual aumentou em relação a estudos anteriores (Azevedo, 2007) realizados com adolescente que apontavam para uma idade precoce de 14 anos, mas corrobora o mesmo estudo ao citar a idade do (a) parceiro (a) como sendo um pouco mais velho que o jovem. O parceiro da primeira relação foi, geralmente, o namorado, principalmente para as mulheres, perpetuando-se a ideia do amor romântico, na confiança no parceiro para a primeira experiência sexual, conforme estudos anteriores realizados por Saldanha (2003), o que tem apontado ainda para a feminização da Aids estar relacionada a esta concordância em não se solicitar o preservativo, já que há a “seguridade” de um relacionamento estável, contudo, Carvalho e Galvão (2008) apontam para o fato de que perante a descoberta do diagnóstico de soropositividade para o HIV, a mulher vivencia sentimentos de dúvidas e insegurança, levando-as a vivenciar uma situação de crise. O diagnóstico de soropositividade

ocasiona sempre um choque, ocasionando um trauma de natureza física, emocional e social.

Não obstante esta tendência, alguns resultados podem ser destacados, a exemplo da idade da iniciação sexual mais avançada, visto que em estudos anteriores neste mesmo Estado, com adolescentes, a iniciação sexual se dava, em média aos 14 anos (Azevedo, 2007). Destarte, a idade da primeira relação sexual (genital) aumentou. Para o sexo masculino, um pouco mais cedo que para o sexo feminino (16,5 anos diante de 18,4 anos para as mulheres) e com parceiras com maior idade, geralmente tendo como parceira a namorada (26%), parceira ocasional (*ficante*) (23%) e amiga (22%). Em estudo realizado com uma amostra de adolescentes, Ribeiro (2013) apontou para uma iniciação da prática sexual bem mais jovem do que os achados da presente tese, isso pode supor que os comportamentos relacionados à sexualidade de alguns jovens sejam recorrentes desde a fase da adolescência.

Outro ponto de destaque é o número de jovens que tem a primeira relação sexual com desconhecidos, ou seja, pessoas que conheceram naquele dia, (21% do sexo masculino), reforçando a crença de que um homem não deve recusar uma interação sexual (Guerriero, Ayres & Hearst, 2002). Estes dados apontam para a ideia da masculinidade na qual o homem tem que estar sempre disposto a uma interação sexual, assim como tem que ser sexualmente ativo e ter várias parceiras para o grupo, portanto, qualquer oportunidade de prazer sexual não deve ser desperdiçada.

Para o sexo feminino geralmente o primeiro parceiro foi o namorado (81%), também com idade mais avançada. Esses resultados implicam que o jovem virgem, de idade inferior ao seu parceiro de iniciação sexual não representa uma ameaça de contaminação com alguma DST, mas ao se relacionar sexualmente com uma pessoa

mais velha, implica dizer que este jovem pode estar se relacionando com todos os outros parceiros anteriores de seu atual companheiros, os quais não fizeram uso de preservativo. Por outro lado, observa-se um número considerável de jovens que ainda não tiveram a primeira relação sexual (12% para o masculino e 36% feminino).

Em relação à orientação sexual, a maioria declarou ser heterossexual (94%). Portanto todas as discussões desta pesquisa estão relacionadas às questões sociais do masculino e do feminino e do quanto estas relações se estabelecem socialmente desde a negociação do uso do preservativo, seu manuseio e compra até mesmo a aquisição do insumo e as crenças construídas acerca da Aids.

Práticas preventivas

As práticas preventivas neste estudo referem-se ao uso do preservativo masculino. Sobre o método preventivo mais utilizado, o preservativo masculino (60%), foi o mais assinalado, seguidos da pílula anticoncepcional (28%). Aqui observa-se que a pílula anticoncepcional é muito utilizada como método preventivo, sendo este método entendido pelos jovens como necessário para evitar a gravidez, mas não apontam para a prevenção contra DST's, o que pode colocá-los em situação de vulnerabilidade, isso leva a um questionamento sobre o que eles têm percebido como prevenção necessária e novamente o prazer é colocado à frente da prevenção, prazer este que, no entendimento dos jovens, não pode ser atingido ao se usar o preservativo.

Os resultados apontaram para um uso inconstante do insumo, estando em consonância a estudos (Guerriero, Ayres & Hearst, 2002; Paiva et al. 1998), os quais afirmam que o comportamento de não usar o preservativo é apontado pelos jovens a

partir de uma questão estética, do medo de perder a ereção e na perda de sensibilidade no homem e na mulher, essas justificativas colocam os jovens normalmente em maiores situações de vulnerabilidade, pois a preocupação deles está no desempenho sexual e no prazer, muito mais do que na preocupação preventiva às DST's.

Assim, sobre sempre ter feito uso do preservativo (em todas as relações sexuais), apenas 24% afirmaram ter feito uso do insumo, assim como 47% fizeram uso na maioria das vezes e 29% poucas ou nenhuma vez. Esses números lançam um questionamento, sobre qual seria o critério que os coloca em decisão sobre usar ou não usar o preservativo. Ou ainda por que usar algumas vezes e não outras? Além disso, quais seriam as crenças dos jovens que poderiam protegê-los da exposição ao vírus da Aids? Estas questões também podem ser feitas para buscar entender os motivos de não ter feito uso na última relação sexual. Essa discussão tem outro fator envolvido, que diz respeito à negociação do uso do preservativo. Na descrição dos jovens a maioria (60%) afirma ter sido decisão de ambos (casal) de usar, mas em outros momentos os jovens apontam para a dificuldade da mulher em comprar ou solicitar que o parceiro o utilize.

Sobre as questões mais apontadas para não se fazer uso do preservativo, alguns jovens apontaram para um relacionamento estável (19%), a conduta do parceiro (13%), usar outro método contraceptivo (10%) e não dispor do preservativo no momento (6%). Essas respostas, por terem sido mais assinaladas pelo sexo feminino coloca a mulher na mesma ideia do amor romântico descrita por Saldanha (2003), na qual a mulher ao estar apaixonada, não negocia o uso do preservativo, confia na conduta do parceiro e isso é suficiente para não se solicitar o teste para o HIV. Neste sentido, Madureira e Trentini (2008), ressaltam que ao se pensar na prevenção contra DST's e contracepção, o preservativo masculino é um recurso mais lembrado e mais acessível tanto para homens

quanto para mulheres, contudo, ainda é frequente a resistência ao uso, por parte de ambos os sexos, de modo que, em relacionamentos estáveis, o sexo seguro e a prevenção de doenças não se relacionam com o uso do insumo e sim à confiança que os parceiros têm um no outro e também à qualidade da vida sexual.

Acesso ao preservativo

Em seguimento a essas questões, os jovens fizeram uma avaliação positiva, de modo geral, sobre o acesso ao preservativo, manejo, facilidade de aquisição e compra. Contudo, parte destes jovens (32%) apontou para o constrangimento no ato da compra. Sobre não haver diferença em relação à renda econômica do participante para adquirir o preservativo, é possível verificar que apesar dos postos de saúde oferecem gratuitamente, além da distribuição do insumo nas campanhas oferecidas pelo governo, os participantes afirmaram que o adquirem, em sua maioria, nas farmácias (74%), o que pode ser indicador de que o valor monetário do insumo não é considerado caro para os jovens, o fator negativo predominante foi a aquisição no ato da compra, colocando uma diferença entre a necessidade social, para o grupo, de ser sexualmente ativo, mas o constrangimento para a sociedade de se mostrar como tal. O sexo continua provocando a ambiguidade de atratividade e tabu, esta questão do constrangimento é ainda mais evidente para o sexo feminino, o que retorna para a mesma discussão sobre a negociação do uso com o parceiro.

Percebe-se que, a partir de pesquisas anteriormente citadas (Parker e Camargo, 2000), existe uma lacuna de publicações sobre a forma de interpretar as informações relacionadas à prevenção existente entre os jovens. As informações existem, mas não

têm conseguido atingir a meta de promover comportamentos mais voltados para a prevenção de DST's. De modo complementar, as pesquisas geralmente apontam para uma maior vulnerabilidade para as pessoas com baixa escolaridade e com renda econômica mais desfavorecida, como em estudo de Rodrigues, Carneiro, Nogueira e Athayde (2013) e também estudo de Irffi, Soares e DeSouza, (2010), assim, a presente tese tem a relevância de apontar para uma população com pessoas com melhor escolaridade e renda econômica familiar, mas que também apresentam crenças negativas sobre o uso do preservativo, não fazendo uso do mesmo para a prevenção ao HIV.

Crenças sobre o uso do preservativo

Além das questões relativas à aquisição e porte do preservativo, é preciso considerar que crenças regem o comportamento dos jovens sobre o preservativo, pois estas crenças são norteadoras das informações sobre prevenção que serão assimiladas pelos jovens, assim como reforçadoras de comportamento preventivo ou desprotegido para o HIV. Pois, de modo geral, os estudantes discordam das crenças apresentadas, contudo, alguns itens merecem destaque, como item 47, da Tabela 10, na qual 74% dos jovens discordam da afirmativa de que é possível ter prazer durante o ato sexual mesmo usando o preservativo, o que coloca os jovens em uma dualidade entre o prazer e a prevenção, como no item 58, sob a afirmativa de que o preservativo diminui o prazer, neste caso, novamente demonstrando que eles ficam mais vulneráveis quando optam por não usar o preservativo.

Conforme investigado por Meyer e Félix (2012), onde o prazer se torna quase obrigatório estando vinculado a percepção de uma sexualidade saudável como fundamental para a felicidade, e pensar sobre adoecer, se prevenir contra possíveis doenças não está incluso nas construções dos relacionamentos ditos saudáveis. Além dos dois últimos itens apresentados (60 e 61) que apontam diretamente para a decisão do uso do preservativo associado ao sexo masculino, assim como os dados anteriormente confirmaram sobre o porte e decisão de uso.

Essas crenças parecem perdurar com o passar do tempo, como pode ser percebido na pesquisa de Praça, Souza e Rodrigues (2010), na qual as autoras verificaram que as mulheres participantes da pesquisa se viam vulneráveis à contrair o HIV, reconhecendo a gravidade da doença, mas que esse conhecimento não buscavam ultrapassar obstáculos de crenças para a prevenção da transmissão do vírus através das relações sexuais, embora orientassem os jovens de suas famílias sobre os métodos preventivos.

Relação entre variáveis de interesse e fatores associados à vulnerabilidade

Ao se discutir sobre o uso do preservativo, outro ponto foi necessário para complementar esta discussão que foi verificar as diferenças entre as médias acerca do uso de preservativo e as variáveis renda, sexo, iniciação sexual e uso de preservativo, das quais, de modo geral, apresentaram três desdobramentos importantes:

1. reforça a dificuldade feminina na negociação do uso de preservativo, provavelmente devido às normas sociais instituídas, de que as mulheres tenham receio de como serão avaliadas pelo parceiro;

2. existe diferença na forma de pensar entre aqueles que têm vida sexual ativa e os que ainda não tiveram relações sexuais, o que demanda em intervenções específicas que os preparem para as dificuldades reais e;
3. a diferença entre àqueles que fazem uso e os que não fazem uso do preservativo, com os primeiros apresentando crenças mais positivas, mostra a importância da troca de experiência nas intervenções.

Neste momento fica evidente a diferença entre homens e mulheres para a negociação do uso do preservativo (Paiva & Amâncio, 2004.; Moser, Reggiani & Urbanetz, 2007), pois ainda existe submissão em relação ao parceiro, assim como é necessário se trabalhar a construção da sexualidade na sociedade para que se possa compreender a vulnerabilidade feminina no contexto da Aids.

Percepção de vulnerabilidade à Aids

Ao se investigar a percepção de vulnerabilidade à Aids, os dados apresentados trazem questionamentos sobre a construção das crenças acerca da Aids nos jovens, pois existe uma inconstância no que eles julgam correto e nos comportamentos preventivos a exemplo de apenas 22% dos jovens terem feito a testagem para o HIV, diante de apenas 19% afirmarem continuar um relacionamento se descobrissem um diagnóstico soropositivo para o parceiro. Assim, como afirmou Krüger (1995), no processo de formação das crenças, é importante considerar o grau de aceitação subjetiva das mesmas, que vai influenciar diretamente nas tomadas de decisão, assim quando o jovem não se vê como vulnerável, o comportamento mais comum é o de não usar o preservativo, mas isso não serve para o outro, pois este pode ser visto como vulnerável,

e esta percepção passa apenas por um julgamento cognitivo não se buscando a certeza do diagnóstico através da testagem. De modo semelhante, a vulnerabilidade parece ocorrer devido às crenças individuais relacionadas a uma não percepção de poderem se contaminar. Assim, fica um questionamento sobre que crenças foram construídas para embasar esta percepção fazendo-se necessário retomar Krüger (2011), quando o autor aponta para a natureza ontológica das pessoas, na qual se encontram inter-relacionados de modo inseparável, processos, estados e conteúdos psicológicos, mas que ocorrem nas dinâmicas relacionais cotidianas.

Crenças acerca da Aids

Foram verificadas várias questões sobre crenças conservadoras e preconceituosas oriundas do início da epidemia, buscando identificar que situações não permaneceram para os jovens da presente tese e que situações ainda se perpetuam. E, de acordo com os resultados, embora no geral tenham sido crenças positivas, muitos jovens ainda apresentaram dúvidas sobre muitos aspectos e crenças negativas, portanto, alguns resultados devem ser destacados, como o item 76, que aponta para 24% dos jovens acreditarem que a Aids é um pretexto farmacêutico para o lançamento de novos medicamentos, mostrando o quanto existem informações incoerentes, apesar das divulgações de campanhas e pesquisas na área; assim como a crença da transmissão através de utensílios domésticos (29%), crença que não é mais divulgada, por ser considerada muito antiga, do início da epidemia, relacionada a outras formas de contágio de outras doenças, como a meningite; e os itens 70 e 69, que colocam o contágio ao vírus relacionado à vontade divina, mostrando o quanto a religiosidade tem

poder de influência nas decisões cotidianas dos indivíduos e por fim, o item 68 que fala da importância da divulgação dos nomes de pessoas contaminadas com a aids como medida de prevenção para outras pessoas. Este item apresenta o quando muitas crenças acerca da Aids ainda são estigmatizantes, além de serem ilegais.

Essas questões apontadas são preocupantes porque novamente é preciso destacar que trata-se de uma população inserida em contexto de ensino superior, onde as informações são veiculadas de diversos contextos e possibilidades de debates. Contudo é preciso citar Krüger (2011; 2004), que afirma que as crenças podem ser baseadas em experiências pessoais, a partir de processos subjetivos diversos (como cognições e afetividades) e que o grau de aceitação de uma crença é fundamental, pois esta vai influenciar na conduta social. Assim, ao se construir uma crença, esta vai interferir muito mais na tomada de decisão de um indivíduo, de que informações que possam vir, mesmo de meios científicos, ou seja, mesmo que tenha-se a comprovação biológica e científica da Aids, ainda existem pessoas, com possibilidade e acesso à informações corretas, que permanecem estagnados em crenças mais conservadoras, relacionadas às existentes no início da epidemia, na década de 1980.

Acesso a informações sobre a Aids

Os estudantes, de modo geral, concordaram que as campanhas são adequadas, no entanto muitos jovens ainda têm dúvidas sobre a epidemia. Para as mulheres este índice é mais positivo, pois na sociedade as mulheres são mais orientadas a procurar um médico a partir da menarca e fazer exames de rotina periódicos, comportamento que não se repete para os homens. Sobre as informações sobre a Aids, estudos realizados por

Nasir et al. (2008) demonstram que apena 38% dos estudantes apresentaram conhecimentos corretos (e não crenças sociais construídas de modo incorreto) sobre a epidemia.

As crenças regem, portanto, a percepção dos jovens como vulneráveis ou não vírus, do mesmo modo como podem facilitar ou dificultar a acomodação e assimilação de informações preventivas, pois, como apresentado, os jovens afirmam receber informações adequadas sobre a Aids, que estas os fazem refletir sobre seus comportamentos e que têm um apoio social para estas dúvidas. Contudo, muitos jovens (39%) ainda afirmam ter dúvidas sobre a epidemia, assim como afirmaram não ter um apoio médico para estas questões. Assim, receber informações sobre a Aids está relacionada a atitudes preventivas, desde que essas informações tenham uma relação com a intersubjetividade do indivíduo, pois, conforme Meyer & Félix (2012) as campanhas precisam considerar os diversos contextos nos quais os sujeitos estão inseridos, assim como as diversas possibilidades de vivenciar a sexualidade.

Crenças para a vulnerabilidade

Sobre as crenças dos jovens em relação à vulnerabilidade, as crenças sobre o preservativo são influenciadas pelas informações sobre a Aids (Vulnerabilidade Individual), que por sua vez, recebe influência das crenças acerca da Síndrome (Vulnerabilidade Social), o que pode indicar que os jovens consideram apenas aquelas informações que dão sentidos às suas crenças), como descrito por Ayres et al (2003) ao descrever as três dimensões da vulnerabilidade (individual, social e programática).

Os resultados mostram ainda que a percepção de vulnerabilidade está correlacionada com as crenças sobre o preservativo. E este último também se correlaciona com o acesso ao insumo e a religiosidade. Isso mostra a interrelação entre as dimensões da vulnerabilidade que coloca o sujeito em intersubjetividade, com suas próprias crenças, valores e autoconceito.

Em sequência a estas discussões, a síntese sobre os fatores predisponentes a vulnerabilidade apresentado na Figura 4, mostrou que as práticas preventivas sofrem influência das crenças acerca da Aids, contudo, a prática preventiva sofre influência direta sobre a percepção que o jovem tem de ser ver ou não vulnerável, assim como as crenças que ele construiu sobre o uso do preservativo e o acesso ao insumo. Estas quatro variáveis (percepção de vulnerabilidade, crenças sobre o preservativo, acesso ao insumo e religiosidade) estão associadas entre si. As informações sobre a Aids, correlacionadas com as Crenças sobre a epidemia, emergem de forma indireta, influenciando no acesso ao preservativo, pois a prática preventiva emerge correlacionada positivamente com a percepção de vulnerabilidade.

Explicações para a vulnerabilidade dos jovens

Assim, para um aprofundamento nos resultados apresentados pelos jovens nos dados quantitativos, procedeu-se a análise dos dados qualitativos, ou seja, a análise da questão aberta. Sobre ela, através da classe temática **Explicações de Vulnerabilidade** e de suas três categorias que emergiram, foi possível compreender o que os jovens apontaram como motivos de não se estar fazendo uso do preservativo nas relações sexuais.

Nas **crenças conservadoras**, primeira categoria temática, as subcategorias evidenciadas mostram ainda crenças relacionadas a ideia da adolescência, onde tudo é possível de se alcançar, por isso os jovens têm ainda um comportamento imaturo em relação ao sexo. Essa imaturidade leva a uma percepção de invulnerabilidade e consequentemente de impulsividade em busca do prazer.

Nesse sentido, a junção dos fatores invulnerabilidade e irresponsabilidade justificam-se pela imaturidade descrita pelos jovens. Assim, como afirma Ayres et al. (2003), esses aspectos, mesmo tendo um caráter de ordem social, são introjetados pelo indivíduo de modo particular, individual. Um critério que corrobora esta subcategoria é a idade da iniciação sexual, que, embora tenha sido um pouco mais tardia (por volta dos 17 anos), em comparação a estudos recentes desenvolvidos com adolescentes (Ribeiro 2013), que apontava para uma idade de 14 anos, ainda assim pode estar indicando uma precocidade se for tomado como ponto de referência preventiva o uso do preservativo, por isso, neste momento é possível compreender quando os jovens descrevem o fator imaturidade como justificativa de comportamentos que possam levar à vulnerabilidade ao HIV, assim como a relação estabelecida entre o jovem e a pessoa do intercurso sexual, que para muitos jovens tratou-se de ser um parceiro ocasional. Outro fator continua sendo o uso irregular do preservativo, onde foi possível verificar que apenas 45% dos jovens portavam o insumo no momento do intercurso sexual e ainda que 32% destes jovens ainda sentem-se constrangidos em adquirir o preservativo.

A partir do exposto, verifica-se na perspectiva de Krüger (2011), uma crença conservadora relacionada à impulsividade, a ideia de que ser homem significa ter que correr riscos. Os jovens sabem de suas práticas sexuais desprotegidas, como perguntado anteriormente, mas não são informações – como a informação de ser importante usar o

preservativo - que reforçam suas crenças de invulnerabilidade, portanto, não são comportamentos preventivos assumidos pelos jovens.

Quando os jovens são perguntados, no primeiro momento da pesquisa se eles têm medo de contrair o HIV/AIDS, parte significativa das respostas foi positiva, em dissonância com a pergunta sobre já ter feito o teste para o HIV, muitos responderam que não ou quando fizeram, muitos justificaram a questão da obrigatoriedade devido a gravidez, mas ainda prevalece a descrição do comportamento como impulsivo, conforme estudos descritos por Bezerra et al. (2012). Esta impulsividade justifica a falta de cuidado descrita pelos participantes, onde em nome do desejo é possível se tornar invulnerável. Assim, além de serem invulneráveis, há a afirmativa de que existe uma **impulsividade** por parte dos jovens, comportamento que pode apontar para os maiores índices de vulnerabilidade individual, pois é comum aos jovens a ideia de que não correm risco, mesmo assumindo comportamentos assim considerados.

Esse apoderamento da invulnerabilidade é apontado nos estudos das crenças, quando Krüger (2011) afirma que as crenças influenciam nas tomadas de decisões e orientam a conduta social, neste sentido, ao retomar os dados quantitativos, a percepção de ser vulnerável foi apontada por apenas 20% da amostra, já para os amigos, este percentual sobe para 70%. Isso porque os jovens descrevem que mesmo tendo conhecimento das possíveis consequências ao se ter relações sexuais sem usar o preservativo, acreditam que a contaminação não acontecerá com eles, essas ideias corroboram os estudos de Krüger (2011), o qual afirma que as crenças de origem interna são resultantes da cognição, principalmente do pensamento e da imaginação, ou seja, as pessoas buscam reforçadores de suas crenças, e isso resulta em prática preventiva ou de exposição.

Assim, do grupo estudado, 29% afirmaram ter feito o uso do preservativo poucas vezes nas relações sexuais ou ainda nenhuma vez, e das justificativas apontadas para o não uso do insumo, 19% afirmaram ter um parceiro fixo ou conhecer a conduta do parceiro (13%). Estas questões são comumente escutadas nas rodas de conversa, onde o mais importante é “saber” sobre o parceiro, mas ao serem questionados sobre saber se o parceiro já fez a testagem para o HIV, apenas 16% responderam afirmativamente. Esse resultado levanta um questionamento sobre o que seria conhecer a conduta do parceiro, se este conhecimento estaria embasado apenas na confiança por parte de ambos.

Além de se colocarem em comportamentos impulsivos e a percepção de invulneráveis, tem-se também a busca incessante pelo prazer, que leva a uma necessidade social de se ter muitos parceiros sexuais, que também é um comportamento de maior vulnerabilidade ao HIV, quando este comportamento é assumido sem o uso do preservativo em todas as relações sexuais. Deste modo, a literatura aponta para um maior risco entre pessoas que têm mais parceiros sexuais, como na perspectiva dos papéis relacionados ao exercício da masculinidade, com a visão de uma necessidade de iniciação o mais cedo possível, ter uma multiplicidade de parceiras e que as práticas sexuais sem o uso do preservativo são mais prazerosas (Paiva et al. 1998), modelo que são repetidos nas colocações dos estudantes universitários nas respostas escritas pelos mesmos.

Essas colocações remetem ao fato de que um número significativo de jovens apontou, no questionário, ter mais de um parceiro sexual, além disso, o uso do preservativo não foi apontado em todas as relações sexuais. Esta questão retoma uma discussão sobre ser homem é provar ter virilidade e experiência sexual, na qual nestas

trocas de parceiros, cabe um questionamento sobre haver uma aceitação do não uso do preservativo, já que, como afirmado nos discursos, eles buscam a confiança e conhecimento sobre o parceiro, mas ao se estabelecer relacionamentos com mais de uma parceira, parece haver uma confiança unidirecional. Além disso, outra questão bastante levantada pelos jovens, além da multiplicidade de parceiros, foi a questão de associar álcool e prazer sexual.

O consumo de álcool e drogas não foi objeto de investigação da presente tese, contudo, é fundamental destacar que quando os jovens apontam que estar sob efeito do álcool e drogas leva as pessoas a assumirem uma postura mais “corajosa” e desinibida, podendo se tornar “invencíveis” e “inatingíveis”, de modo que a aceitação social é maior e, diante desses comportamentos, a vulnerabilidade também aumenta. O que está diretamente associado à ideia de impulsividade, invulnerabilidade e irresponsabilidade, corroborando Adhikari (2010), que verificou que estudantes que faziam uso frequente do álcool foram 54% menos propensos a usar preservativos na primeira relação sexual do que aqueles que nunca ou raramente consumiam álcool.

Estas pontuações trazem ainda outro questionamento, que é o de os jovens sentirem de fato a necessidade de estarem desinibidos para uma relação sexual e o suas preocupações com a opinião do parceiro em relação ao seu desempenho íntimo e o quanto o grupo social pode influenciar nestes comportamentos. Assim como Paiva et al. (1998) verificou que com o álcool os homens se sentiam mais assertivos e menos tímidos. Isso é uma crença que prevalece ainda nos dias de hoje, pois as pessoas continuam fazendo uso do álcool para poder ser aceitas e mais desinibidas nas relações grupais. Esta passa a ser então a próxima discussão da classe temática referente às crenças relacionais.

No segundo momento das categorias temáticas, emergiram as crenças correlacionais, onde o foco são os fatores sociais, embora no primeiro momento das crenças conservadoras exista um fator social envolvido. É neste momento que fica mais evidente essas questões das relações estabelecidas como influenciadoras das práticas preventivas.

A primeira subcategoria das crenças relacionais é sobre o **amor romântico**, que coloca principalmente as mulheres em uma situação de maior vulnerabilidade, pois quanto mais firme for o relacionamento, menos provável é que se faça uso do preservativo, pois ao se estar apaixonada, há confiança. E, de modo semelhante ao amor romântico, tem-se a subcategoria **gênero**, ambas colocam os homens em percepção de invulnerabilidade ao não se gostar de usar o preservativo e as mulheres de não pedirem. Nesta subcategoria há uma questão social muito evidente e forte, como afirmou Paiva (2012), que coloca as mulheres em desvantagem para negociar o uso do preservativo, assim como as relações de amor romântico, que levam ao não uso do insumo, situações que surgem no momento da interação sexual. Ao entrar na discussão sobre as crenças relacionais, estas aparecem todas entrelaçadas e construídas socialmente ao longo de gerações, mesmo com as modificações sempre existentes, pois, como afirmou Paiva (2012), a sexualidade não é pensada, geralmente, de acordo com os conhecimentos sobre Aids, a autora fala de vários fatores envolvidos no momento do intercurso sexual, havendo vários fatores como os psicológicos e os sociais. Estas questões também foram evidenciadas nos dados quantitativos, que apontaram para um índice de 27% dos jovens que concordam que é difícil para a mulher exigir o uso do preservativo, assim como 41% afirmaram que é difícil para a mulher comprar o preservativo. Nestas visões dos jovens, o poder em usar o preservativo parece ainda ser do homem, neste caso da

pesquisa que se constituiu de 94% de heterossexuais. Importante ressaltar estudo de Lima e Moreira (2008), que afirmam que desde o início da epidemia da Aids, a prevenção é considerada absolutamente necessária para o controle da doença, e, mesmo depois de todo o tempo já passado, a prevenção continua sendo fundamental, principalmente diante da feminização da Aids. Com a rapidez da dispersão do vírus HIV, um olhar mais atento voltou-se para se tentar identificar os limites da compreensão da sexualidade humana, pois a divulgação das forma de contaminação e os esclarecimentos disponíveis, não tem ocorrido a diminuição esperada de novos casos de infecção.

Assim, para a questão de gênero que foi descrita nas falas, retoma-se a negociação do uso do preservativo, e a crença de que o insumo incomoda e diminui o prazer. Essas crenças sobre o uso do preservativo influenciam diretamente nas práticas preventivas e nas crenças acerca da Aids, como foi demonstrado na Figura 5. Assim como Paiva (2012) apontou para estas mesmas questões sobre a dificuldade da mulher em negociar o uso, buscar um diálogo sobre estas questões e reivindicar práticas preventivas.

E para o sexo masculino, os boletins da UNAIDS (2011) trazem as descrições dos jovens sobre sua postura na sociedade, onde o “sexo nunca deveria ser recusado” o que reforça a crença da masculinidade e necessidade de experiências sexuais vistas positivamente pelo grupo. Além disso, para as mulheres, é uma prova de amor e confiança não solicitar o uso do preservativo.

Sobre esta questão Paiva (2012) descreve o amor conjugal como tendo o significado de protetor de todos os males, para os amantes, exigindo entrega e confiança, discurso que dificulta o uso do preservativo, mesmo que este já faça parte do

cenário cultural atual. A autora afirma ainda que quando se espera a incorporação do discurso da prevenção, deve-se entender que o desafio para cada pessoa é torná-lo congruente com a sua formação religiosa, com a socialização para uma identidade social do gênero, com um contexto conjugal ou de classe social, com mais ou menos recursos programáticos e sociais, sendo um contexto necessário de ressocialização e de ressignificação e valores.

Para muitos jovens prevalece a crença de associar o uso do preservativo à diminuição do prazer, não havendo percepção de vulnerabilidade, e esta percepção está correlacionada com as crenças sobre o preservativo, em consenso ao que Barbosa et al. (2006) apresentaram que, além das questões sociais, o uso do preservativo é pouco frequente em jovens universitários havendo, ainda, vieses na compreensão da transmissão das DST/HIV e a percepção de invulnerabilidade dessa população.

Ao se ter vieses na compreensão das formas de contaminação ao HIV, estas trocas de informação parece acontecer mais entre os amigos, do que mesmo no ambiente familiar, já que são jovens que moram com os pais (54%), ou seja, ainda há um contato frequente com a família, mas parece não haver uma possibilidade de diálogo aberto sobre o sexo que permanece tabu. A dificuldade de diálogo com a família e a busca por informações no grupo emerge como elemento novo a este instrumento, como material adicional na busca por explicações, nesse sentido Torres e Neiva (2011) afirmaram que um único comportamento geralmente tem diversas influências, principalmente a de familiares e amigos, o que reforça o comportamento embasado em crenças sociais. Assim, as **normas sociais** existentes implicitamente nos grupos, colocam os jovens nesta busca de prazer não esclarecido. Busca preservativo no posto de saúde é constrangedor, ou compra-lo em farmácias, mas ter relação sexual com uma

pessoa que conheceu no mesmo dia não é, como foi afirmado por 10% dos jovens.

Quais seriam então os valores realmente incorporados por estes jovens?

Essas causas apresentadas são também descritas por Álvaro e Garrido (2006), ao falar sobre diferentes formas de influência social, onde existe a possibilidade indireta de influenciar outrem, através da manipulação das normas e costumes sociais e das atitudes sociais ou culturais. Assim, as pessoas não se percebem sendo influenciadas, mas sabem da importância da opinião do grupo.

Somando-se a estas questões, tem-se o índice, no presente estudo, de 61% dos jovens que afirmaram ter dúvidas sobre a Aids. Assim como afirmou Seffner (2012), que, para entender a que fatores de vulnerabilidade um indivíduo pode estar envolvido, é necessário falar de inserção social e cultural, analisando quais crenças e valores que estão envolvidos em seu cotidiano. Por fim, ao se pensar nestas questões de dúvidas sobre a síndrome em questão, tem-se a última categoria temática (**crenças informativas**), referente às **informações** veiculadas hoje em dia e as **campanhas preventivas** ao contágio pelo HIV.

Nesta categoria os jovens falam da necessidade de mais campanhas, em contrapartida ao que eles assinalaram no questionário ao afirmarem que as campanhas são adequadas e os fazem refletir sobre seus comportamentos. Nas respostas escritas apresentadas é possível verificar que eles sabem da existência das campanhas, mas que elas não conseguem atingir de forma direta esse público, conforme foi apresentado nos dados quantitativos, nos quais os jovens, afirmaram, em sua maioria, receber informações sobre a Aids (83%), mas ainda 61% destes assinalaram ter dúvidas e não receberem orientações médicas (67%), as mulheres, neste caso, são menos atingidas pelas campanhas. Por outro lado, foi verificado que ainda há pouca busca, por parte dos

jovens por informações, cuidados médicos, o que poderia levar a uma possível proteção ao HIV.

Assim, conforme descrito nos resultados do questionário, 73% dos jovens consideram as campanhas adequadas, contudo, ainda existe um número significativo de jovens (30%) que afirmam que as campanhas não provocam uma reflexão comportamental, o que faz com que seja retomada a busca por informações nos grupos sociais, onde muitas vezes são crenças construídas sem embasamento científico e que são perpetuadas pelas normas sociais. Soma-se a estes fatores a construção dos relacionamentos afetivos baseados em normas grupais sobre uso ou não uso do preservativo e o resultado são jovens que, por estarem inseridos em contexto universitário têm maior possibilidade de acesso à informações corretas sobre risco de contrair o HIV/Aids, mas que continuam tendo informações incorretas sobre prevenção. Sobre estas questões Ayres et al. (2003) aponta para a necessidade do envolvimento governamental e de sustentabilidade política para que se atinja a prevenção.

Ao retomar as perguntas inicialmente norteadoras da presente tese, ao se pensar na população estudantil, o contexto acadêmico parece não ser suficiente para promover práticas preventivas em relação ao HIV/Aids. O contexto universitário é um local de grandes possibilidades de acesso a informações, discussões e trocas de conhecimento, mas parece não atingir as crenças já construídas pelos jovens sobre quem pode ser vulnerável ou não a contrair o vírus, além disso, as crenças parecem se perpetuar na confiança do parceiro e na não necessidade do uso em relacionamentos estáveis. São jovens que têm cada vez mais se colocado diante do que eles consideram errado, mas a vulnerabilidade para esta população incerta e ainda carregada de dúvidas e crenças distorcidas.

Esses dados podem ser explicados ainda, a partir das crenças encontradas neste estudo, quando afirmado que a opinião do grupo é muito forte. Seria uma possibilidade de tentar atingir essa população se as campanhas puderem entrar em sala de aula, nos debates acadêmicos e verificar diretamente o que os jovens podem pensar sobre elas. Isso remete a uma nova discussão sobre o fato de que cada vez mais os jovens têm sentido a necessidade de se envolverem com a sociedade de um modo mais político e isso pode passar a ser um ponto positivo para a prevenção ao HIV. Quando há a possibilidade do jovem falar, muito mais do que somente responder ao questionário, é possível uma colocação mais pessoal sobre o ponto de vista desta população sobre o que de fato tem levado a não se fazer uso de métodos preventivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar a vulnerabilidade à Aids em jovens através das crenças construídas por esta população é uma possibilidade de conhecer que fatores podem levar a uma maior ou menor predisposição de exposição ao vírus. São as elaborações sociais construídas desde o início da epidemia, há trinta anos, que, embora tenha passado por significativas modificações, ainda tem apresentado crenças distorcidas sobre as formas de contaminação e sobre as pessoas que convivem com o HIV.

A partir dos dados da pesquisa, foi possível observar que os jovens têm iniciado o intercurso sexual geralmente com o namorado, mas para muitos jovens esta primeira experiência foi iniciada com parceria ocasional e de forma assim associada o preservativo não tem sido usado em todas as relações sexuais. Os jovens afirmam que existe uma preocupação real em se contrair o HIV/Aids, mas que essa preocupação não tem sido suficiente para fazer com que os jovens assumam uma postura de proteção.

O modelo de vulnerabilidade ora apresentado, busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a sua maior exposição ao HIV ou sua menor chance de proteção.

Ao retomar o objetivo geral, da presente pesquisa, que foi o de analisar as crenças e práticas preventivas de adultos jovens em contexto universitário acerca da Aids enquanto fatores que podem predispor à vulnerabilidade, foram encontrados resultados de ordem tanto social quanto individual. Os jovens apresentaram conhecimento sobre as formas de contaminação, sobre os métodos contraceptivos, assim como os testes para verificação sorológica, mas nem todos fazem uso em todas as

interações sexuais dos insumos, assim como não são todos que já se submeteram à testagem para o HIV. Isso os coloca em uma dupla percepção a respeito do HIV, o de ter o conhecimento correto sobre as formas de contaminação, mas também o de se ver invulnerável, mesmo não usando preservativos, o que retoma às crenças conservadoras e iniciais sobre a Aids, e, diante delas, as informações corretas somente são assimiladas se reforçam as crenças dos indivíduos e as normas do grupo de pertença.

Nos resultados das escalas de crenças, os dados apontam para uma construção social de comportamentos que são aceitos nos grupos, nas relações sociais e como o grupo as constrói e os repetem em seu cotidiano. Nas crenças relacionais, novamente a negociação do uso do preservativo encontra-se em evidência e as diferenças entre os sexos e o uso do insumo continua sendo apontado para uma questão de contracepção.

Mesmo com toda a inserção feminina na sociedade, em termos de igualdade, inclusive para um número bem maior de mulheres no contexto universitário, conforme apontaram os dados, o porte e negociação do preservativo continua sendo papel do homem e, mesmo com todas as reivindicações das mulheres no mercado de trabalho, ainda é constrangedor para as mulheres adquirirem o preservativo. Quanto às crenças informativas, que tiveram uma pontuação mais positiva, ou seja, os estudantes apontaram ter acesso às informações sobre a Aids na análise quantitativa, contudo, na análise qualitativa foi possível observar algumas falas que apontavam para a necessidade de mais campanhas que possam atingir o público alvo deste estudo.

Os resultados apontam para a necessidade não só da manutenção das pesquisas em torno da Aids e do estudante universitário, como também de mudanças nas características de suas propostas. A manutenção desses trabalhos e mesmo a sua

expansão Justifica-se em função do aumento das notificações de Aids e do aumento notável no número de estudantes do ensino superior no país.

Trinta anos após a descoberta do vírus da Aids, muitas campanhas preventivas e ídolos dos jovens terem morrido por consequência das doenças oportunistas (Cazuza, Renato Russo, Caio Fernando Abreu, Michel Foucault, Freddie Mercury, Herbert de Souza, dentre outros) a partir do desenvolvimento da Aids pela contaminação ao HIV, ainda é possível observar, no cotidiano dos jovens com melhores possibilidades de acesso à informação, uma construção distorcida sobre a Aids, as pessoas que convivem com o vírus, assim como uma não completa familiaridade com o uso do preservativo.

E sobre o insumo, para além das revoluções políticas e sociais da liberdade sexual, comprar/ adquirir o preservativo parece ainda não ter sido incorporado no cotidiano dos jovens. Enquanto o uso do preservativo em todas as relações sexuais foi apontado por apenas uma minoria da amostra, uma possível descoberta de soropositividade do parceiro faria com que muitos desses jovens terminassem o relacionamento, assim como a submissão à testagem alguma vez na vida foi apontada por uma minoria.

Estas questões também remetem a indagações de por que o amigo pode estar mais vulnerável do que a si próprio. O modelo de vulnerabilidade ora apresentado é entendido como uma construção social, construção esta que foi solidificada através de crenças sociais durante muito tempo.

Há, portanto, uma necessidade de intervenções específicas, apontando para um acesso à informação mais consistente do tema na formação dos estudantes universitários nas diversas áreas de formação, e não só dos ligados à área da saúde. Nas falas dos participantes foi muito frequente o olhar sobre o outro, não o olhar sobre si mesmo, em

relação à percepção de vulnerabilidade, é o outro que se expõe, é o outro que pode adoecer.

Neste sentido, as pesquisas envolvendo estudantes universitários justifica-se na crescente demanda desta população, na postura de futuros profissionais e através da percepção de invulnerabilidade que este grupo manifesta. O que se pretende, portanto, é que haja mais informação sobre prevenção às DST/HV/Aids, incorporada nas práticas do dia a dia, nas dinâmicas relacionais, nas trocas de conversas, que as pessoas a partir do acesso à informação sobre a epidemia de Aids se previnam, geralmente o que se busca é que se modifiquem os cenários das interações sociais.

Conclui-se que os objetivos delimitados para a realização desta pesquisa foram atingidos. O trabalho vem consolidar a perspectiva da não existência de grupos de risco, mas comportamentos de risco. Contudo o debate sobre o tema é amplo e há a necessidade de um maior aprofundamento em pesquisas na área. Esta pesquisa, desenvolvida em algumas cidades do Estado da Paraíba, apenas inicia diversas outras possibilidades de investigação para a população pesquisada, pois outros fatores precisam ser analisados, outros contextos sociais e acadêmicos em outras regiões do país, verificando se existe diferenças significativas, buscando investigar a existência de outras crenças, outros valores, outras formas de perceber a vulnerabilidade ao HIV, assim como a utilização de pesquisas que possam questionar aos jovens que fatores poderiam exercer maior influência nas campanhas para possíveis modificações preventivas, de modo mais seguro.

Um outro ponto de possível investigação futura seria analisar a própria construção das crenças, como onde eles começaram a educação sexual, seus modelos iniciais e as representações de gênero representativas em suas famílias. Em momentos

futuros, é possível pensar uma nova possibilidade de investigação, utilizando-se os instrumentos aqui descritos, na tentativa de investigar se essas crenças são semelhantes se mudarmos a região do país, e se forem investigadas populações de diferentes faixas etárias, como estudos com adolescentes que já tiveram iniciação sexual e pessoas mais velhas, no contexto da pós-graduação, onde geralmente encontram-se presentes novas perspectivas de vida.

Quando os jovens apreendem somente informações que reforçam as crenças já existentes a respeito da Aids, eles permanecem em situação de vulnerabilidade. Seria, portanto, necessário ressignificar essas crenças e estar em um contexto acadêmico, de nível superior, não é um fator que predispõe a prevenção. As crenças estão na subjetividade de cada um, nas construções dos grupos, e, ao transformar essas crenças, pode-se ter uma possibilidade de dar novo sentido as cognições.

Assim, o comportamento preventivo deve partir de uma construção social, para além da vontade individual, mas que os elementos sociais e programáticos possam estar interligados, constituindo um único critério de prevenção, e que questões culturais, políticas, de gênero e faixa etária não sejam fatores que possam estigmatizar essas práticas preventivas. A diversidade de comportamentos sexuais e afetivos deve ser sempre entendida com suas singularidades contidas em cada relacionamento.

A adoção de comportamentos mais seguros precisa considerar não apenas os diversos tipos de parcerias e práticas sexuais adotadas, mas também os desejos afetivos dos parceiros envolvidos, que por diversas vezes negam-se a atender a prescrição restrita do uso de preservativos, principalmente em parcerias estáveis. Esta pesquisa, desenvolvida em algumas cidades do Estado da Paraíba inicia diversas outras possibilidades de investigação para a população pesquisada, pois outros contextos

precisam ser analisados, outras crenças, outros valores, outras formas de perceber a vulnerabilidade ao HIV, assim como a inserção do que foi adicional aos jovens, como o consumo do álcool e drogas, além da percepção que os jovens têm das crenças de seus pais e amigos, pois a forma que os estudantes pensam sobre as crenças de seus familiares e grupo de pertença também é uma forma de influenciar em seus comportamentos sobre um determinado objeto social, neste caso a prevenção.

REFERÊNCIAS
.....

REFERÊNCIAS

- Adefuye, A. S., Abiona, T. C., Balogun, J. A. & Lukobo-Durrell, M. (2009). HIV sexual risk behaviors and perception of risk among college students: implications for planning interventions. *BMC Public Health*, 9(281). Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/281>
- Adhikari, R. (2010). Are Nepali students at risk of HIV? A cross-sectional study of condom use at first sexual intercourse among college students in Kathmandu. *Journal of the International AIDS Society*, 13(7). Recuperado de: <http://www.jiasociety.org/content/13/1/7>
- Alves, C. A. & Brandão, E. R. (2009). Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 661-670.
- Alvarez, M. J. (2005). *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: O guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Lisboa: FCT/FCG.
- Álvaro, J. L. & Garrido, A. (2006). *Psicología social: perspectivas psicológicas e sociológicas*. Trad. Miguel Cabrera Fernandes. São Paulo: McGraw-Hill.
- Ayres, J. R. C. M. (2000). Cidadania, vulnerabilidade e prevenção de HIV/AIDS. in Pinto, T.; Telles, I. S. (Orgs.). *AIDS e escola: reflexões e propostas do EDUCAIDS*. 2^a Ed. São Paulo: Cortez; Pernambuco: UNICEF.
- Ayres, J. R. C. M. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 6 (11), 11-24.

- Ayres, J. C. R. M., França Junior, I., Calazanz, G. J. & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: Novas perspectivas e desafios. In: Ayres, J. R. C. M., Freitas, A. C., Santos, M. A. S., Saletti Filho, H. C. & França Júnior, I. (2003). Adolescence and AIDS: evaluation of a preventive education experience among peers. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), p.113-28.
- Ayres, J. R. C. M.; Paiva, V., França Jr, I., Gravato, N., Lacerda, R., Negra, M. D., Marques, H. H. S., Galano, E., Lecussan, P., Segurado, A. C. & Silva, M. H. (2006). Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*. 96(6), 1001-1006.
- Azevedo, R. L. W. (2007). *Aspectos psicossociais da sexualidade na adolescência associada à vulnerabilidade ao HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB.
- Barbosa, R. G., Garcia, F. C.P., Manzato, A. J., Martins, R. A. & Vieira, F. T. (2006). Conhecimento sobre DST/Aids, hepatites e conduta sexual de universitários de São José do Rio Preto, SP. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 18(4), 224-230.
- Bar-Tal, D. (1990). *Group beliefs: A conception for analyzing group structure, processes and behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Baseggio, D. B. (2011). *Sujeito adulto universitário: qual o papel das emoções no processo de aprendizagem?* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Passo Fundo.
- Beer, I. H., Gelderblom, H. C., Schellekens, O., Gaeb, E., Rooy G., McNally, A., Wit, F. W. & Tobias, R. W. F. (2012). University students and HIV in Namibia: an HIV

- prevalence survey and a knowledge and attitude survey. *Journal of the International AIDS Society*. 15(9). Recuperado de: <http://www.jiasociety.org/content/15/1/9>
- Bem, D. J. (1973). *Convicções, atitudes e assuntos humanos*. Carolina Martuscelli Bori (Trad.). São Paulo: EPU.
- Berger, K. S. (2003). *O desenvolvimento da pessoa: da infância a terceira idade*. Rio de Janeiro: LTC.
- Bezerra, E. O., Chaves, A. C. P., Pereira, M. L. D. & Melo, F. R. G. (2012). Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/Aids. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 13(5), 1121-31.
- Branco, A. U. (2006). Crenças e práticas culturais: co-construção e ontogênese de valores sociais. *Pro-Posições*. 17(2).
- BRASIL. (1993). *Programa de saúde do adolescente*: Portaria nº 980 de 1989. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/>
- BRASIL. (1996). *Conselho Nacional de Saúde*. Resolução nº 182, de 10 de abril de 1996. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196
- Brasil. (2002). Lei n. 10.558 de 13 de novembro de 2002. *Programa Diversidade na Universidade*. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10558.htm
- BRASIL. (2007). Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS.dst*. Ano IV, nº 1. 2007.
- BRASIL. (2007). Ministério da Saúde. *AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, Recuperado de: www.AIDS.gov.br.

- BRASIL. (2007). *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://www.AIDS.gov.br/data/Pages/LUMIS9DAF1EC6PTBRIE.htm>
- BRASIL. (2012). Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS.dst*. Ano IX, nº 1. Versão Preliminar.
- Buchalla, C. M. & Paiva, V. (2002). Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 117-9. Recuperado de: www.fsp.usp.br/rsp
- Carvalho, C. M. L. & Galvão, M. T. G. (2008). Enfrentamento da AIDS entre mulheres Infectadas em Fortaleza-CE. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 42(1), 90-97. Recuperado de www.ee.usp.br/reeusp/
- Chan, K. Y., Yang, Y., Zhang, K. L. & Reidpath, D. D. (2007). Disentangling the stigma of HIV/AIDS from the stigmas of drugs use, commercial sex and commercial blood donation – a factorial survey of medical students in China. *BMC Public Health*, 7(280). Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/280>
- Dessunti, E. M. & Reis, A. O. A. (2012). Vulnerabilidade às DST/Aids entre estudantes da saúde. *Ciência Cuidado e Saúde*. 11(suplem.), 274-283.
- Diniz, S. G. (2001). *Gênero e prevenção das DST/AIDS*. In: Coletivo Feminista, Sexualidade e Saúde. Recuperado de: https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/textos/COLETFEM/relacoes_de_genero
- Figueiredo, M. A. C. (1993). Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 26(3), 393-407.
- Finkler, L., Oliveira, M. Z. & Gomes, W. B. (2004). HIV/Aids e práticas preventivas em uniões heterossexuais estáveis. *Revista Aletheia*. Canoas (RS), 20, 9-25.

- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fisher, R. & Vauclair, C. M. (2011). Influência social. In Torres, C. V., & Neiva, E. R. (orgs). *Psicologia social: principais temas e vertentes*. Porto Alegre: Artmed, 2011. 306 p. ISBN 978-85-363-2551-4
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Bryan, A. D. & Misovich, S. J. (2002). Information - motivation- behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for Inner-City High School Youth. *Health Psychology*. 21(2), 177–186.
- Geluda, K., Bosi, M. L. M., Cunha, A. J. L. A. & Trajman, A. (2006). “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(8), 1671-1680.
- Giles, J. W. (2003). Children’s essentialist beliefs about aggression. *Developmental Review*, 23(4), 413-443.
- Groppi, L. A. (2004). Dialética das juventudes modernas e contemporâneas. *Revista de Educação do Cogeime*, 13(25). Recuperado de <http://www.cogeime.org.br/revista/cap0125.pdf>
- Guerriero, I., Ayres, J. R. C. M. & Hearst, N. (2002). Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 3(6), 50-60. Recuperado de: www.fsp.usp.br/rsp
- Hair, J. F. Jr., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada*. Porto Alegre, RS: Bookman.
- Huesmann, L. R. & Guerra, N. G. (1997). Children’s normative beliefs about aggression and aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 408-419.

- Irffi, G., Soares, R. B. & DeSouza, S. A. (2010). Fatores socioeconômicos, demográficos, regionais e comportamentais sobre HIV/AIDS. *EconomiA*, 11(2), 333–356.
- Krüger, H. (1995). Psicologia das crenças: perspectivas teóricas. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. (Tese do concurso público para professor titular de psicologia social do instituto de psicologia da UERJ).
- Krüger, H. (2004). Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. In: Lima M. E. O., Pereira M. E. (org.). *Estereótipos, preconceitos e discriminação*. Perspectivas teóricas e metodológicas. Salvador: EDUFBA, 7-25.
- Krüger, H. (2011). Ideologias, sistemas de crenças e atitudes. In: Torres, A. R. R. et al. (Orgs.). *Psicologia Social: temas e teorias*. Brasília: Technopolitik.
- Laros, J. A. (2005). O uso da análise fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores. In L. Pasquali (Org.), *Análise fatorial para pesquisadores* (pp. 163-184). Brasília, DF: LabPAM.
- Leta, J. (2003). As mulheres na ciência brasileira: crescimento, contrastes e um perfil de sucesso. *Estudos Avançados*, 17 (49).
- Lewis, M. A., Kaysen, D. L., Rees, M. & Woods, B. A. (2010). The relationship between condom-related protective behavioral strategies and condom use among college students: global- and event-level evaluations. *Journal of Sex Research*. 47(5), 471–478. doi:10.1080/00224490903132069. Recuperado de: <http://www.informaworld.com/terms-and-conditions-of-access.pdf>.
- Lima, M. L. C. & Moreira, A. C. G. (2008). Aids e feminização: os contornos da sexualidade. *Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza*. 8(1), 103-118.

- Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000100006&lng=pt&tlang=pt
- Madureira, V. & Trentini, M. (2008). Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/Aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1807-1816.
- Mann, J., Tarantola, D. J. N. & Netter, T. W. (1993). *A AIDS no Mundo* [AIDS in the World]. Organizadores da Edição Brasileira: Richard Parker, Jane Galvão, José Stalin Pedrosa. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ.
- Meneghin, P. (1996). Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da AIDS: o espectro do desespero contemporâneo. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 30(3), 399-415.
- Meyer, D. E. E. & Félix, J. (2012). Estamos preparados para lidar com a prevenção das DST/HIV/AIDS em nossas práticas educativas? Relações e desafios entre formação de formadores/as e currículo. In: *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e promoção da saúde Livro III - Pluralidade de vozes e inovação de práticas*. Curitiba: Juruá Editora.
- Monteiro, P. H. N. & Donato, A. F. (2012). Contribuições teórico-práticas do campo da educação para as ações de prevenção em DST/Aids. In: *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e promoção da saúde Livro III - Pluralidade de vozes e inovação de práticas*. Curitiba: Juruá Editora.
- Moore, D. P. (2008). *HIV/AIDS knowledge, attitudes, involvement, and predictors of condom use among african american college students: implications for communication strategies for HIV/AIDS prevention*. (Master's thesis). Bowling Green State University.

- Moser, A. M., Reggiani, C. & Urbanetz, A. (2007). Comportamento sexual de risco entre estudantes universitárias dos cursos de ciências da saúde. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*. 53(2), 116-21.
- Nasir, E. F., Åstrøm, A. N., David, J. & Ali, R. W. (2008). HIV and AIDS related knowledge, sources of information, and reported need for further education among dental students in Sudan- a cross sectional study. *BMC Public Health*, 8:286 doi:10.1186/1471-2458-8-286. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/286>
- Osório, R. G. (2009). Classe, raça e acesso ao ensino superior no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, 39 (138), 867-880.
- Paiva, V., Bugamelli, L., Leme, B., Ventura-Filipe, E., Tunala, L. & Santos, N. (1998). A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? Trad. Cuadernos Mujer Salud 3. *Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, 34-38.
- Paiva, V., Latorre, M. R., Gravato, N., & Lacerda, R. (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6), 1609-1620.
- Paiva, M. S. & Amâncio, L. (2004). *Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de gênero para SIDA/AIDS entre jovens universitários: estudo comparativo Brasil/Portugal*. VIII Congresso luso-afro-brasileiro de ciências sociais. Coimbra. 2004. Recuperado de: www.ces.uc.pt/LAB2004.
- Paiva, V. (2012). Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In: *Vulnerabilidade e Direitos*

- Humanos: Prevenção e promoção da saúde. Livro I – da doença à cidadania.*
Curitiba: Juruá Editora.
- Paiva, V., Ayres, J. R. & Buchalla, C. M. (2012). Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção à saúde: da doença à cidadania. Livro I. Curitiba: Juruá Editora.
- Papalia, D. E., Olds, S.W. & Feldman, R. D. (2010). Desenvolvimento humano. 10^a ed. Porto Alegre: AMGH.
- PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (2007). *Perfil epidemiológico da AIDS no Estado da Paraíba (1985 – 2007)*. SINAN-SES-PB
- Parker, R. & Camargo Jr., K. R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 89-102.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista Psiquiatria Clínica*. 25(5) Edição Especial, 206-213.
- Pasquali, L. (Org.). (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília, DF: LabPAM.
- Pasquali, L. (2009). *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. 3^a ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pilatti, L. A., Pedroso, B. & Gutierrez, G. L. (2010). Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-OLD através do Microsoft Excel. *Geriatría & Gerontología*, 4(4), 214-219.
- Polit, D. & Hungler, B. (1997). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization* (4th ed). J. B. Lippincott Company: Philadelphia, Pennsylvania, USA.

- Praça, N. S., Souza, J. O. & Rodrigues, D. A. L. (2010). Mulher no período pós-reprodutivo e HIV/Aids: percepção e ações segundo o modelo de crenças em saúde. *Texto Contexto Enfermagem*. 19(3), 518-25.
- PROMUNDO/UNFPA. Ricardo, C., Barker, G., Nascimento, M. & Segundo, M. (2007). *Homens jovens e prevenção de HIV – um guia para a ação*. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Recuperado de: www.unfpa.org/ / www.promundo.org.br
- Rebelo, L. E. F. S. & Gomes, R. (2012). Qual é a sua Atitude? Narrativas de homens jovens universitários sobre os cuidados preventivos com a AIDS. *Saúde Sociedade*. 21(4), 916-927.
- Ribeiro, K. C. S. (2013). *Intervenção psicoeducativa dirigida à prevenção de DSTs e Gravidez não planejada para Jovens*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba.
- Ribeiro, K. C. S., Silva J. & Saldanha, A. A. W. (2011). Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 23(2), 84-89 - ISSN: 0103-4065 - ISSN online: 2177-8264. DOI: 10.5533/2177-8264-201123206
- Rios, L. F., Pimenta, C., Brito, I., Terto Jr., V. & Parker, R. (2002). Rumo à adultez: Oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. *Caderno Cedes, Campinas*, 22 (57), 45-61.
- Riscado, L. C. & Peres, S. O. (2008). Contribuição da categoria gênero para os estudos sobre Adolescência e juventude no âmbito da psicologia e Ciências sociais como meio de evidenciar a permanência das Desigualdades e a necessidade de enfrentar a exclusão social. *Revista Ártemis*. 9, 77-91.

- Rodrigues, J. A., Carneiro, W. S., Nogueira, J. A. & Athayde, A. C. R. (2013). HIV: Fatores que Acentuam a Vulnerabilidade na População Jovem Feminina. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 17(1), 3-10. DOI: 10.4034/RBCS.2013.17.01.01
Recuperado de <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>
- Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e Construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. (Tese de doutorado). Pós-graduação em Psicologia – USP. Ribeirão Preto.
- Saldanha, A. A. W., Carvalho, E. A., Diniz, R. F., Freitas, E., Félix, S. M. & Silva, E. A. (2008). Comportamento sexual e vulnerabilidade à AIDS: Um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. *Dst – Jornal Brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis*, 20(1), 35-43 – ISSN: 0103-4065
- Sampaio, L. F. N., Novo, N. F., Silva, S. C., Condi, G. G. & Pinto, P. C.C. (2003). O impacto do conhecimento prévio da soropositividade em parturientes. *JBA: Jornal Brasileiro de AIDS*. 4(2), 61-6.
- Sánchez, A. I. M. & Bertolozzi, M. R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (2), 319-324.
- Santos, S. M. S. & Oliveira, M. L. F. (2009). Conhecimento sobre AIDS e drogas entre estudantes de graduação de uma instituição de ensino superior no estado do Paraná. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 17(4), 522-8. Recuperado de: www.eerp.usp.br/rlae.
- Schaurich, D., Medeiros, H. M. F. & Motta, M. G. C. (2007). Vulnerabilidades no viver de Crianças com AIDS. *Revista de Enfermagem UERJ*, 15(2), 284-90.

- Seffner, F. (2012). Discutindo a relação: teorias educacionais, pensamento pedagógico e estratégias de prevenção na experiência brasileira de luta contra a Aids. In: *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e promoção da saúde. Livro III – Pluralidade de vozes e inovação de práticas*. Curitiba: Juruá Editora.
- Seidl, E. M. F., Ribeiro, T. R. A. & Galinkin, A. L. (2010). Opiniões sobre pessoas com HIV/AIDS: um estudo exploratório sobre preconceito. *Psico-USF*, 15(1), 103-112.
- Sheeran, P., Abraham, C. & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 12, 90-132.
- Silva, J., Saldanha, A. A. W. & Azevedo, R. L. W. (2010). Variáveis de Impacto na Qualidade de Vida de Pessoas Acima de 50 Anos HIV+. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 56-63.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Torres, C. V., & Neiva, E. R. (orgs). (2011). *Psicologia social: principais temas e vertentes*. Porto Alegre: Artmed, 2011. 306 p. ISBN 978-85-363-2551-4
- UNAIDS. (2011). United Nations Programme on HIV/AIDS. *HIV/AIDS and human rights – young people in action*. Recuperado de: <http://www.unAIDS.org/en/>
- Villela, W. V. & Doreto, D. T. (2006). Sobre a experiência sexual dos jovens. *Caderno de Saúde Pública*, 22(11), 2467-2472.
- Wagner, T. M. C., Maggi, A., Souza, C. T. & Souza, R. S. (2010). Estudantes Universitários em Tempos de HIV. *Interação em Psicologia*, 14(1), 61-71.
- Zabalza, M. A. (2004). *O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas*. Porto Alegre: Artmed.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL - DOUTORADO CCHLA – Cidade Universitária, S/N Campus I – João Pessoa-PB
--	--

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR DO ESTUDO

INFORMAÇÕES:

O objetivo da pesquisa é analisar os determinantes de vulnerabilidade à infecção pelo HIV em adultos jovens inseridos em contexto universitário. E tem por finalidade contribuir para a melhoria das informações e atitudes relacionadas ao comportamento sexual de jovens universitários da Paraíba, promovendo a diminuição da morbidade, mortalidade e vulnerabilidade à AIDS e está sendo desenvolvida pela pesquisadora doutoranda Ms. Aline Arruda da Fonseca, sob a orientação da Profª. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (Doutorado) da Universidade Federal da Paraíba. Para o desenvolvimento desta pesquisa será realizado a aplicação de um questionário e/ou entrevista.

O pesquisador (a) responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Consentimento: Certifico haver lido o anteriormente descrito e comprehendo que sou livre para interromper minha participação na pesquisa em qualquer momento sem que isso acarrete penalização. Pelo presente, dou meu consentimento para participar do estudo.

João Pessoa, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do participante

e-mail: alineufpb@hotmail.com

**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A VULNERABILIDADE EM ADULTOS
JOVENS NO CONTEXTO DO ENSINO SUPERIOR**

I – Informações sociodemográficas

Curso: _____ **Período:** _____

Idade: _____ **Sexo:** () M () F

Estado Civil: _____

Religião: _____

Você se considera: () Nada religioso () Pouco religioso
 () Religioso () Muito religioso

Renda: () Própria (emprego formal) () Própria (atividade informal)
 () Mantido p/ Pais () Bolsa de estudo () Outra: _____

Renda Familiar (inclui todos que residem na casa):

(<input type="checkbox"/>) abaixo de R\$1.000,00	(<input type="checkbox"/>) R\$ 1.000,00 a R\$ 3.000,00
(<input type="checkbox"/>) R\$ 3.000,00 a R\$5.000,00	(<input type="checkbox"/>) acima de R\$5.000,00

II – Prática Sexual

1 - Você já teve relação sexual? () Sim () Não

Se você respondeu “sim” na questão anterior continue respondendo a todas as perguntas. Caso você tenha respondido “não”, passe para a questão 16.

2 - Com que idade você teve a primeira relação sexual? _____ anos

3 - Que idade tinha a pessoa com quem você teve a primeira relação sexual? _____ anos.

4 - A primeira pessoa com quem você teve a primeira relação sexual era:

(<input type="checkbox"/>) seu/sua amigo/amiga	(<input type="checkbox"/>) seu/sua ficante
(<input type="checkbox"/>) seu/sua namorado/namorada	(<input type="checkbox"/>) você conheceu naquele dia
(<input type="checkbox"/>) outra: _____	

5 - Quando foi a última vez que você teve relação sexual?

() Menos de 1 mês () entre 2 e 5 meses () Mais de 5 meses

6 - Número de Parceira(o)s sexuais atual? _____

7 - Número de parceira(o)s sexuais ao longo da vida? _____

8 - Atualmente você tem:

(<input type="checkbox"/>) Nenhum(a) parceiro (a) sexual	(<input type="checkbox"/>) Somente um (a) parceiro (a) sexual
(<input type="checkbox"/>) Dois parceiro(a)s sexuais	(<input type="checkbox"/>) Mais de dois parceiro(a)s sexuais

9 - Qual a sua orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual

III – Práticas Preventivas

10 - Na primeira vez que você transou, você usou camisinha? Sim Não

11 - Foi usada camisinha nesta última relação? Sim Não

12 - Pensando em todas as vezes que você teve relações sexuais, você usou preservativo:

nunca poucas vezes na maioria das vezes sempre

Justifique a sua resposta:

13 - Qual o método preventivo que você utiliza:

pílula preservativo masculino preservativo feminino tabela

outro: _____

14 - Você já pegou alguma doença sexualmente transmissível (DST)?

Sim – Qual? _____ Não

15 - Onde você adquire preservativos?

16 - Em situações em que o preservativo foi usado, quem sugeriu o uso do preservativo?

Eu Parceiro (a) Ambos

17 – Os preservativos têm uma data de validade? Não Sim Não Sei

18 – Vc recusaria ter relações sexuais se seu parceiro (a) se recusasse usar preservativo?

nunca poucas vezes na maioria das vezes sempre

IV – Percepção de Vulnerabilidade à Aids

- Assinale o seu grau de concordância com as afirmações abaixo:

Totalmente	Muito	Um pouco	Quase nada	Nada
1	2	3	4	5

19	O quanto você considera a AIDS algo sério?	1	2	3	4	5
20	Quanto você sabe sobre a AIDS?	1	2	3	4	5
21	Quanto você se considera vulnerável à AIDS?	1	2	3	4	5
22	Quanto você considera que seus amigos são vulneráveis à AIDS?	1	2	3	4	5
23	Você tem medo de contrair AIDS?	1	2	3	4	5
24	O quanto você considera a AIDS como destino?	1	2	3	4	5
25	O quanto você atribui a proteção da AIDS a Deus?	1	2	3	4	5

26 - Alguma vez você já sentiu que poderia ter sido contaminado?

() Sim () Não

27 - Você conhece alguém que é soropositivo? () Sim () Não

28 - Em seu círculo de amizades, tem algum caso de AIDS? () Sim () Não

29 - Em seu trabalho ou local de estudo, já se deparou com algum caso de AIDS?

() Sim () Não

30 - Você já fez o teste anti-HIV? () Sim () Não – Motivo:

31 - Para você, fazer o teste anti-HIV é:

() Impossível () Muito difícil () Difícil () Fácil () Muito fácil

32 - Seu (sua) parceiro (a) já fez o teste anti-HIV? () Sim () Não

– Motivo: _____ () Não sei () Não tenho
parceiro

33 - Para o seu (sua) parceiro (a), fazer o teste anti-HIV é:

() Impossível () Muito difícil () Difícil () Fácil () Muito fácil ()

Não sei () Não tenho parceiro (a)

34 - Terminaria um relacionamento se descobrisse que meu (minha) namorado (a) tem AIDS.

() Não () Talvez () Sim

V – Acesso ao Preservativo e Informações sobre Aids

- Assinale o quanto você concorda com as afirmações abaixo:

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Estou em Dúvida	Concordo em parte	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

35	É fácil adquirir preservativos.	1	2	3	4	5
36	Eu não tenho dificuldade em usar o preservativo.	1	2	3	4	5
37	Eu tenho sempre preservativos comigo.	1	2	3	4	5
38	Eu sempre posso comprar preservativos em lojas de conveniência ou farmácia próximas de casa, sem hesitação ou constrangimento.	1	2	3	4	5
39	Recebo informações sobre AIDS.	1	2	3	4	5
40	As campanhas sobre AIDS são adequadas.	1	2	3	4	5
41	As campanhas sobre AIDS me fazem refletir sobre meu comportamento.	1	2	3	4	5
42	Tenho dúvidas sobre AIDS.	1	2	3	4	5
43	As campanhas sobre AIDS não me dizem respeito.	1	2	3	4	5
44	Tenho a quem recorrer para esclarecer minhas dúvidas sobre sexo, prevenção e AIDS.	1	2	3	4	5
45	Tenho um profissional de saúde de confiança a me acompanhar.	1	2	3	4	5
46	Meu médico sempre conversa comigo sobre prevenção de DST/AIDS.	1	2	3	4	5

VI – Crenças acerca do Uso de Preservativo

- Assinale o quanto você concorda com as afirmações abaixo:

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Estou em Dúvida	Concordo em parte	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

47	É possível ter prazer durante o ato sexual mesmo usando preservativo.	1	2	3	4	5
48	Posso convencer o meu parceiro(a) a usar preservativo.	1	2	3	4	5
49	Sinto vergonha de pedir ao meu parceiro(a) para usar preservativo.	1	2	3	4	5
50	Não há necessidade de usar preservativos se a mulher usa contraceptivos orais.	1	2	3	4	5
51	Não há necessidade de usar preservativos se o pênis é retirado antes de ejacular.	1	2	3	4	5
52	Não há necessidade de usar preservativo no sexo oral.	1	2	3	4	5
53	Os preservativos são pouco confiáveis, porque eles podem rasgar, furar ou estourar durante a relação sexual.	1	2	3	4	5
54	Os preservativos causam secura e irritação na mulher.	1	2	3	4	5
55	Se eu pedir ao meu parceiro(a) para usar preservativos, ele/ela vai imediatamente suspeitar que tenho uma DST ou HIV / AIDS.	1	2	3	4	5
56	Se eu insistir que o meu parceiro (a) use preservativos ele/ela vai ficar com raiva.	1	2	3	4	5
57	Se eu insistir que o meu parceiro(a) use regularmente preservativos ele/ela vai achar que não confio nele(a).	1	2	3	4	5
58	A razão que meu parceiro(a) dá para não usar preservativo é que reduz o prazer.	1	2	3	4	5
59	A razão que meu parceiro(a) dá para não usar preservativo é que é inconveniente ou difícil.	1	2	3	4	5
60	E difícil para a mulher exigir o uso de preservativo.	1	2	3	4	5
61	E difícil para a mulher comprar o preservativo.	1	2	3	4	5
62	Portar o preservativo é papel do homem.	1	2	3	4	5

VII - Crenças sobre a Aids

- Assinale o seu grau de concordância com as afirmações abaixo:

Concordo Totalmente	Concordo em parte	Estou em Dúvida	Discordo em parte	Discordo Totalmente
1	2	3	4	5

63	Somente os depravados sexualmente contraem AIDS.	1	2	3	4	5
64	A AIDS é uma invenção dos moralistas para frear a liberdade sexual.	1	2	3	4	5
65	Pessoas contaminadas com AIDS devem ser afastadas do convívio social.	1	2	3	4	5
66	A pessoa que tem numerosos parceiros sexuais está mais propensa a contrair AIDS.	1	2	3	4	5
67	É necessário demitir funcionários contaminados com AIDS de seu emprego para proteger os demais.	1	2	3	4	5
68	Alunos contaminados com o vírus da AIDS ou com suspeita devem ser afastados das escolas.	1	2	3	4	5
69	É importante a divulgação de nomes de pessoas contaminadas com a AIDS como medida de prevenção para outras pessoas.	1	2	3	4	5
70	A AIDS é uma punição de DEUS frente ao liberalismo do final do século XX.	1	2	3	4	5
71	Qualquer pessoa está sujeita a adquirir AIDS se for esta a vontade divina.	1	2	3	4	5
72	O uso de camisinhas, durante o ato sexual, diminui o risco de contrair a AIDS.	1	2	3	4	5
73	A AIDS é mais frequente entre pessoas de baixa condição sócio-econômica.	1	2	3	4	5
74	Só quem é azarado contrai AIDS.	1	2	3	4	5
75	É necessário afastar-se de um amigo que contraiu AIDS.	1	2	3	4	5
76	As prostitutas são as principais responsáveis pela disseminação da AIDS.	1	2	3	4	5
77	A AIDS é um pretexto das indústrias farmacêuticas para lançamento de novos medicamentos.	1	2	3	4	5
78	A AIDS surgiu para punir a humanidade que há muito vem se afastando de DEUS.	1	2	3	4	5
79	O banheiro público é um local que pode transmitir a AIDS.	1	2	3	4	5
80	A AIDS pode ser transmitida através de utensílios como copos, xícaras, talheres e pratos.	1	2	3	4	5
81	Evitar visitar locais frequentados por pessoas com o vírus, diminui a possibilidade de adquirir AIDS.	1	2	3	4	5
82	Aquele que crê em DEUS e pratica uma religião está livre de	1	2	3	4	5

	adquirir AIDS.				
83	O portador do vírus da AIDS deve ser isolado da sociedade.	1	2	3	4 5
84	Deve ser vedada a participação de portadores da AIDS de atividades coletivas.	1	2	3	4 5
85	A boemia propiciou o aparecimento da AIDS, que se origina da vida desregrada.	1	2	3	4 5
86	A AIDS é coisa do destino.	1	2	3	4 5
87	A proteção da AIDS é feita por Deus.	1	2	3	4 5

VII – Explicações para a Vulnerabilidade de Jovens

- No Brasil, de acordo com os boletins epidemiológicos da AIDS, são os jovens os que mais se contaminam com o vírus HIV. Em sua opinião, por que os jovens, mesmo com tantas campanhas direcionadas e tendo conhecimento sobre os métodos preventivos para a AIDS, não fazem uso desses métodos, se tornando vulneráveis?

Muito obrigado!

ANEXO 1

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA DE
SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA**



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

C E R T I D Ã O

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba – CEP/SES-PB, em sua 78º Reunião Ordinária realizada em 28.06.11, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, aprovou o parecer referente ao projeto **Determinantes de vulnerabilidade à infecção pelo HIV: Um estudo com adultos jovens em contexto universitários** da pesquisadora responsável **Aline Arruda da Fonseca** e orientadora **Ana Alayne Werba Saldanha**.

Esta Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/SES-PB o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 29 de junho de 2011.


Zeleide Domiciano Cabral Monteiro
Coordenadora do CEP-SES/PB