



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
ANDRÉIA ISABEL GIACOMOZZI

**VARIÁVEIS CULTURAIS E PSICOSSOCIAIS ASSOCIADAS À
VULNERABILIDADE ÉTNICA AO HIV/AIDS: ESTUDO COMPARATIVO
ENTRE BRASIL E FRANÇA**

FLORIANÓPOLIS

2008

ANDRÉIA ISABEL GIACOMOZZI

**VARIÁVEIS CULTURAIS E PSICOSSOCIAIS ASSOCIADAS À
VULNERABILIDADE ÉTNICA AO HIV/AIDS: ESTUDO COMPARATIVO
ENTRE BRASIL E FRANÇA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia, elaborado sob orientação do Prof. Dr. Brigido Vizeu Camargo.

FLORIANÓPOLIS

2008

“Eu tenho um sonho, que um dia nas colinas vermelhas da Geórgia os filhos dos descendentes de escravos e os filhos dos descendentes dos donos de escravos poderão se sentar junto à mesa da fraternidade (...)

Eu tenho um sonho que minhas quatro pequenas crianças vão um dia viver em uma nação onde elas não serão julgadas pela cor da pele, mas pelo conteúdo de seu caráter.
Eu tenho um sonho hoje! (...)

E quando isto acontecer, quando nós permitirmos o sino da liberdade soar, quando nós deixarmos ele soar em toda moradia e todo vilarejo, em todo estado e em toda cidade, nós poderemos acelerar aquele dia quando todas as crianças de Deus, homens pretos e homens brancos, judeus e gentios, protestantes e católicos, poderão unir as mãos e cantar nas palavras do velho *spiritual* negro:

Livre afinal, livre afinal.

Agradeço ao Deus todo-poderoso, nós somos livres afinal.”

Martin Luther King discurso de 28/08/1963.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, pela valorização e estímulo recebidos ao longo de todo este processo;

Aos professores que aceitaram avaliar este trabalho: Dra. Cristina Possas, Dr. Luis Fernando Rangel Tura, Dr. Mauro Luis Vieira, Dra. Maria Aparecida Crepaldi, Dr. José Baús e Dra. Daniela Schneider, além de minha amiga Dra. Andréa Bárbara da Silva Bousfield.

Ao meu orientador Dr. Brigido Vizeu Camargo, por todos os ensinamentos e portas que abriu;

À CAPES, pela bolsa de doutorado sanduíche de 4 meses que recebi para ir à Università degli Studi di Padova, estudar métodos de pesquisa em psicologia;

Ao PN-DST/Aids pelo financiamento de estudo maior de onde saíram os dados da primeira etapa desta pesquisa e pela bolsa de estágio de um mês em Paris, quando coletei os dados da segunda etapa;

Enfim, a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho.

Resumo

Esta pesquisa teve por objetivo identificar aspectos culturais e psicossociais associados às vulnerabilidades de jovens afrodescendentes e brancos, no Brasil e na França, ao HIV/Aids. A pesquisa foi realizada em duas etapas: a primeira, qualitativa, com 36 entrevistas a estudantes do ensino médio no Brasil com o objetivo de fornecer elementos indicadores sobre a vulnerabilidade, conhecimentos e Representações Sociais da aids dos jovens brasileiros, além de indicar elementos para a elaboração de um questionário a ser aplicado na segunda etapa. E a segunda etapa, na qual foi realizado estudo quantitativo e comparativo entre Brasil e França, com 480 estudantes do ensino médio, sendo 240 de cada país, com o objetivo de comparar seu conhecimento sobre aids, atitudes frente o preservativo, atribuições de causalidade, bem como outras variáveis psicossociais intervenientes em suas vulnerabilidades ao HIV/Aids. Os resultados evidenciaram uma multiplicidade de fatores de risco às DST e ao HIV/Aids entre os jovens estudados. E essa multiplicidade varia de acordo com o grupo de pertença dos participantes, revelando desigualdades vivenciadas por membros de alguns grupos, que os expõem a maior vulnerabilidade, como por exemplo, as meninas em relação aos meninos e os afrodescendentes em relação aos brancos.

Palavras-chave: representação social, etnia, aids, adolescência, conhecimento, atitudes, vulnerabilidade.

Abstract

The aim of this research is to identify the cultural and social psychological aspects associated to the vulnerabilities of young black students and whites, in Brazil and France, towards HIV/Aids. The research was carried through in two stages: first, the qualitative one, with 36 interviews with students of average education in Brazil with the objective to supply indicating elements on the vulnerability, knowledge and Social Representations of the AIDS of the young Brazilians, beyond indicating elements the elaboration of a questionnaire to be applied in the second stage. E the second stage, where quantitative and comparative study between Brazil and France was carried through, with 480 students of the average education of the two countries with the objective to compare its knowledge on AIDS, attitudes front the condom, attributions of causality, as well as other intervening psychological and social variable in its vulnerabilities to the HIV/Aids. The results had evidenced a multiplicity of factors of risk to the DST and the HIV/Aids between the studied young. E this multiplicity varies the group in accordance with of belongs of the participants, disclosing inequalities lived deeply for members of some groups, that you display the biggest vulnerability to them, as for example, the girls in relation to the boys and the black people in relation to the whites.

Key words: social representation, aids, adolescence, knowledge, attitudes.

Résumé

Cette étude a eu par objectif l'identification d'aspects culturels et psychosociaux associées à la vulnérabilité de jeunes noirs et blancs au VIH/ SIDA, au Brésil et en France. La recherche a été conduite en deux étapes. Dans la première, on a mené 36 entretiens avec des étudiants lycéens brésiliens dans le but de trouver des indicateurs de vulnérabilité, des connaissances et des représentations sociales du SIDA. Cette étape a aussi permis de relever les éléments pertinents pour le questionnaire appliqué dans seconde étape. Celle-ci comprenait une étude quantitative et comparative entre le Brésil et la France, avec 480 étudiants lycéens issus des deux pays. L'objectif a été la comparaison entre les connaissances sur le SIDA, les attitudes sur le préservatif, les attributions de causalité sur la non-utilisation du préservatif, ainsi que d'autres variables importantes pour la compréhension des vulnérabilités au VIH/SIDA des étudiants des deux pays. Les résultats ont montré une multiplicité de facteurs de risque aux IST et au VIH/SIDA, qui varie en accord avec le groupe d'appartenance des participants. Ceci a mis en relief l'intense inégalité à l'intérieur de certains groupes d'étudiants, ce qui les expose à une vulnérabilité plus importante ; par exemple, les filles vis-à-vis des garçons et les afro-descendantes par rapport aux blancs.

Mots clés: représentation sociale, sida, adolescence, connaissances, attitudes.

SUMÁRIO

Resumo.....	5
Abstract.....	6
Résumé.....	7
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	21
2.1- Cultura.....	21
2.1.1- Migração, aculturação e HIV.....	26
2.1.2 - A situação dos afrodescendentes no Brasil.....	30
2.1.3 - A situação dos afrodescendentes no Sul do Brasil.....	34
2.1.4- A situação dos afrodescendentes na França.....	36
2.1.5- A vulnerabilidade dos afrodescendentes em relação à aids.....	39
2.1.6- A estereotipia.....	45
2.1.7- O Preconceito racial.....	49
2.2- A Identidade Social e a Identidade Étnica.....	55
2.3- Risco, percepção do risco e vulnerabilidade.....	60
2.4- Adolescência, sexualidade, gênero e aids.....	63
2.5- Aspectos bio-psico-sociais da saúde.....	68
2.6- A teoria das representações sociais.....	73
2.6.1- Representações sociais e preconceito.....	79

2.7- A teoria das Atitudes.....	82
2.8- Atribuição de causalidade.....	84
3- MÉTODO.....	89
3.1- Caracterização da Pesquisa.....	89
3.2- Primeira etapa.....	89
3.2.1- Amostra.....	89
3.2.2- Instrumento	90
3.2.3- Procedimentos	90
3.2.4- Análise de dados.....	91
3.3- Segunda etapa.....	93
3.3.1- Amostra.....	93
3.3.2- Instrumento.....	93
3.3.3- Procedimento no Brasil	94
3.3.4- Procedimento na França.....	95
3.3.5- Análise de dados.....	96
4- RESULTADOS.....	99
4.1- Resultados da Primeira etapa.....	99
4.2- Resultados da Segunda etapa.....	116
5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	182

5.1- Discussão dos Resultados da Primeira etapa.....	182
5.2 - Discussão dos Resultados da Segunda etapa.....	186
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	216
7- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	222
Lista de Tabelas.....	237
Lista de Figuras.....	239
8- ANEXOS.....	241
8.1- Roteiro de entrevista semi-diretiva.....	242
8.2- Questionário versão em Português.....	243
8.3- Questionário versão em Francês.....	247

Esta tese de Doutorado está ligada ao Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e da Cognição Social (LACCOS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e seu foco são os aspectos culturais e os psicossociais associados às vulnerabilidades ao HIV/Aids de jovens afrodescendentes e brancos, considerando a sua percepção de risco, atitudes frente ao preservativo, atribuições de causalidade, conhecimento sobre a doença e a representação social da mesma. Para isso, analisaram-se as vulnerabilidades específicas de jovens afrodescendentes em comparação com não afrodescendentes (brancos) em dois países: o Brasil e a França. No Brasil a coleta de dados¹ deu-se em Santa Catarina nas cidades de Florianópolis, Balneário Camboriú e Itajaí, enquanto na França² a coleta aconteceu na região de Ile-de-France nas cidades de Paris, Rambouillet, Bretigny sur Orge, Vitry sur Seine, Igny, Vaujours, Le Tremblay sur Mauldre e Villepinte.

De acordo com a Joint United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS) (2005)³ a epidemia da aids apresenta maiores taxas de incidência nos continentes onde existe uma maior concentração de pobreza e subdesenvolvimento. Na África Sub-Sahariana, que possui pouco mais de 10% da população mundial, vivem atualmente mais de 60% das pessoas com HIV no mundo, são 26.800.000 pessoas. E em segundo lugar está a América Latina, com 1.800.000 contaminados.

A aids vem apresentando taxas de incidência substancialmente mais elevadas nas regiões periféricas e mais pobres, entre os trabalhadores menos qualificados e/ou pessoas com menor grau de escolarização. Essas alterações incluem mudanças na razão

¹ Os dados da amostra brasileira fazem parte de um estudo maior, selecionado em edital de pesquisa do PN-DST/Aids, recebendo financiamento da UNESCO para sua realização.

² Os dados da amostra francesa fazem parte de estudo selecionado em edital do PN-DST/Aids recebendo financiamento no âmbito da cooperação Brasil-França.

³ Disponível em: <http://www.unaids.org>

homem/mulher entre os casos da doença, com o aumento da participação proporcional das mulheres e pelo estabelecimento de um diferencial sociogeográfico no tempo de sobrevivência das pessoas com aids (menor entre as pertencentes às áreas e segmentos mais pobres). Além disso, na dinâmica da epidemia, as regiões da periferia sobressaem como categorias de exposição à transmissão heterossexual (Bastos e cols., 1999). De acordo com o Boletim epidemiológico de janeiro/junho de 2005, os casos de aids vêm aumentando entre a população mais pobre, onde a população negra se encontra em maior proporção. Nota-se também o crescimento da proporção de óbitos por aids nas categorias de raça/cor “preta” e “parda”, em ambos os sexos, entre 1998 e 2004.

Por esta razão, o dia mundial de luta contra a aids (1º de dezembro) de 2005 teve como tema no Brasil a aids e o racismo, com o slogan: "Aids e Racismo. O Brasil tem que viver sem preconceito", pois a população negra nunca havia sido alvo de campanhas de prevenção apesar de representar, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 7,3% da população brasileira, além de representar aproximadamente 65% da população de baixa renda.

Segundo Batista (2005) as taxas de mortalidade por HIV/Aids no estado de São Paulo em 1999, foram de 25,92 para homens negros, e de 14,44 para brancos. Dentre as mulheres, as taxas são de 11,39 e 4,92 para as negras e brancas respectivamente. A razão entre a taxa de mortalidade de mulheres negras sobre brancas indica que as mulheres negras morrem 2,3 vezes mais que as brancas por HIV/Aids, enquanto que os homens negros morrem 1,7 vezes mais que os brancos, por HIV/Aids. Para o autor, os dados mostram que, além de estar feminilizando, proletarizando e pauperizando, a morte por aids está "enegrecendo".

De acordo com Parker, Rochel e Camargo (2000), para que se entenda mais completamente as tendências epidemiológicas que têm sido identificadas na evolução da epidemia de HIV/Aids no Brasil, é necessário contextualizá-las em relação a padrões sociológicos e antropológicos mais amplos e, com base nisso, projetar pesquisas e ou intervenções que sejam capazes de responder à pauperização, à feminização e à interiorização da epidemia de aids no Brasil, sem descuidar, neste processo, de grupos, como os negros que, sendo minoritários na sociedade brasileira, permanecem particularmente vulneráveis à mesma.

Com relação à contaminação de jovens negros pelo HIV, as estatísticas apontam para uma situação ainda mais grave. Segundo Keels (2005), na Carolina do Norte a incidência de HIV/Aids é 14 vezes maior entre mulheres negras heterossexuais entre 18 e 40 anos do que mulheres brancas da mesma idade. Ainda de acordo com esse autor, 70% dos homens jovens com HIV/Aids na Carolina do Norte e nos Estados Unidos, são negros.

Segundo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2003⁴, a região Sul do Brasil é uma das regiões onde o crescimento dos casos de aids é ainda pronunciado, ao contrário do restante do país, onde o número de casos de aids tem estabilizado nos últimos anos. Dentre as cidades de Santa Catarina mais atingidas pelo vírus da aids, encontram-se as litorâneas e turísticas. Sabe-se que essas cidades têm um histórico de alta incidência de notificação da aids por 100.000 habitantes entre seus moradores, principalmente entre os jovens. Atualmente a maior taxa de notificação ocorre na cidade portuária de Itajaí, em segundo lugar Joinville, em terceiro a capital do estado, Florianópolis, e em quarto lugar a cidade de Balneário Camboriú. As três cidades escolhidas para este estudo (Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú) são turísticas, recebem muitos visitantes a cada verão e

⁴Disponível em: www.aids.gov.br

conseqüentemente, nelas o comércio sexual e o uso de drogas é intenso, fatores que acabam por aumentar a vulnerabilidade dos cidadãos, principalmente os de camadas populares, que, como já visto, estão muito mais expostos aos perigos da contaminação pelo HIV/Aids.

O turismo aponta para o aumento da vulnerabilidade tanto do morador local, quanto do próprio viajante, uma vez que estudos têm mostrado (Ross, 2001; Burns, 2002) que muitos turistas costumam comportar-se de forma diferente da habitual quando estão viajando, longe das restrições e rotinas do cotidiano. Tal fenômeno é capaz de afastar as inibições, favorecer o consumo de drogas e dificultar a abstinência sexual ou adesão ao preservativo.

Além disso, existe segundo Leite (1996), uma especificidade com relação à presença dos afrodescendentes em Santa Catarina, que marca uma invisibilidade social e política dos mesmos neste Estado, pois os historiadores em geral, não reconheceram a sua contribuição para a história política e social do Estado, e eles sempre estiveram à margem da sociedade. Existe uma ausência notável das populações de origem africana na historiografia catarinense, sendo que as poucas obras sobre esta temática dedicam-se à história da escravidão, mas sem a tentativa de buscar explicações para a permanência do preconceito racial e discriminação até nossos dias (Pedro e cols., 1996).

Em Florianópolis, Silva (2005) observou que existem espaços tradicionalmente ocupados por afrodescendentes e outros por brancos. Os espaços ocupados pelos afrodescendentes seriam os centros e regiões próximas aos morros, enquanto que os espaços não ocupados seriam os bairros de camadas altas da população, principalmente as praias freqüentadas pelos turistas, denominados pela pesquisadora de “caminhos da classe média branca”. Esses dados indicam que em Santa Catarina, os negros também estão mais

expostos aos riscos da contaminação pelo HIV/Aids, merecendo estudos que investiguem as suas vulnerabilidades específicas em relação a esta epidemia.

Quanto aos números de casos de aids entre afrodescendentes na França, dados indicam que até 1990 o número de novos casos aumentava em todos os grupos nacionais, mas entre 1990 e 1994 esse aumento começou a acontecer, sobretudo entre pessoas com nacionalidade de algum país da África sub-sahariana e do Maghreb⁵. A partir de 1994, o número de novos casos começa a diminuir em todos os grupos nacionais, mas de forma diferenciada: diminuição de 32% entre os sujeitos com nacionalidade de algum país da África sub-sahariana, entre o primeiro semestre de 1996 e o primeiro semestre de 1998; diminuição de 42% entre os sujeitos com nacionalidade do Maghreb; e decréscimo de 70% entre os sujeitos com nacionalidade europeia (fora da França). (Savignoni, e cols., 1999).

Os estrangeiros doentes de aids na França estão em uma situação econômica mais precária que os doentes franceses: 35% deles estão sem emprego, esta cifra alcança 42% entre as pessoas nascidas na África sub-sahariana e 39% entre as pessoas nascidas no Maghreb, enquanto entre os doentes franceses, são 20% a estarem nessa condição, isto significa duas vezes menos de desempregados franceses com aids do que os estrangeiros. Eles também descobrem mais tardiamente sua soropositividade, o que acarreta em um grau de degradação física maior e uma menor eficácia do tratamento médico.

Isso acontece porque de acordo com Savignoni, (1999) existe entre esses imigrantes uma sub-representação da doença, que somada com a falta de informação sobre o assunto, favorece a difusão da mesma entre eles. Outro agravante é que a maioria dos estrangeiros descobre sua soropositividade no momento em que se descobre já com os sintomas da doença. Entre os indivíduos diagnosticados entre janeiro de 1994 e junho de 1998, 42%

⁵ Região geográfica que inclui o Marrocos, o Sahara ocidental, Argélia e Tunísia.

ignorava seu estado sorológico no momento do diagnóstico: 32% eram de nacionalidade de um país do Maghreb e 22% de nacionalidade francesa. Observa-se que essa ignorância das pessoas estrangeiras com relação a seu estado sorológico está em aumento constante, bem como o aumento do número de novos casos entre estrangeiros. (idem). Esses dados refletem uma maior vulnerabilidade ao HIV/Aids entre imigrantes e seus descendentes na França, porém, de acordo com Hamell (2003) esse tema tem sido um tabu, pois até pouco tempo, não existia nenhuma pesquisa sobre este domínio, o que dificultava e obstruía os trabalhos de prevenção adaptados à essa população.

A região de Ile-de-France, onde parte desta pesquisa se desenvolve, é onde está a maioria dos casos de HIV/Aids da França. De acordo com Bulletin de Santé da ORS, (2006) dentre os casos notificados de aids naquele país, 27.478 são de pessoas residentes da região de Ile-de-France. A proporção antes de 1985 era de que 66% dos casos de aids da França eram desta região. Progressivamente esta proporção diminuiu para 52% na segunda metade da década de 80 e depois se estabilizou em torno de 40% desde 1996. Mesmo com este declínio, a região de Ile-de-France se mantém como de longe a mais tocada pela epidemia no país. Com relação à incidência anual de casos, no período entre 2000 e 2005, esta incidência era de 5,5 por 100.000 habitantes na região de Ile-de-France, com aproximadamente 600 novos diagnósticos a cada ano. Enquanto a média na França era de 2,1 por 100.000.

Além disso, para os que se descobrem soropositivos, também há uma incidência anual bem superior em Ile-de-France que no resto do território metropolitano: em 2004-2005, o número médio anual de novos diagnósticos de HIV foi de 15,5 por 100.000 habitantes (em torno de 1700 novos casos por ano) contra 5,4 por 100.000 em média na França.

A vulnerabilidade dos estrangeiros com relação ao vírus do HIV na França tem se tornado um problema cada vez mais emergente. Mas na região de Ile-de-France esta proporção foi multiplicada por três nos casos diagnosticados desde o ano de 2000 em relação aos diagnosticados nos anos 80, passando de 17% a 51%.

O conceito de vulnerabilidade é originário da saúde pública e resultou de um processo entre o ativismo frente a aids e o movimento de direitos humanos, bem como a necessidade de um diagnóstico das tendências mundiais da pandemia da aids no início da década de 90 (Brasil, 2003). Além disso, esse conceito emergiu a partir das discussões acerca de fator, grupo e comportamento de risco em relação à aids, mais propriamente das lacunas identificadas nestes discursos (Ayres, França Jr, Calazans & Saletti Filho, 1999) e teve como objetivo superar a idéia individualista a respeito das determinantes para a prevenção, onde o foco deixa de ser o indivíduo e passa a ser suas relações (Camargo & Bertoldo, 2006). A vulnerabilidade é entendida como a busca por uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais político-institucionais e comportamentais, associadas às diferentes susceptibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações à infecção pelo HIV e às suas conseqüências indesejáveis (Ayres, Júnior & Calazans, 1997).

A vulnerabilidade tem ainda ligações com aspectos cognitivos (conhecimento cotidiano da epidemia, as informações que se tem dela, as atitudes, a percepção do risco), os sentimentos associados (como o medo), e as condutas relacionadas com a doença (intenção de comportamento, atitude frente o preservativo, hábitos e experiência sexuais, comportamentos arriscados). Muito próximo do conceito de vulnerabilidade, temos o de risco, que se refere mais diretamente à possibilidade de contaminação, segundo Cochran e Mays: “o risco da infecção pelo HIV para qualquer indivíduo depende não somente da ocorrência de comportamento de alto risco, mas da performance para este comportamento

no meio onde o HIV está presente (...) a possibilidade da infecção é influenciada por muitos fatores, incluindo a região geográfica onde o indivíduo reside, o uso ou não de drogas injetáveis, o número de parceiros sexuais, e os tipos e práticas sexuais, entre outros”⁶ (Cochran & Mays, 1989, p. 8).

Observa-se na definição de Cochran & Mays (1989) que dos fatores que concretizam a idéia de risco a sua maior parte envolvem comportamentos. Por esta razão o conceito de atitude é importante para compreendermos a vulnerabilidade frente ao HIV/Aids. Segundo Vala (2000), o conceito de atitudes tem ligação com os comportamentos, pois pretende ser mediador entre a forma de pensar e a forma de agir dos indivíduos. As atitudes permitem identificar o posicionamento de um indivíduo frente à realidade social.

As atitudes possuem três características: a) referem-se à experiências subjetivas, b) são sempre referidas a um objeto, e c) incluem uma dimensão avaliativa deste objeto. Para Moscovici (2004) os psicólogos sociais estudam as atitudes como um tipo de substituto do comportamento, seria uma espécie de preparação para o comportamento, que lhes permitiria predizê-lo para modificá-lo. Assim, estudando as atitudes dos adolescentes frente ao preservativo, por exemplo, seria possível conhecer previamente seu comportamento com relação ao sexo seguro.

O modelo de crença de saúde utilizado nesta pesquisa é o da “Ação Refletida” de Fishbein e Ajzen (1975). De acordo com Stroebe e Stroebe (1995), essa teoria prevê a intenção comportamental e supõe que o comportamento é função desta intenção. Uma intenção comportamental é determinada pela atitude do sujeito em relação ao desempenho do comportamento e por normas subjetivas. Portanto, as intenções das pessoas com relação

⁶ Tradução feita pela autora.

ao uso do preservativo, por exemplo, dependerão das suas atitudes com relação ao uso do preservativo, que por sua vez resultam das suas crenças sobre as conseqüências desse uso ou não uso. A percepção das conseqüências do uso / não uso do preservativo pode, portanto, afetar a intenção de usá-lo ou não, mas apenas se os indivíduos acreditarem que as conseqüências negativas do não uso recaiam sobre si próprios.

Assim, através da presente pesquisa, pretendeu-se estudar os aspectos culturais e psicossociais da epidemia da aids no âmbito dos grupos étnicos dos indivíduos jovens afrodescendentes, fazendo uma comparação com indivíduos jovens não afrodescendentes (brancos), em dois países: o Brasil e a França, com intuito de melhor compreender as idiosincrasias das suas vulnerabilidades ao HIV, considerando a sua percepção do risco, atitudes, atribuição de causalidade, o conhecimento sobre a doença e a sua representação social da mesma.

Sabe-se que ao se realizar uma tese de doutorado sobre um tema tão delicado como esse, se incorrem de início dois grandes riscos: o primeiro é o da interpretação errônea dos objetivos da pesquisa, podendo esta ser acusada de racista; o segundo é o de que pesquisando as vulnerabilidades específicas dos afrodescendentes ao HIV pode-se acabar por contribuir com a estigmatização ainda maior de uma população que já é estigmatizada nos dois países.

O primeiro risco ocorreu com certeza em vários momentos da pesquisa. No agendamento com as escolas brasileiras, em vários momentos, perguntas demonstraram a dificuldade de alguns diretores (as) em compreender os objetivos da pesquisa e a questão do racismo surgiu como uma possibilidade deste entendimento. Em seguida, na coleta dos dados no Brasil, quando os alunos questionavam a equipe de pesquisa sobre o porquê da questão sobre a identificação étnica e nos perguntavam claramente se éramos racistas, ou

escreviam isto nos questionários. Na França, as tensões ocorreram de uma forma mais “velada”, pois o questionário passou por algumas adaptações àquela realidade, sendo retirada a questão sobre identificação étnica que não seria permitida naquele país, por exemplo. Mesmo assim, alguns estudantes manifestaram por escrito seu desgosto em revelar o país de origem de seus pais, e outras questões relativas à sua sexualidade.

Quanto ao segundo risco incorrido, espera-se que não venha a acontecer após a publicação dos dados deste trabalho, uma vez que o objetivo é o de observar a realidade social para procurar respostas às questões envolvidas, com finalidade de proporcionar informações aos serviços públicos de saúde dos dois países para melhoria dos aspectos de prevenção à aids entre essa população.

2 – MARCO TEÓRICO

2.1 – Cultura

De acordo com Laraia (2002), a partir do final do século XVIII o termo germânico Kultur passa a ser utilizado para simbolizar todos os aspectos espirituais de uma comunidade, enquanto a palavra francesa civilization era utilizada principalmente com referência às realizações materiais de um povo. Estes dois termos foram sintetizados por Edward Tylor (1832-1917) no vocábulo em inglês: *Culture* que passa a ter o sentido de um todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade. Tylor, portanto formaliza uma idéia que vinha crescendo na época, marcando fortemente o caráter de aprendizado da cultura em oposição à idéia de aquisição inata, transmitida por mecanismos biológicos. E em 1917 Kroeber acabou de romper todos os laços entre o cultural e o biológico, postulando a supremacia do primeiro em detrimento do segundo.

Para Mazzara (2007), a cultura possui um papel crucial na orientação dos pensamentos, das opiniões, emoções, ações, e também no modo como os indivíduos percebem o mundo e interagem com o mesmo. Mantovani (2007) acrescenta ainda a importância dos artefatos, pois para o autor, não se pode fazer nenhuma experiência que não seja filtrada pelos mesmos. Dessa forma, o autor afirma que se toda a experiência é mediada, então toda a realidade na qual nos movemos é construída.

A idéia de que os processos psicológicos sejam de fato expressões do contexto sócio cultural, não somente no que tange a seus possíveis conteúdos, mas também com relação aos aspectos estruturais e funcionais, nasce no período de fundação da psicologia, e depois é retomada em um período mais recente no âmbito do amadurecimento da abordagem

cultural. Houve então, um meio tempo, caracterizado pela prevalência de uma visão individualista e essencialista dos processos mentais, no qual o interesse pelos processos sociais e culturais era expresso geralmente como um possível efeito de condicionamento cultural sobre os processos psicológicos individuais, considerados como dados e definidos nas suas características funcionais fundamentais (Mazzara, 2007).

Dentre as noções teóricas sobre cultura mais aceitas atualmente, pode-se destacar as reflexões sócio-cognitivistas de Markus e Kitayama (1991), de acordo com as quais a cultura é vista como um conjunto de normas e valores introjetados no curso do desenvolvimento que se estruturam até formar uma modalidade cognitiva com capacidade para mediar a relação do indivíduo com o mundo circundante. Durante o processo da socialização, as características culturais começariam a fazer parte das estruturas individuais de valores, normas e esquemas a partir dos quais, cada pessoa vai exprimir uma orientação cultural individual própria, aloccêntrica ou idiocêntrica, que corresponderia à dicotomia entre cultura coletivista ou individualista, como será tratado mais adiante.

Isso acontece porque, de acordo com Contarello, Nencini e Sarrica (2007), a relação entre o self e a cultura é bilateral, pois de um lado o self acessa os traços que correspondem a matriz cultural dominante do ambiente ao qual está inserido e de outro, o self é elemento fundante da orientação cultural individual. Para os autores a cultura seria então definida como uma “síndrome” capaz de ser decomposta em vários componentes de base, onde o self é o elemento fundamental.

De acordo com esta teoria sociocognitivista, o self é concebido como uma estrutura cognitiva formatada sobre uma base de experiências individuais. E entre todos os esquemas de self evidenciados, a contraposição entre self independente (separado do contexto social) e interdependente (conectado com o contexto social) aparece como central. De acordo com

esta perspectiva, a cultura forneceria todo o conjunto de informações e estímulos que estão na base do desenvolvimento e da estruturação cognitiva individual. Porém em pesquisas cross-culturais realizadas por Heine (2001), o autor observa que muitas teorias psicológicas do self não poderiam ser bem transpostas para outras culturas e que a existência de uma psicologia capaz de explorar as relações entre os processos psicológicos e fatores de nível cultural ainda permanece distante.

Para Contarello e cols (2007) é necessário que se faça uma mudança de perspectiva, onde se coloquem as relações, e não o indivíduo como o centro do mundo social, pois o modo através do qual conhecemos o mundo nasce das relações e se torna parte das tradições interpretativas ou públicas, e não das mentes individuais. Seguindo esta linha de pensamento, Moscovici e Tajfel (1972) no início dos anos 70 já evidenciavam os limites de uma psicologia social centrada no indivíduo ou nas diferenças individuais, mostrando a necessidade de superar os limites do reducionismo tanto psicológico quanto sociológico a favor de uma corrente teórica e metodológica que enfatizasse a dimensão social dos processos psicológicos.

Porém, de acordo com Mantovani (2007) existem diferentes mundos culturais com diferenças quantitativas e qualitativas entre eles próprios. Para o autor, nós habitamos em um destes mundos, mas fingimos que ele é o único existente, ou ao menos o único que valha a pena ser levado em consideração.

Para Fasulo (2007) diversos grupos escolhem diferentes estratégias para consolidar a própria identidade. Assim, os membros de uma comunidade agem com um próprio senso de pertença e também com uma auto-atribuição de traços culturais ou identidades locais, selecionando com fins específicos, o traço que irão evidenciar em determinados momentos.

As pessoas ainda podem auto-atribuir-se categorias estigmatizadas para invocar aspectos significativos do contexto e criar efeitos particulares interativos.

E de acordo com Bergman e Luckman (1985) a linguagem é a responsável pela objetivação de tais experiências partilhadas, tornando-a acessível a todos dentro da comunidade lingüística, passando a ser a base e o instrumento do acervo coletivo do conhecimento. A linguagem ainda fornece os meios para a objetivação de novas experiências, que vão se somar ao conteúdo já armazenado anteriormente. Assim, a linguagem torna-se o depósito de um grande conjunto de sedimentações coletivas, podendo ser adquiridas como totalidades coerentes, sem a necessidade de reconstruir seu processo original de formação.

Outra concepção importante sobre cultura, apontada por Mazzara (1998) é a de que seria mais apropriado falarmos em culturas no plural ao invés de singular, pois se pensarmos no singular, isso implicaria em uma concepção de que cada sociedade tivesse elaborado, em relação as suas próprias condições de vida e ao específico desenvolvimento histórico, um próprio sistema de valores, de idéias, de práticas materiais, de relações sociais. É a idéia do relativismo cultural de Boas e seus alunos, que foi amplamente difundida nas ciências sociais.

A idéia de culturas refere-se a um conjunto de modalidades historicamente determinadas, com as quais uma sociedade específica organiza a própria existência e a própria relação com o meio ambiente, englobando, portanto, uma vasta gama de práticas de vida em conjunto com o sistema ideológico, de valores que a sustenta. Para Costa e Werle (2000), o fenômeno do multiculturalismo nas sociedades contemporâneas revela a existência de diferentes grupos sociais que desenvolvem práticas, relações, tradições, valores e identidades culturais (individuais e coletivas) distintas e próprias. Assim, o

multiculturalismo para os autores corresponde a: “a expressão da afirmação e da luta pelo reconhecimento desta pluralidade de valores e diversidade cultural no arcabouço institucional do Estado democrático de direito, mediante o reconhecimento dos direitos básicos dos indivíduos enquanto seres humanos e o reconhecimento das necessidades particulares dos indivíduos enquanto membros de grupos culturais específicos”(p.82).

Em pesquisa realizada por Ochs e Schieffelin (1984) observou-se que crianças que são membros de uma comunidade não dominante, isto é, filhos de pais estrangeiros, crescem tendo necessidade de adquirir perspectivas culturais diferentes para poder participar de determinadas situações. Assim, as novas gerações de indianos na América, e de aborígenes na Austrália, por exemplo, precisam participar de interações nas quais a língua é familiar, mas a estrutura e o procedimento de integração são diferentes das que tipicamente fazem parte de suas experiências anteriores. Assim, um contexto cultural seguro é fundamental para que os indivíduos possam dar significado e orientação a seus modos de viver, e a pertença a uma comunidade cultural é também fundamental para a autonomia individual. Portanto, a proteção e o respeito às diferenças culturais é bastante importante para os indivíduos, porém isso não acontece naturalmente, e de acordo com os autores (idem, 2000) certas condições são necessárias para que os indivíduos possam ser reconhecidos em suas diferenças e para que os diferentes grupos sócio-culturais possam desenvolver livremente os valores específicos de suas culturas.

A principal destas condições seria a de que cada grupo deve poder desfrutar do direito de ter iguais oportunidades e recursos ao exercício da cidadania. Para isso é necessário que a cada um seja dado o direito de ser tratado com igual consideração e respeito. Isso implicaria em um tratamento diferenciado a determinados grupos sócio-culturais minoritários, para que eles obtenham certas vantagens competitivas no acesso a

bens e serviços e estejam em condições para o exercício da cidadania. Isso seria necessário para reparar os danos causados aos imigrantes africanos que vieram ao Brasil, por exemplo, e não puderam reproduzir nesse país sua cultura de maneira integral, pois como demonstra Souza (1997), mesmo com a forte presença da expressão da cultura africana em manifestações populares, as instituições brasileiras mantiveram-se marcadamente ibéricas.

2.1.1 – Migração, aculturação e HIV.

As migrações são componentes constantes da história humana, sempre acompanharam as grandes mudanças sociais e representam modalidades de construção, de relações e interações entre culturas diversas (Villano & Zani, 2007). De acordo com ONUSIDA (2001) aproximadamente 150 milhões de migrantes⁷ vivem e freqüentemente trabalham fora de seu país de origem nos dias atuais. Além disso, entre 2 e 4 milhões de pessoas migram a cada ano. As causas da migração vão desde o refúgio e asilo político (até 1999 cerca de 15 milhões de pessoas estavam nessa condição), migração para o interior de seu próprio país (estima-se que entre 20 e 30 milhões de pessoas já tenham migrado para outra região de seu próprio país, pelas guerras, tensões étnicas e de desrespeito aos direitos

⁷ A migração é um fenômeno social conceituado de diferentes maneiras conforme corrente teórica interpretativa, mas esses conceitos possuem elementos comuns de mensuração no espaço e no tempo, pois no geral se referem a um "movimento de pessoas através de uma fronteira específica para fixar residência", durante determinado intervalo de tempo, variável conforme fonte dos dados, Censo Demográfico ou pesquisa direta (SEADE, 1993:4). Os migrantes são as pessoas que se submeteram a esses movimentos migratórios, por vontade própria ou não, muitas vezes distinguindo-se da população natural, como não naturais, podendo ser quanto ao tempo de residência, categorizado como recentes (de até dez anos de residência) ou antigos (com mais de dez anos).

humanos), e outros ainda se mudam para outros países por outras razões tais quais a pobreza, a violência, as guerras, a fome, necessidade de cuidados médicos e medicamentos, para encontrar um emprego, melhores condições de vida, seguir uma formação acadêmica, etc.

Existem ainda pessoas em situação de mobilidade, que são as que mudam de lugar para outro de maneira temporária por certo número de razões voluntárias ou involuntárias. Os grupos que em geral se movem em razão de sua profissão são os motoristas, os marinheiros, caminhoneiros, comerciantes itinerantes, profissionais do sexo, etc.

Dessa forma, os migrantes são pessoas em situação de mobilidade que estabelecem domicílio ou que se instalam por um longo período em um país estrangeiro. As mulheres representam 47% do total dos migrantes no mundo e algumas vezes são em maioria em certas regiões. Por exemplo, na Europa, mais de 60% dos migrantes oriundos do Sri Lanka são mulheres que trabalham como domésticas (ONUSIDA, 2001). Para referir-se a estas pessoas, existe um termo mais específico – o imigrante, que denota o caráter daquele que chegou de um outro país para estabelecer moradia.

De acordo com Villano e Zani (2007), os temas ligados à migração tem sido objeto de muitas pesquisas da parte de diversas disciplinas que aprofundaram seu estudo abordando os aspectos históricos, econômicos, antropológicos e políticos. E é certo que a psicologia pode fornecer contribuições importantes para a compreensão dos processos ligados à migração e por consequência, ao desenvolvimento de políticas mais eficazes.

Um conceito importante dentro deste tema é o de aculturação, que se refere à mudança de atitude, comportamentos e valores quando duas culturas entram em contato. Inicialmente este conceito foi compreendido somente em sentido unidirecional, para compreender em particular a orientação dos imigrantes no confronto da nova sociedade, e

não levando em consideração as mudanças que também ocorrem nos membros da sociedade de acolhimento, no confronto de grupos específicos de imigrantes.

Berry (1997) propõe um modelo bidimensional que considera de um lado, a manutenção da própria hereditariedade cultural e da própria identidade, e de outro, a total adaptação à nova sociedade. Dessa forma, podem ocorrer quatro formas distintas de aculturação: integração, assimilação, separação e marginalidade. A primeira envolve o desejo de manter os aspectos centrais das próprias tradições culturais, mas juntamente com a adoção de elementos centrais da cultura de acolhimento; A segunda implica no abandono de muitos aspectos da própria cultura e da própria especificidade étnica, para abraçar os novos esquemas de ordenamento culturais; A estratégia de separação é caracterizada pelo desejo de manter todos os elementos da própria cultura, rejeitando a cultura e as relações com os membros da cultura de acolhimento; Enquanto a marginalização caracteriza indivíduos ambivalentes, que se sentem estranhos tanto com relação à própria cultura, quanto com relação à sociedade onde habitam, sentindo-se excluídos de ambas.

Em estudos realizados com imigrantes portugueses, coreanos e ungrios no Canadá, Berry e cols (1989) observaram que a estratégia mais utilizada era a integracionista em primeiro lugar, seguida da assimilacionista e separatista, com diversos graus de instensidade entre os diversos grupos. Por isso, é importante observar não somente as estratégias de aculturação dos imigrantes (minorias), mas também as que a comunidade local adota no confronto com os grupos imigrantes, visto que as relações interpessoais e de intergrupos são resultado e produto de ambos os processos. Para isso, Bourhis e cols (1997) propuseram um modelo teórico (Interactive Acculturation Model) que procura integrar em um quadro teórico de referência comum o processo de mudança bidirecional que se verifica no encontro e no contato de dois grupos culturais.

De acordo com Laraia (2002), os sistemas culturais estão sempre em mudança e entender esta dinâmica é importante para atenuar o choque entre as gerações e evitar comportamentos preconceituosos. Assim, da mesma forma como é fundamental para a humanidade a compreensão das diferenças entre os povos de culturas diferentes, é necessário saber compreender as diferenças que ocorrem dentro do mesmo sistema, para que as pessoas estejam preparadas para enfrentar serenamente as mudanças culturais com a chegada de estrangeiros, por exemplo.

Estudos apontam para uma íntima ligação entre migração e HIV/Aids (Anderson, Melville, Jeffries e cols, 1996; Savignoni, e cols, 1999). Em tais estudos realizados com grupos em situação de mobilidade, por exemplo, motoristas de caminhão e de ônibus, comerciantes ambulantes dos dois sexos, militares e marinheiros, identificam-se as viagens ou suas migrações como fatores ligados à infecção. Além disso, em inúmeros países, as regiões que registram maiores taxas de migração, também são as mais afetadas pelo HIV/Aids. A mesma coisa é válida para as regiões por onde passam os fluxos de migrações, ou seja, ao longo de rodovias e em regiões de fronteiras. Em estudos epidemiológicos com populações migrantes, esses autores também observaram que em vários países, os “não nacionais” são mais afetados pela infecção pelo HIV.

Assim, de acordo com documento da ONUSIDA (2001), tais dados indicam que as migrações e a mobilidade são fatores que aumentam a vulnerabilidade ao HIV, tanto dos próprios migrantes, quanto de seus parceiros que ficam em casa por um tempo e depois vem até o país estrangeiro para se juntar a eles, como no caso dos imigrantes africanos na França. Obviamente, mais uma vez destaca-se a importância de observar as várias dimensões envolvidas nessa vulnerabilidade, uma vez que o processo migratório por si só

não será um definidor solitário da mesma, mas dependerá de todo um contexto que foi destacado anteriormente, tais como pobreza, discriminação, guerras, etc.

2.1.2 - A situação dos afrodescendentes no Brasil.

Segundo Francisco (2000) há no Brasil alguns *modos de ver* o cidadão afrodescendente que contribuem para aumentar cada vez mais a discriminação e o preconceito racial já existente. Dentre esses modos de ver, o mais difundido e praticado advém da concepção histórica do Brasil como uma comunidade onde conviveriam *harmonicamente* várias raças. Em consequência disso, o Brasil estaria a caminho de constituir um único povo, fruto de uma mistura racial entre o branco europeu, o negro africano e o ameríndio. Esse modo de ver é muito criticado, pois faz desaparecer o outro, o diferente ou o não branco, apostando no surgimento de uma “metarraça”. Esse pensamento é herdeiro da tradição política européia, através da qual, o domínio de classe é veiculado política e ideologicamente pelo mito da pureza ou da purificação do sangue.

Essa proposta de homogeneização inter-classe e intra-classe tem na propagação de idéias de miscigenação e democracia racial, sua expressão política e ideológica mais forte, uma vez que a defesa da “futura raça” ou da “metarraça” camuflaria e negligenciaria as particularidades étnico-culturais e de classe dos afrodescendentes (como um grupo econômico, social e politicamente desvalorizado), bem como, as particularidades étnico-culturais e de classe do branco (como grupo social e politicamente valorizado). De acordo com esse autor, tal processo se expressa, portanto, através da valorização do branco e da desvalorização do negro e do mestiço para legitimar a divisão social do trabalho, da riqueza

e do poder capitalista, que estão obviamente em mãos brancas, visto que esse eugenismo (busca da homogeneização da raça) tem o branco europeu como modelo.

Essa “democracia racial” pretendida, não significaria a convivência harmônica entre raças diferentes, mas ao contrário, a predominância da raça dominante branca (o branqueamento) e o desaparecimento, pela mestiçagem, do negro, do índio e do branco proletário “(...) que seriam desde já, não povo, mas massa pró - dita hoje, como povo metarracial de amanhã” (Francisco, 2000, p. 135). Para Leite (2006), esta postura do branqueamento prejudica a democracia brasileira, pois:

“O Brasil, um dos países de maior desigualdade social atualmente no mundo, nunca poderá se ver como democracia se não respeitar as diferenças culturais, se não conseguir vê-las, sem precisar apagá-las através da idéia da mistura. Conforme nos lembra Ruben George Oliven, uma nação não se torna democrática se não consegue reconhecer os valores e as expressões estéticas de seus grupos formadores, se não traduzir isto em direitos sociais⁸”.

O racismo no Brasil se manifesta de diversas formas, mas principalmente através do fechamento para negros e não brancos em geral da mobilidade vertical, bem como nas formas abertas ou sutis de discriminação e de repressão às formas laicas e religiosas de manifestação da cultura afro-brasileira, como o candomblé, a capoeira, entre outros.

As desigualdades sociais entre brancos e negros no Brasil, não podem ser explicadas somente em função do passado de escravidão negra neste país, pois segundo Osório (2004), apesar do desenvolvimento econômico do Brasil ter se concretizado com industrialização e urbanização intensas, o processo não foi acompanhado de menos desigualdades na distribuição dos benefícios deste progresso, e também não se pode dizer que a situação socioeconômica dos negros melhorou. Para Osório (2004, p. 7)

⁸ <http://www.cfh.ufsc.br/~nuer/artigos/mito%20das%20racas.htm>

“a nova teoria, baseada na idéia de acumulação inter e intrageracional das desvantagens causadas por não ser branco no Brasil, mostrou a inadequação das explicações antigas e provou dar conta das evidências tendo até certo poder preditivo. Até o presente momento, permanece sem qualquer teoria concorrente que a contradiga”.

Hasenbalg (1979) analisou a mobilidade social dos negros no Brasil, e observou que o racismo provocava inúmeras desvantagens para eles, pois inicialmente, a cada nova geração, a proporção de negros partindo de baixo é maior que a de brancos. Depois, existem as diferenças nas oportunidades de mobilidade intra-ocupacional ao longo da vida. Tais diferenças envolvem habilidades profissionais, acesso à educação, e mesmo aspirações, pois a internalização da inferioridade social preconizada pela ideologia racial, restringe os desejos e os objetivos dos indivíduos do grupo discriminado. O mesmo fato acontecia com o índice de realização ocupacional intergeracional, pois os filhos dos negros apresentavam tendência de concentração nas ocupações características dos estratos inferiores. O autor conclui que era nos processos intergeracionais de transmissão de *status*, bem como no processo intrageracional de realização educacional, que os efeitos da cor mais se manifestavam, contribuindo para a manutenção do *status* coletivo inferior dos negros.

“Além disso, parece claro que no Brasil de hoje, o núcleo das desvantagens que pretos e pardos parecem sofrer se localiza no processo de aquisição educacional. As diferenças nos retornos ocupacionais dos investimentos em educação são relativamente modestas quando comparadas com as diferenças na realização educacional, qualquer que seja o estrato de origem. Diferenças que, como vimos, tendem a crescer conforme aumenta a situação socioeconômica de origem. Assim, a questão educacional parece estar se constituindo no nó górdio das desigualdades raciais em nosso país” (Hasenbalg & Valle Silva, 1999, p. 229).

Para Hasenbalg (1979) a ideologia racial que coloca o branco como superior é tão forte no Brasil, que não é preciso a mobilização dos brancos para garantir seus privilégios no aproveitamento das oportunidades de mobilidade ascendente. Segundo Bento (2003) essa construção do imaginário social extremamente negativo sobre o negro, solapa sua

identidade racial, danifica sua auto-estima e culpabiliza-o pela discriminação. Tal fato se reflete também na falta de estudos que problematizem o papel do branco nas desigualdades sociais, visto que as pesquisas incluem exclusivamente a visão do negro desse processo. Este é segundo essa autora, “estudado, dissecado e problematizado”, enquanto que ao branco nada é perguntado. Isso leva à concepção de que o branco não tem relação alguma com a atual situação do negro no Brasil, e que essa situação advém unicamente de condições históricas (quando os negros foram escravos), das quais os brancos parecem ter estado ausentes. Para Bento (2003), evitando focalizar o branco em tais discussões e ou pesquisas, evita-se também discutir o privilégio, visto que mesmo em situações de pobreza, o branco tem o “privilégio simbólico da brancura”, o que não é pouca coisa.

O assunto da discriminação racial é muito delicado, pois, historicamente, os brancos saíram da escravidão com uma herança simbólica e econômica muito positiva, em decorrência da apropriação do trabalho de quatro séculos dos negros. Esse silêncio permitiria segundo Bento (2003) o não compensar, não indenizar os negros, refletindo assim, um grande interesse econômico. Ao invés disso, as políticas compensatórias se propõem a premiar a “incompetência negra”, pois de acordo com Jodelet (1999), as políticas públicas direcionadas àqueles que foram excluídos de nossos mercados materiais ou simbólicos, não são direitos, mas sim favores das elites dominantes. Pode se afirmar que a presença dos afrodescendentes no Brasil apresenta barreiras raciais que se sobrepõem às de classe, no que tange aos processos de mobilidade social, corroborando uma reprodução constante do status coletivo subalterno dos negros.

2.1.3 – A situação dos afrodescendentes no Sul do Brasil

Para Leite (1996) os cidadãos afrodescendentes habitantes da região Sul do Brasil vivem num contexto de “explícito desprivilegiamento” que se traduz através da ideologia do branqueamento e/ou das práticas de discriminação cotidianas. A ideologia do branqueamento teve sua maior consolidação no Sul do Brasil, pois segundo esta autora, havia nas primeiras décadas do século XX uma expectativa de intensa mestiçagem entre os europeus brancos imigrantes e os africanos negros ex-escravos com a intenção do desaparecimento gradual dos negros. Foram então instauradas medidas legais para imigração maciça de europeus, principalmente italianos e alemães, considerados superiores aos negros, para o branqueamento desta região e principalmente do Estado de Santa Catarina.

Porém, sabe-se que as colonizações italiana e alemã em Santa Catarina, não aconteceram somente para atender a tal ideal de branqueamento da região. Segundo Grosselli (1987), após a Revolução de 1848, que marcou o fim das Revoluções Burguesas na Europa, o sistema de produção capitalista se espalhou velozmente por praticamente todo o continente europeu, mudando drasticamente a forma de subsistência dos pequenos agricultores.

“(…) A Europa, entre 1850 e 1870, se transformou rapidamente de economia ligada ao ‘ciclo agrário’ em economia ligada ao ‘ciclo industrial’. A terra que durante séculos tinha sido o fator produtivo por excelência e o eixo em torno do qual girava a vida de milhões de pessoas se tinha transformado em ‘um dos meios de produção’, dependente de outros, ou, até, em um ‘bem sujeito à venda’” (Grosselli, 1987, p. 20).

Assim, não havia mais lugar na Europa para os pequenos agricultores. A classe camponesa ficou à margem das inovações, e aqueles que não puderam ou não souberam se

adaptar às novas técnicas de produção, e às indústrias, tiveram que partir para a América, em busca de novas oportunidades. Muitos deles chegaram à Santa Catarina.

Aproveitando-se desses fatores históricos, a mídia brasileira tem construído uma imagem de “Europa no Sul do Brasil”, com a idéia de que em Santa Catarina só existiriam cidadãos de pele e olhos claros, descendentes de alemães e italianos, negando, portanto a presença dos negros. Mesmo que involuntariamente, isso se constitui como mais uma forma de discriminação que marca a negação da existência e da memória negra no Estado. (Pedro e cols., 1996).

Além disso, de acordo com Leite (1996), os negros no Sul do Brasil têm sido negligenciados pelas políticas públicas e pesquisas científicas, o que os leva a um quadro de “invisibilidade histórica”, isto é, passam a não fazer parte do perfil étnico dessa região. O termo “invisibilidade”, utilizado para caracterizar a situação do negro, foi utilizado por Ellison (1990) para descrever as manifestações de racismo nos Estados Unidos. Para este autor, o mecanismo da invisibilidade acontece através de um olhar que nega a existência do negro para substituir a vontade de bani-lo totalmente da sociedade. De acordo com Leite (1996) não significa que o negro não seja visto, mas sim que ele é visto como não existente e isso se traduz em uma das principais formas de manifestação do racismo. “Como um dispositivo de negação do Outro, muitas vezes inconsciente, é produtor e reproduzidor do racismo. A invisibilidade pode ocorrer no âmbito individual, coletivo, nas ações institucionais, oficiais e nos textos científicos” (Leite, 1996, p. 41).

Segundo Leite (1996) os textos científicos e pesquisas sobre a colonização em Santa Catarina, explicam o desenvolvimento econômico do Estado através do trabalho dos imigrantes europeus, não reconhecendo praticamente nenhuma importância da presença do negro neste processo. Cardoso e Iani (1960), por exemplo, fizeram um estudo em

Florianópolis sobre a relação entre brancos e negros no Estado de Santa Catarina e concluem que esta é uma cidade luso-brasileira, tanto na paisagem como nos costumes, e que os negros, como sendo minoria numérica, habitantes de periferia e bairros pobres, não tinham tido nenhuma participação importante na economia local.

Percebe-se, portanto, que em Santa Catarina, os negros são desprivilegiados social e historicamente em relação aos brancos em vários segmentos sociais, tais como saúde, educação, religião e status social, bem como na falta de manifestações étnico-culturais o que pode revelar certa fragilidade na identidade étnica dos afrodescendentes habitantes deste estado. Todos estes fatores contribuem para a sua maior vulnerabilidade à epidemia da aids, merecendo estudos que investiguem as causas desta maior exposição à contaminação.

2.1.4 - A situação dos afrodescendentes na França

A imigração africana para a França teve início em meados de 1955. Antes dessa data, alguns africanos tinham estado no país para participar nas duas grandes guerras mundiais. Depois dos conflitos, muitos retornaram à África ou morreram em combate. Por isso, somente em 1955 é que a imigração africana para a França tomou fôlego. A maior parte dos imigrantes africanos vai para a França em busca de melhores condições de existência e de trabalho. Na região de Ile-de-France, região com maior número de imigrantes do país, os imigrantes são em torno de 30 a 35% da população.⁹

⁹ Comunicação pessoal: CRIPS , Ile-de-France. Sida, approche culturelle et actions de prévention. Paris, 2007.

Os imigrantes africanos na França encontram inúmeras dificuldades em se adaptar a nova cultura em que estão inseridos, pois o sistema de representações e de valores aos quais os indivíduos e grupos se referem para dar senso as suas ações e comportamentos resultam das relações sociais nas quais eles estão inscritos. O sistema cultural dessas pessoas já existia antes de terem contato com o contexto social francês. Porém, de acordo com Hamel (2003), os processos migratórios não levam nem ao desaparecimento total da cultura inicial, nem sua preservação integral. A migração gera recomposições culturais levando em conta as questões relativas à cultura inicial e a de acolhimento, além de gerar também continuidades e descontinuidades culturais. Tais processos não se limitam somente aos migrantes, mas também envolvem e afetam os seus filhos, que convivem diariamente com uma cultura de acolhimento (França) completamente diferente da de sua família.

Os jovens afrodescendentes franceses participantes desta pesquisa são filhos de migrantes da África, do Maghreb e de territórios de outro mar e nasceram na França. Eles, portanto não compartilham as mesmas representações de sexualidade, nem as mesmas condições de vida que a geração de seus pais, eles não vivem nos foyers¹⁰, compreendem e falam a língua francesa e estão em sua maioria legais no país. Por exemplo, a questão de “honra” referida pelos meninos descendentes do Maghreb aparece como uma espécie de “envelope” que se mantém, mas que o conteúdo mudou completamente se for comparado ao que significa no Maghreb rural de onde vieram seus pais. A continuidade cultural se situa, portanto na manutenção dos termos, enquanto a descontinuidade se apresenta na modificação do seu significado.

¹⁰ Espécie de “alojamento provisório” onde os migrantes chegam a morar durante mais de 30 anos de suas vidas, geralmente sozinhos, quando a família fica na África.

Para Hamel (2003), isso significa que as práticas dos filhos de imigrantes na França, são determinadas por sua situação de relação social no meio local em que estão inseridos. Mais ainda, ela afirma que tais práticas são freqüentemente as mesmas que os outros franceses da mesma idade e condição social. Porém, o racismo cria uma fronteira entre os franceses filhos de imigrantes e os franceses nascidos de pais franceses, que se traduz por afirmações identitárias reveladas nas palavras “nós” e “eles” e que aparece ainda na vontade desses jovens de se distinguir entre eles. Assim, os jovens franceses descendentes de imigrantes respondem ao racismo da sociedade de acolhimento através da utilização de sinais culturais susceptíveis de se tornarem marcas identitárias, procurando tornar positivos esses sinais que pertencem a sua cultura e que o discurso racista torna símbolo de sua inferioridade. Os posicionamentos de cada um sobre a questão da honra e sobre a relação entre homem e mulher não podem ser concebidos sem tomar em conta tais questões. É por tal razão que se pode afirmar que os processos de distinção identitária influem enormemente sobre as práticas dos indivíduos, e, portanto todas essas questões envolvidas na identidade dos filhos de imigrantes vão ter resultado nas suas práticas.

Com relação à contaminação pelos imigrantes na França, de acordo com o Bulletin de Santé ORS (2006), na região de Ile-de-France, os jovens com idade entre 15 e 24 anos representam 8 % das descobertas de soropositividade diagnosticadas entre 2003 e 2005 (420 casos em 5259). A quase totalidade destes jovens foi contaminada pela via sexual (76% pela via heterossexual e 23% homossexual) e a grande maioria é de nacionalidade estrangeira (64%), além disso, um grande número é de mulheres (68%).

2.1.5- A vulnerabilidade dos afrodescendentes em relação à aids.

De acordo com Mann, Tarantola e Netter, (1993; 1996) "a" epidemia de HIV/Aids é na verdade, o resultado observável, em nível macro, de dezenas, talvez centenas, de epidemias ocorrendo ao mesmo tempo, acometendo segmentos diversos da sociedade com padrões de disseminação e velocidades variadas, dependentes do local em que se desenvolve e das condições sociais e econômicas da população em questão, dentre outras. Essa diversidade também pode ser observada no Brasil, pois segundo Parker, Rochel e Camargo (2000), este é um país de grandes dimensões continentais com enormes disparidades sociais e econômicas. Tais características envolvem populações diferentes, com distintas probabilidades de infectar-se pelo HIV.

Algumas pesquisas têm abordado os fatores estruturais que facilitam a transmissão do HIV e sua concentração em áreas geográficas e populações particulares (Ayres, 1994; Sweat & Denison, 1995; Tawil e cols., 1995; Turshen, 1995; Aggleton, 1996; Caraël e cols., 1997; Singer, 1998; Michael e cols, 1998; Díaz, Ayala & Edward, 2004). De acordo com Parker, Rochel e Camargo (2000) podem-se agrupar estes fatores em três categorias distintas, mas interconectadas: a) subdesenvolvimento econômico e pobreza; b) mobilidade, incluindo migração, trabalhos sazonais, em decorrência de guerras, somadas a condições de instabilidade política e pobreza; c) desigualdades de gênero, que também se relacionam com a pobreza (feminização da pobreza), colocando as mulheres, e corpos feminilizados (homossexuais, travestis) em situações de vulnerabilidade acentuada à infecção pelo HIV.

Sabe-se que as populações negras, como outros tantos grupos que se poderia chamar

de grupos minoritários¹¹ (como os jovens e as mulheres, principalmente as envolvidas em um relacionamento fixo, por exemplo), possuem vulnerabilidades diferenciadas ao HIV/Aids. Isso se dá segundo Batista (2005), em função da dificuldade que os negros têm ao acesso aos serviços de educação e saúde e à discriminação racial que em nossa sociedade, perpassa até mesmo pelas instituições e pelas políticas públicas. Sendo assim, a mortalidade pode ser mais um indicador quantitativo da discriminação e do preconceito racial, uma vez que, de acordo com esse mesmo estudo, a taxa de mortalidade é mais alta entre pessoas de raça negra do que as de raça branca, sendo suas principais causas: os óbitos por transtornos mentais (uso de álcool e outras drogas); doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose e HIV/Aids) e causas externas (homicídio).

Dados de pesquisas do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2003¹² mostram que existem diferenças de salário e inserção no mercado de trabalho entre homens brancos e negros, a estes sendo reservados os menores salários, as piores funções e as atividades menos qualificadas. Nesse sentido, Henriques (2001) afirma que no Brasil, nascer de cor parda ou cor negra aumenta de forma significativa a probabilidade de um cidadão ser pobre. Outros estudos também evidenciam a maior taxa de mortalidade das crianças negras (Tamburo, 1987; Cunha, 2001); a maior mortalidade materna entre as mulheres negras (Martins & Tanaka, 2000) e a maior mortalidade por HIV/Aids entre os negros (Werneck, 2001; Lopes & Batista, 2003).

As dificuldades das populações negras com relação ao HIV não param por aí. Em estudo realizado por Lopes (2003) observou-se que após receberem o diagnóstico de aids,

¹¹ Goffman (1982) define grupo minoritário como pessoas que possuem uma história e uma cultura comuns, geralmente uma origem nacional comum e que transmitem sua filiação aos descendentes numa posição desvantajosa na sociedade.

¹² Acesso em julho de 2005.

os negros têm mais dificuldades em aderir ao tratamento em função da baixa taxa de escolaridade, as mulheres negras particularmente apresentaram as piores condições de escolaridade, moradia, rendimento individual e familiar. Elas declaram que geralmente não recebem orientação anterior e posterior ao teste e, após terem chegado ao serviço especializado de saúde, têm menos chances de receber informações corretas e adequadas sobre os exames de CD4 e carga viral¹³, sobre redução de danos no uso de drogas injetáveis e sobre uso de anti-retroviral para recém-nascido¹⁴. Ainda sobre o serviço especializado, elas relataram dificuldades em entender o que os médicos infectologistas e ginecologistas diziam; maiores dificuldades em tirar dúvidas e falar sobre suas preocupações, conversar sobre sua vida sexual e solicitar orientação.

Dado o exposto, segundo Câmara¹⁵ (2005), para articular aids, gênero e raça não se pode perder de vista a pauperização da epidemia e a complexidade de todas estas referências que se tornam múltiplos fatores para a vulnerabilidade das pessoas negras à infecção pelo HIV. Para as mulheres, as dificuldades são ainda maiores, pois quando além

¹³ Atualmente, a presença de sinais clínicos de imunodeficiência (sintomas constitucionais e/ou processos oportunistas), a contagem de células T CD4+ e a quantificação de carga viral são os principais parâmetros utilizados pela maioria dos especialistas para se iniciar e monitorizar a terapia anti-retroviral em pacientes com infecção pelo HIV. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/Textom.html>

¹⁴ Baseando-se nos estudos disponíveis até o momento, o tratamento anti-retroviral no Brasil têm sido indicado para pacientes com contagens de células T CD4+ abaixo de 500/mm³ e/ou com carga viral acima de 10.000-30.000 cópias de RNA/ml, sendo que a composição do esquema terapêutico vai depender da estabilidade e magnitude dos parâmetros clínicos e laboratoriais utilizados. Como os valores elevados de carga viral parecem estar relacionados com um maior risco de progressão da doença, independentemente da contagem de células T CD4+, é recomendado que os dois exames sejam realizados simultaneamente, no sentido de se melhor balizar as indicações de início e modificação do esquema terapêutico em uso. As variações dos resultados da carga viral frequentemente são expressas em logaritmo, devido a sua variação. <http://www.aids.gov.br/assistencia/Textom.html>

¹⁵ Disponível em: www.cristinacamara.com.br - Cristina Câmara. Mulheres Negras Brasileiras: aids, preconceito e racismo.

das dificuldades já citadas, acontece ainda a dependência econômica do parceiro, maior se torna a dificuldade para negociar medidas de prevenção.

Para esta autora existem diferentes tipos de pobreza, sendo que ela aumenta a vulnerabilidade social das pessoas e, evidentemente, a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Doenças tradicionalmente ligadas à pobreza, como desnutrição, verminoses, tuberculose, alcoolismo etc., são mais incidentes na população negra e não por razões étnicas. A questão, portanto não é de uma 'natureza racial', mas de fato de preconceitos de gênero, raça e classe, que neste caso estão imbricados.

Além disso, de acordo com Dumont (1992) existem duas configurações sociais de valores básicas: o holismo das sociedades tradicionais, e o individualismo, das sociedades modernas que podem também ser encontrados nas sociedades contemporâneas sob a forma de ao menos duas matrizes culturais. A primeira, que se denomina dominante ou hegemônica; e a outra, dominada, que possui uma lógica holista. Estas e outras matrizes culturais coexistem no espaço urbano de uma sociedade complexa e heterogênea. A matriz dominante ou hegemônica gira em torno do individualismo e existe predominantemente nas camadas médias e altas da população. O individualismo é um conceito que exprime a afirmação do indivíduo ante a sociedade e o Estado. Para Dumont (1992) a ideologia individualista atribui ao indivíduo o estatuto de um ser moralmente autônomo, o indivíduo é constituído como o valor supremo. O indivíduo não pode ser submetido a ninguém, sendo as suas regras pessoais que movem a sua existência.

A segunda matriz, holista, tem preeminência na família e predomina nas camadas populares. Aqui, o indivíduo se encontra na sociedade como um todo, faz parte de uma comunidade. O valor família vem em primeiro lugar e os valores individuais são colocados em segundo plano. O modelo de Dumont (1992) coloca o individualismo como moderno e

a lógica holista como sendo tradicional. Sendo um modelo, ele agrega traços pertencentes à organização simbólica e prática, mas não engloba a diversidade de situações que encontramos na realidade concreta. Porém, neste caso nos parece bastante possível utilizar deste conceito para melhor entender os mecanismos de funcionamento das camadas populares em relação à sexualidade e aos seus relacionamentos íntimos.

Para Heilborn e Gouveia (1999), não se trata de dizer que a sexualidade dos grupos mais individualistas não tenha regras, mas sim que nos grupos populares a sexualidade conota uma dimensão mais globalizadora, com uma articulação mais estreita entre valores relativos ao sexo, à família, ao gênero e a uma concepção de reciprocidade. Isto contrasta com o ideal individualista moderno, que confere uma significativa importância à atividade sexual e as suas sensações, e principalmente à reflexão que a acompanha.

Segundo Guimarães (1996), mesmo quando os sujeitos não são totalmente desinformados a respeito da prevenção da aids, existe uma prevalência da não prevenção. Para esta autora isto acontece porque para os grupos onde predomina a forma holista de pensamento, o valor estruturante é a preeminência da relação e não se considera ou se questiona o destino individual dos pares. Nesse caso, as mulheres casadas, principalmente as pertencentes às camadas populares, entrariam em relações desprotegidas em nome de certos valores, tais como a manutenção da família, do casamento, do amor do companheiro, etc. Assim, a existência social da pessoa passa a ser mais importante que a vida do indivíduo. Estes aspectos são corroborados por pesquisa feita por Giacomozzi e Camargo (2004) onde as entrevistadas que mantinham relações conjugais diziam não se prevenir porque confiavam no parceiro. Na verdade, apesar da preocupação com a doença estar presente em seus relatos, a maioria delas sequer questiona o perigo dentro de seu casamento. A possibilidade concreta de contaminação não é considerada, pois submete o

valor indivíduo ao valor família, que é estruturante e mais importante para elas. Além disso, o risco de se contaminar pelo vírus HIV é associado pelas entrevistadas, a manter relações sexuais fora do casamento.

Tais fatores, quando somados à desinformação e à falta de acesso a serviços de saúde, como ocorre com a população mais carente (onde a maioria é da raça negra, tanto no Brasil, quanto na França) diminuem enormemente as possibilidades de adoção de comportamentos preventivos. Essas desigualdades sociais são muito antigas em nossa sociedade e estão no cerne das vulnerabilidades específicas desta população ao HIV/Aids.

Assim, as posições dos indivíduos com relação à cultura, ao gênero, etnia, idade e classe constituem elementos determinantes para a compreensão de comportamentos sexuais face ao risco de infecção pelo HIV. É importante observar que os jovens participantes dessa pesquisa encontram-se em posição de desvantagem frente os demais, visto que eles acumulam posição de inferioridade nas relações de etnia e de classe e isso os induz a uma maior exposição ao risco. Além disso, as meninas possuem uma desvantagem a mais, a de gênero em sociedades onde o predomínio do poder masculino ainda revela sua face.

É, portanto, levando em consideração essas posições sociais, que se deve procurar compreender os modos individuais de gestão do risco de infecção. De acordo com Hamel (2003), observa-se que na França, os jovens menos escolarizados, predestinados a serem mais frágeis nas relações de classe, são sexualmente mais precoces e menos informados sobre HIV/Aids; somando-se a isso, o racismo por eles sofrido tende a reforçar as relações de classe e induz a uma rigidez maior nas relações entre homens e mulheres, devido a um controle mais forte da sexualidade das meninas descendentes do Maghreb, por exemplo. Esta situação de dominação sofrida/percebida pode alterar a capacidade de perceber os

riscos de infecção, bem como o desejo de se proteger, e ou a possibilidade de impor uma maneira de proteger ao parceiro.

Fica claro ainda que as várias dimensões (cultura, gênero, classe, etnia) se entrecruzam na existência do indivíduo. As construções dos papéis sexuais dentro da família levam à posições diferentes com relação ao trabalho assalariado, pois entre as populações de imigrantes africanos na França, por exemplo, se subentende que cabe ao menino, aceder ao mercado de trabalho antes de fundar uma família e para que ele consiga atingir a um status de “homem”. E tal obrigação não existe sobre as jovens, uma vez que a sua identidade de gênero é principalmente construída sobre o estatuto de esposa e mãe.

2.1.6- A estereotipia

*“ Le ciel, c'est le lieu où :
Les Français sont les cuisiniers,
Les Italiens sont les amants,
Les Anglais sont les policiers,
Les Allemands sont les mécaniciens,
Et le tout est organisé par les Suisses.
L'enfer, c'est le lieu où :
Les Anglais sont les cuisiniers,
Les Suisses sont les amants,
Les Allemands sont les policiers,
Les Français sont les mécaniciens,
Et le tout est organisé par les Italiens. ”¹⁶*
Provérbio europeu

¹⁶ “O céu é o lugar onde: Os franceses são os cozinheiros, os italianos são os amantes, os ingleses são os policiais, os alemães são os mecânicos e tudo é organizado pelos suíços. O inferno é o lugar onde: Os ingleses são os cozinheiros, os suíços são os amantes, os alemães são os policiais, os franceses são os mecânicos e tudo é organizado pelos italianos”.

Quando se lê esta anedota popular européia, logo se pode perceber que ela está cheia de crenças e idéias pré-concebidas sobre determinados povos. Crenças essas tão difundidas que se torna impossível não se ter ouvido falar do senso de organização dos suíços ou da culinária francesa, por exemplo. São os estereótipos. Eles oferecem maneiras de ver e de pensar o ambiente e mais particularmente o meio social.

Stereo deriva do grego, e significa rígido, fechado, fixo, estável e *tipo* também do grego, remete a modelo. De acordo com Motu e Zamboni (2001) a origem etimológica do termo estereótipo vem da arte tipográfica e identifica um procedimento setecentista de reprodução que utilizava um modelo fixo, não modificável para efetuar a estampa.

Segundo Camino, Maciel, Brandão e Gomes (1996) é bastante comum que se forme uma impressão sobre um indivíduo a partir de uma única característica social dele, como gênero, etnia, nacionalidade, religião, etc, ao invés de características individuais. Assim os estereótipos são

“generalizações sobre pessoas baseadas no fato destas pertencerem a algum grupo ou categoria social, baseadas nas crenças de que todos os membros de um grupo possuem características ou atribuições semelhantes. Um sujeito de um grupo é considerado e tratado como sendo fundamentalmente igual aos outros membros do grupo. O grupo é percebido e tratado como sendo homogêneo.” (Camino, Maciel, Brandão & Gomes, 1996, p. 35).

Os estereótipos geralmente são amplamente compartilhados por um grupo social. No Brasil, por exemplo, mais de 80% dos cidadãos atribuem características de desonestidade e de incompetência aos políticos (Camino, 1990; Rodrigues e Cols., 1989). Assim, os estereótipos servem para fazer com que o mundo seja mais previsível e tratável, porém geralmente são muito pouco precisos na sua correspondência com a realidade, pois são generalizações exageradas e muitas vezes erradas sobre características de um determinado grupo social (Camino, Maciel, Brandão & Gomes, 1996).

Um experimento de Sherif e Sherif, (1969) sobre conflitos intergrupais chegou à conclusão de que os estereótipos refletem a realidade das relações intergrupais, mas podem sofrer mudanças em função dos eventos em que estão inseridos, pois a forma como objetos e acontecimentos são classificados em termos de valor ou relevância vão influenciar a percepção de diferenças físicas (altura, cor) e acentuar as diferenças. Outro estudo sobre a acentuação perceptiva e os estereótipos, feito por Sechord, Bevan e Katz (1965), demonstrou que sujeitos preconceituosos acentuam as diferenças dos traços de fisionomia dos afrodescendentes, se comparado aos brancos, mais do que sujeitos não preconceituosos.

Ainda nesta linha de trabalho, estudos de Tajfel (1957) e Tajfel e Wilkes (1963) demonstraram que os processos de categorização levam a um certo exagero na avaliação de objetos categorizados, o que se denominou de *sobrestima* ou *acentuação perceptiva* (Tajfel, 1981). Tajfel e Wilkes (1963) realizaram uma série de experimentos nos quais observaram que a aplicação constante de uma categoria bi-polar, enquanto se avalia um conjunto de estímulos físicos em uma dimensão específica, levaria à uma acentuação perceptiva das semelhanças no interior de cada pólo categorial e à acentuação perceptiva das diferenças entre os estímulos de pólos categoriais diferentes. Essas pesquisas trouxeram a evidência empírica de que a categorização era responsável pela produção de vieses nos julgamentos de indivíduos pertencentes a vários grupos humanos, pois a semelhança intragrupo e a diferença entre os grupos é uma consequência automática da categorização (Ismael, Maciel & Camino, 1996).

Assim, considera-se a diferenciação perceptual do grupo como sendo base para o estereótipo, pois a categorização produziria automaticamente uma acentuação da similaridade no interior dos grupos e a diferenciação entre os mesmos. Porém para Ismael e cols (1996) este tipo de explicação está centrada somente em mecanismos cognitivos para

explicar os estereótipos, no entanto, é necessário que se considerem outros fatores, como por exemplo o fator motivacional que desempenharia também um papel muito importante no desenvolvimento dos estereótipos pelo processo de diferenciação grupal observado por Tajfel, Billig, Bundy e Flament (1971).

A diferenciação grupal tem sua base motivacional constituída pela tendência dos sujeitos em manter e desenvolver uma auto-estima positiva através do favorecimento do seu próprio grupo e da diminuição do outro. Além disso, a categorização leva a uma acentuação das diferenças entre grupos (Tajfel, 1981).

Os estereótipos ainda são geralmente, mas nem sempre, referentes a características negativas de grupos sociais, pois de acordo com Tajfel (1981) quanto maior o clima de tensão entre os grupos, mais os estereótipos traduzem hostilidade e negativismo. Estes estereótipos negativos e hostis são denominados preconceitos. De acordo com Motu e Zamboni (2001), o construto teórico do preconceito tem uma estreita ligação com o do estereótipo, sendo muitas vezes utilizados como sinônimos. Para Mazzara (1997) o estereotipo é “o núcleo cognitivo do preconceito: um conjunto de informações e crenças sobre certa categoria de objetos, reelaborados em imagens coerentes e tendencialmente estáveis para sustentar e reproduzir o preconceito no confronto com o objeto¹⁷” (Mazzara, 1997, p. 14-15).

Vários fatores podem ser capazes de fazer um indivíduo ser vítima de preconceitos: o fato de pertencer a uma determinada categoria sexual ou etnia, pela sua idade ou atributos físicos e mentais. O preconceito impõe, portanto, generalizações desfavoráveis à membros de grupos particulares.

¹⁷ Tradução da autora.

O racismo, por exemplo, é o preconceito com os indivíduos de uma outra etnia. Estes preconceitos persistem mesmo após ter sido comprovado cientificamente o fato de que a noção de *raça* não deve ser aplicada a grupos humanos. Esta noção tem sua origem na biologia e marca diferenças genéticas entre espécies. Segundo Licata, Provost e Linden (2004), os geneticistas constataram que as diferenças existentes entre os indivíduos categorizados na mesma *raça* são bem mais importantes que as diferenças entre as *raças*. Apesar disso, indivíduos e grupos racistas continuam a veicular esse sistema antigo de classificação e a ver nas diferenças de pigmentação da pele um índice de pertencimento a sub-grupos humanos.

2.1.7- O Preconceito racial.

*Io contro mio fratello,
io e mio fratello contro nostro cugino,
io, mio fratello e nostro cugino contro i vicini,
tutti noi contro lo straniero.*¹⁸
Provérbio beduíno

Pesquisas antigas sobre o preconceito racial¹⁹ consideravam-no uma visão deficiente do mundo (Lippman, 1922), bem como uma visão preconceituosa de grupos sociais (Katz & Braly, 1933; 1935). Para Milner (1981) o preconceito racial não é somente um fenômeno psicossocial, mas também um produto de fatores históricos, econômicos e políticos, possuindo as seguintes características: é uma atitude que predispõe um indivíduo a pensar, sentir e agir de forma favorável ou desfavorável em relação a um grupo ou a seus membros individuais; é baseado numa generalização errônea e inflexível (Allport, 1954); é

¹⁸ “Eu contra o meu irmão, eu e meu irmão contra nosso primo, eu, meu irmão e nosso primo contra o vizinho, todos nós contra o estrangeiro”.

¹⁹ Usar-se-á preconceito racial e racismo como sinônimos em todo o texto.

um julgamento pré-concebido que acontece a priori, ao invés de ou apesar de evidência objetiva; é uma atitude rígida e emocional que não pode ser facilmente mudada por informação contrária.

O preconceito para Allport (1954) deve ser compreendido a partir da consideração de processos comuns de pensamento que caracterizam o funcionamento da mente e que implicam: 1- mecanismos de simplificação e organização da consciência, indispensáveis para fazer frente a uma realidade muito complexa e diferenciada; 2- o processo fundamental de categorização definível como reagrupamento de estímulos e eventos é o mais homogêneo possível para enquadrar rapidamente eventos novos em um sistema coerente de interpretação e comportamentos; 3- o processo de generalização definido como tendência constante da mente humana deve estender e ampliar uma série de eventos através de observações efetuadas a partir de poucos eventos disponíveis;

Para Echabe (1997) quando surgem conflitos internos (geralmente conflitos dados por valores contraditórios) a respeito de alguém ou de um grupo, surgiria um chamado “mecanismo de defesa” para dissolvê-los, que seria o racismo. Mazzara (1997) define o preconceito de acordo com o grau de generalidade que se adota. Se este é máximo, o conceito de preconceito corresponderia ao significado etimológico, derivado do latim *praejudicium*: um juízo precedente à experiência e sem constatação de dados empíricos. Se tratar de um juízo menos geral, terá chances de ter um menor nível de erros e será mais orientado favorável ou desfavoravelmente, tanto a fatos, como a pessoas ou grupos.

Contudo percebe-se que essas teorias dominantes sobre o racismo focam somente o nível individual. Mas para Jones (1988), existem três níveis de racismo: individual, institucional e cultural. Sendo que o racismo institucional e o cultural são mais complicados e perniciosos do que o racismo individual. Nesse sentido, comportamentos

racistas dependem de fatores ideológicos e institucionais além de apenas individuais.

Segundo Echabe (1997), muitos psicólogos sociais de diferentes perspectivas teóricas, têm se debruçado sobre a importância dos aspectos ideológicos na origem do racismo e do preconceito. Eles definem racismo como sendo um “discurso que tem o efeito de estabelecer, sustentar e reforçar relações de poder opressivas (...) têm ainda o efeito de categorizar, localizar e discriminar certos grupos (...) justifica, sustenta e legitima certas práticas que mantêm o poder e a dominação” (Wetherell & Potter, 1992, p. 70).²⁰ Além de justificar as relações de poder entre pessoas, o racismo também estipula detalhes do relacionamento entre diferentes grupos étnicos (Howitt & Owusu – Bempah, 1994).

Para Marques (1995) o racismo pode ser definido como a idéia de que existe uma ligação entre os atributos, ou o patrimônio físico, genético ou biológico, de um indivíduo ou de um grupo e as suas características intelectuais ou morais. E que estas características são armazenadas no patrimônio genético e poderiam ser transmitidas por descendência genética (Motu & Zamboni, 2001).

Além disso, de acordo com Meertens e Pettigrew (1999) nos últimos anos tem surgido uma nova forma de preconceito racial, mais *sutil* e descrita de forma semelhante na França, Alemanha, Reino Unido, Holanda e América do Norte, que se contrapõe ao racismo *flagrante* que se manifestava até então. Segundo Arcuri e Boca (1999) tal forma de racismo foi descrita de diversas maneiras e por vários autores como sendo racismo moderno (McConahay, 1983), racismo simbólico (Sears, 1988), racismo sutil (Pettigrew, 1987). Adotaremos neste texto o termo racismo *sutil*.

O racismo sutil pode ser caracterizado por ser frio, distante e indireto, enquanto o racismo *flagrante*, sendo uma forma tradicional de racismo, apresenta características de ser

²⁰ Tradução feita pela autora.

quente, próximo e direto. Os indivíduos que apresentam o racismo sutil rejeitam expressões flagrantes de hostilidade intergrupais, mas expressam formas indiretas e sutis de racismo e muitas vezes não se dão conta de que estão discriminando. Enquanto os racistas flagrantes favorecem políticas duras de exclusão de imigrantes, os sutis preferem métodos de exclusão que não são vistos como discriminatórios. Porém, para Meertens e Pettigrew (1999), o racismo sutil é uma forma genuína de racismo.

O racismo sutil é regulado por normas sociais e tem relação com a história e cultura de um povo. Em estudo realizado na Itália sobre preconceito, por Arcuri e Boca (1999), resultados demonstram que existe claramente uma interação entre o contexto e os processos psicológicos. Em estudo realizado por Meertens e Pettigrew (1999), sobre racismo sutil e flagrante observou-se que os participantes com menores níveis de escolaridade mostraram-se racistas em ambas as escalas (de racismo sutil e flagrante), enquanto que as pessoas com níveis mais elevados de escolaridade revelaram seu racismo, sobretudo em escala sutil. Em estudo realizado por Arcuri e Boca (1999), observou-se que quanto maior o nível de escolaridade, mais baixo o nível de racismo, observou-se também, que quanto mais jovem menor o grau de racismo de um indivíduo. Assim, para estes pesquisadores, a escola pode ser um importante instrumento de intervenção na promoção do conhecimento mútuo e no combate à disseminação do racismo.

São muitos os fatores que contribuem para a disseminação e a manutenção do racismo e do preconceito em uma sociedade. Dentre estes fatores, Echabe (1997) destaca a importância da mídia. Para esse autor, a mídia de massa pode ser vista como responsável indireta por aumentar ou reduzir o preconceito social, dependendo do tipo de notícias que são veiculadas. Por exemplo, a exposição repetitiva nos meios de comunicação de aspectos concernentes ao desemprego, à violência, etc., pode ativar sentimentos ou atitudes

negativas frente a grupos sociais de imigrantes.

Dessa forma, para Bento (1996) a discriminação racial teria como um dos motivos principais, a manutenção e a conquista de privilégios de um grupo sobre outro, independentemente de ser intencional ou apoiada em preconceito. Aqui, podem-se distinguir duas formas de discriminação: uma fundada no preconceito e outra em interesses.

A discriminação fundada em interesses se manifesta cotidianamente em nossas vidas, pois se percebe que os indivíduos manifestam indignação quando acontece alguma violação de direitos humanos, mas geralmente essa indignação acontece quando a violação afeta o grupo de pertença. Jodelet (1999) estudou o que faz com que pessoas que cultuam valores democráticos e igualitários aceitem a injustiça quando essa incide sobre aqueles que não são seus pares ou que não são como eles. Segundo ela, temos uma necessidade de pertencimento social, e a forte ligação emocional com o grupo ao qual pertencemos nos leva a investir nele nossa própria identidade. Assim, a imagem que temos de nós próprios está vinculada à imagem que temos do nosso grupo, o que nos leva a defender seus valores, e a excluir os que não pertencem a ele.

Essa exclusão pode ser compreendida como o descompromisso político com o sofrimento do outro. Acontece também aqui, o distanciamento psicológico em relação aos excluídos, bem como, uma ausência de compromisso moral, que ocorre quando indivíduos ou grupos são vistos e colocados fora do limite em que vigoram regras e valores morais. A exclusão moral é marcada, portanto, pela desvalorização do outro como pessoa, e ao final, como ser humano também. Isso nos leva a pensar em um grupo de pessoas sem valor, indignos, e, portanto passíveis de serem prejudicados ou explorados.

De acordo com Mazzara (1998) é muito vasta a gama de possíveis atitudes e comportamentos de hostilidade social que podem ser conduzidos com relação ao

pertencimento de grupo do indivíduo. Para o autor existem algumas formas de analisar tal fenômeno, porém pensar em explicações baseadas somente na hostilidade frente ao novo como algo homogêneo para todos os grupos sociais, e potencialmente “natural” para os homens seria uma forma reducionista de análise.

Assim, um exemplo típico de um uso distorcido da explicação psico-cultural seria utilizar a força do pertencimento grupal para ocultar toda uma série de outras causas de natureza histórica, econômica e política para explicar os conflitos interétnicos que acontecem atualmente. Essas causas estão geralmente interligadas com a responsabilidade dos países industrializados e ricos e sua massiva intervenção para o controle das matérias primas e dos mercados, sua imposição de um modelo de desenvolvimento (do ponto de vista tecnológico, social, político e financeiro) totalmente estranho às realidades culturais locais, os enormes ganhos com a venda de armamento para tais conflitos, além de uma imposição predatória na relação entre países do Norte – ricos e do Sul – pobres no mundo.

Nesse quadro de conflitos interétnicos mundiais, Mazzara (1998) destaca a preocupação com a indissolubilidade de uma das barreiras mais importantes e visíveis: aquela que separa os homens com a pele negra daqueles com a pele branca. O autor aponta para o fato de que em vários países (EUA, Inglaterra, França, África do Sul) são ainda visíveis as dificuldades reais de integração social entre co-nacionais brancos e afrodescendentes, que são produto histórico de colonizações, imigrações, etc. E ao invés da dissolução dessas barreiras, observa-se o ressurgimento de teorias racistas que tendem a reproduzir a antiga questão da superioridade intelectual dos brancos.

Sobre este aspecto, observa-se um fenômeno em crescimento em países da Europa, sobretudo na Alemanha e na França, mas também na Itália, de grupos como os *skinheads* ou os *naziskin*, que integram concepções xenófobas às suas práticas violentas contra

imigrantes. Na Alemanha, em um período de dez meses morreram mais pessoas vítimas de agressões deste tipo, do que em 20 anos de luta política armada. Além disso, os jovens estão mais propensos a participarem deste tipo de manifestação, pois de acordo com De Marchi (1993), 76% das agressões de tipo étnico-racial envolveram jovens com idade entre 18 e 23 anos.

Os efeitos do preconceito e da discriminação são arrasadores para os indivíduos, mas quando estes atingem grupos sociais de jovens e adolescentes, os resultados são ainda mais catastróficos, visto que a adolescência é um período em que se está organizando seus próprios valores e crenças na medida em que se vai construindo sua identidade. Fazer parte de grupos socialmente marginalizados e muitas vezes maltratados, neste momento da vida pode acarretar em dificuldades de se constituir como identidade e identidade de gênero, dificultando ainda a adoção de práticas preventivas e de negociação por sexo seguro, aumentando assim a vulnerabilidade de jovens com relação ao HIV/Aids.

2.2 – A Identidade Social e a Identidade Étnica

Para Lévi-Strauss (1981), a identidade é uma espécie de “fundo virtual” ao qual os indivíduos obrigatoriamente se referem para explicar os acontecimentos de sua vida, sendo, porém, sua existência puramente teórica: “(...) é a existência de um limite ao qual não corresponde na realidade nenhuma experiência” (Lévi-Strauss, 1981, p. 369).

Já a teoria da Identidade Social interpreta o fenômeno intergrupo como uma estrutura orgânica. De acordo com esta teoria, a interação social pode ser encontrada ao longo de um continuum interpessoal/intergrupo, onde a polaridade interpessoal contém os encontros nos quais os participantes interagem com base em suas características pessoais.

Enquanto no pólo do intergrupo, se podem encontrar relações totalmente baseadas no fato dos indivíduos serem membros de uma dada categoria. De forma geral, todas as relações humanas podem ser enquadradas dentro deste continuum, no entanto, comportamentos que se encontrem mais próximos dos extremos (interpessoal/intergrupo), são mais fáceis de serem identificados, embora, sejam menos observados na realidade. Mesmo assim, é mais freqüente encontrar comportamentos mais próximos do pólo intergrupo do que do interpessoal (Tajfel, 1981). E nessas situações, os comportamentos de membros de um grupo em relação aos membros do outro grupo, serão substancialmente uniformes, com uma tendência a tratar os membros do “outgroup” como elementos indiferenciados de uma mesma categoria, sem reconhecer as diferenças que existem entre os indivíduos.

O estudo da Identidade Social pressupõe ainda, a análise do processo de categorização. A categorização é o processo através do qual os indivíduos agrupam objetos em classes equivalentes, observando as semelhanças entre os membros desta classe e as suas diferenças com relação aos membros das outras classes. Assim, a identificação de pessoas como pertencendo a um mesmo grupo ou a grupos diferentes, possibilita aos indivíduos poderem antecipar como um membro particular de um grupo é e como ele se comportará, embora sejam percebidos aspectos inexistentes ou que se deixe de perceber aspectos peculiares naquela pessoa (Hamilton, 1979).

Dessa forma, a categorização de pessoas em *ingroup* e *outgroup* resulta em atribuições intergrupais que definem os comportamentos sociais. Essa categorização acontece, na maioria das vezes com a tendência em valorizar o seu grupo e a desvalorizar o outro, como consequência da dinâmica própria da identidade social originadora da diferenciação grupal (Tajfel, 1981).

Além disso, o ato de categorizar-se ou de reconhecer-se como parte de um

determinado grupo social é objetivado através do discurso e depende do reconhecimento daquele que enuncia, bem como do reconhecimento que lhe concedem os membros do próprio grupo, além das propriedades econômicas e ou culturais que eles têm em comum. Dessa forma, as propriedades chamadas “subjetivas” (sentimento de pertença) são mescladas às propriedades “objetivas” (território, ascendência, língua, religião, etc) (Bourdieu, 1989).

Nesse sentido, a autodenominação “afro” está sendo cada vez mais empregada para afirmar poder e atribuir ao grupo características positivas que lhe foram negadas, funcionando como ressignificação semântica do termo “negro”. Através desse jogo de atribuições de sentido e de negociação de sentidos atribuídos, por definições endógenas e exógenas, a nomeação pode ser considerada mais que apenas um aspecto revelador das relações interétnicas, mas entendida como sendo ela mesma, produtora de etnicidade (Poutignat & Streiff-Fernartt, 1995). Assim, a categoria “afrodescendentes” é utilizada neste trabalho, por ser mais inclusiva, além de não se referir apenas à cor, mas também à etnicidade.

Portanto, de acordo com essa perspectiva teórica de Bourdieu, quando se pensa sobre definições de certa categoria social, imagina-se uma comunidade que partilha uma “identidade”. Porém para Ribeiro (2002) deve-se evitar o risco de reduzir as diferenças que possam existir no interior de um grupo social, reduzindo-o a uma homogeneidade histórica e circunstancialmente definida, pois as regras de pertencimento são constantemente contestadas, de dentro e de fora dos grupos, visto que enquanto limites definidores de categorias sociais são produtos do pensamento, do discurso e da ação destes indivíduos, sofrendo assim variações contínuas ao longo do tempo e da história através das experiências vividas.

Apesar deste cuidado para não se homogeneizar os grupos, sabe-se que a necessidade de pertencer a grupos valorizados socialmente e a busca por inclusão social têm se manifestado como característica comum principalmente entre jovens, e de acordo com Hopeyhaynm (2001), marca uma tensão entre a tendência à valorização de identidades específicas e uma tendência à individualização. Dessa forma, a questão da auto-identificação, bem como a maneira como os sujeitos são vistos, chamados e representados, envolve uma complexa rede de fatores com uma constante negociação de valores e atributos identitários, através dos quais seus membros julgam se definirem.

A identidade étnica seria, portanto, um tipo particular de identidade social. E sobre essa, Oliveira (1976) propôs o conceito de Identidade Contrastiva, como sendo seu núcleo principal:

“A identidade contrastiva parece se constituir na essência da identidade étnica, i. e; a base da qual esta se define. Quando uma pessoa ou grupo se afirma enquanto tais, o fazem como meio de diferenciação em relação a alguma pessoa ou grupo com que se defrontam. É uma identidade que surge por oposição. Ela não se afirma isoladamente. No caso da identidade étnica, ela se afirma ‘negando’ a outra identidade, ‘etnocentricamente’ por ela visualizada” (Oliveira, 1976, p. 5-6).

Para Weber (1992) a origem de uma ação comunitária (que expressa um sentimento coletivo em um grupo determinado), é ocasionada geralmente por fatores externos que de alguma forma se diferenciam dos fatores internos. Em se tratando de identidades étnicas, a ação comunitária que visa a diferenciar etnicamente um grupo, segue o mesmo caminho. A identificação étnica ocorre através de um encontro com elementos externos contrastivos que organiza internamente um sentimento comum entre os membros do grupo, pois tal sentimento condensa numa crença grupal uma mesma origem. De acordo com Saraiva de Souza (2002) ao fazer essa afirmação, Weber despe a importância dos traços somáticos como essenciais para identificar um grupo étnico, pois para ele (Weber), a identidade étnica

se fundamenta numa construção histórica e coletiva de um sentimento que os indivíduos de um grupo nutrem e que expressa um pertencimento a uma mesma procedência.

Como Weber, Barth (1976) também enfatiza a importância dos fatores externos para uma organização social dada buscar sua afirmação étnica, desconstruindo a noção de que os traços culturais podem constituir os limites de identidade dos grupos étnicos. Para este autor, os limites dessas identidades não podem circunscrever uma cultura objetiva, principalmente porque as culturas reelaboram constantemente suas formas e seus significados através das interações sociais, que, como muitos pensam, não acarretam aculturação. O que ocorre é justamente o inverso: elas se tornam mesmo as razões da elaboração de novos sentidos culturais e de contrastes de identidade:

“... as distinções étnicas não dependem de uma ausência de interação social e aceitação, mas são, muito ao contrário, freqüentemente as próprias fundações sobre as quais são levantados os sistemas sociais englobantes. A interação em um sistema social como este não leva ao seu desaparecimento por mudança e aculturação; as diferenças culturais podem permanecer apesar do contato interétnico e da interdependência dos grupos” (Barth, 1976, p. 42).

Para Barth os grupos étnicos são vistos como uma forma de organização social, onde um traço fundamental pode tornar-se a característica da auto-atribuição ou da atribuição por outros a uma categoria étnica. Sendo que uma atribuição categórica é uma atribuição étnica quando classifica um sujeito em termos de sua identidade básica mais geral, geralmente determinada por sua origem e seu meio ambiente. “Na medida em que os atores usam identidades étnicas para categorizar a si mesmo e aos outros, com objetivos de interação, eles formam grupos étnicos nesse sentido organizacional” (Barth, 1976, p.50).

Dessa forma, de acordo com Saraiva de Souza (2002) os traços culturais criam matizes para a organização e a interação política, matizes essas que, além de serem eleitas pelo próprio grupo, muitas vezes são estigmas reelaborados internamente e transformados

em emblemas de distinção étnica.

.2.3 - Risco, percepção de risco e vulnerabilidade.

Os fatores associados ao risco em relação à aids vão além do conhecimento sobre a prática de sexo seguro e o conhecimento do risco em si, pois no momento em que o indivíduo necessita tomar uma decisão diante de uma situação, o estado emocional e cognitivo pode influenciar na avaliação dos riscos e, conseqüentemente, em sua decisão no uso do preservativo (Foreman, 2003; Gutnik, Hakimzada, Yoskowitz & Patel, 2006).

É importante fazer uma diferenciação entre os conceitos: risco, percepção e percepção de risco. O risco possui uma natureza subjetiva e representa uma mistura de conteúdos científicos e de fatores psicológicos, sociais, culturais e políticos importantes. Já a percepção é enfocada de acordo com critérios subjetivos elaborados pelo sujeito. E a percepção de risco deve ser examinada a partir das opiniões que os indivíduos experimentam quando devem, de diversas maneiras, avaliar as tecnologias, substâncias ou atividades com mais ou menos riscos (Chauvin & Hermand, 2006).

De acordo com Chauvin e Hermand (2006) estudos sobre percepção de risco tendem a buscar respostas para duas questões: por que certas atividades, substâncias ou tecnologias são percebidas com mais riscos que outras pela população em geral e por que certos indivíduos percebem um conjunto de atividades, substâncias ou tecnologias mais arriscadas que outros indivíduos? Após três décadas de pesquisa sobre a percepção de risco, existem evidências de resposta para a primeira questão, mas quanto à segunda, os autores argumentam que os dados são insuficientes e confusos. Assim, em relação aos principais achados referentes à primeira pergunta, a percepção de risco é afetada por duas variáveis:

sociodemográficas e psicossociais. As variáveis sociodemográficas são: gênero, idade, experiência com a tecnologia científica, nível de instrução, profissão, nível de renda, orientação política e ciclo de vida; e as psicossociais são: *status*, mídia, visão de mundo, ansiedade, confiança social, crenças religiosas e personalidade.

Assim, o conceito de risco se refere mais diretamente à possibilidade de contaminação, segundo Cochran e Mays: “O risco da infecção pelo HIV para qualquer indivíduo depende não somente da ocorrência de comportamento de alto risco, mas a performance para este comportamento no meio onde o HIV está presente (...) a possibilidade da infecção é influenciada por muitos fatores, incluindo a região geográfica onde o indivíduo reside, o uso ou não de drogas injetáveis, o número de parceiros sexuais, e os tipos e práticas sexuais, entre outros”.²¹ (Cochran & Mays, 1989, p. 8)

Para Mann, Tarantola e Netter (1993), biologicamente todos são vulneráveis ao HIV, uma vez que exposto ao vírus através do ato sexual ou do contato com sangue contaminado, há grande probabilidade de infecção.

Porém diferenças sociais acabam configurando diferentes vulnerabilidades à infecção pelo HIV e, por conseguinte, à aids. Por vulnerabilidade podemos entender:

“(...) avaliar objetivamente as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema” (Ayres, 1999, p.65).

Este termo surgiu como uma tentativa de compreender as possibilidades que uma pessoa ou grupo tem de se infectarem pelo vírus da aids. Ela se divide em dois aspectos: individual e coletiva.

²¹ Tradução feita pela autora.

Segundo Ayres e cols. (1999) a vulnerabilidade individual consiste em três pressupostos: a) Qualquer indivíduo é passível de contaminação de acordo com seus valores pessoais e recursos preventivos em determinada época de sua vida; b) Quanto maior o amparo social e assistência à saúde de que os indivíduos dispuserem menor a morbidade, invalidez e morte; c) Questões de ordem cognitiva, comportamental e social afetam diretamente a vulnerabilidade individual;

A vulnerabilidade coletiva se divide em programática e social. A primeira consiste nas ações do Estado pelos seus programas de prevenção à aids, que fazem uma ligação entre os planos individual e social. São muitos os critérios para a avaliação destas ações. Segundo Ayres e cols., (1999) a vulnerabilidade social é avaliada por muitos indicadores sociais elaborados pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD). A partir de oito índices se definem critérios para a classificação da vulnerabilidade entre alta, média e baixa. São eles: acesso à informação; gastos com serviços sociais e da saúde; mortalidade antes dos cinco anos; situação da mulher; índice de liberdade humana; relação entre despesas militares e gastos com educação e saúde; índice de desenvolvimento humano.

De acordo com Azevedo (2005) além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), os afrodescendentes tanto no Brasil, quanto na França, vivem em constante estado defensivo. Essa necessidade de integrar-se e ao mesmo tempo proteger-se dos efeitos negativos da integração podem provocar doenças físicas e psíquicas, comportamentos inadequados e falhas na prevenção de doenças (vulnerabilidade individual).

2.4 - Adolescência, sexualidade, gênero e aids.

A adolescência é um período que marca a passagem da infância à vida adulta dos indivíduos, porém, de acordo com Toneli (2004) persiste na nossa sociedade um discurso “adultocentrado”, prescritivo e normalizador que atribui à adolescência um caráter essencialista e a-histórico incluindo características como irresponsabilidade, instabilidade, rebeldia, imaturidade, marcando uma etapa do ciclo vital definida em termos de faixa etária através de um viés organicista. Definida dessa forma, a adolescência parece mais um fenômeno circunscrito às populações de camadas médias e elites urbanas submetidas à influência do discurso médico (Rios, Pimenta, Brito, Terto Junior & Parker, 2002) e ao individualismo moderno conforme o modelo dumontiano já citado (Heilborn, 1998).

Heilborn (2004)²² acredita que é inevitável pensarmos que a concepção social das idades muda de acordo com as camadas às quais pertencem os jovens. Para a medicina, a idade é cronológica e está associada à psicologia do desenvolvimento. Mas as condições sociais e o ambiente cultural têm variações distintas sobre o que é a idade de cada indivíduo. As meninas de camadas populares são, por exemplo, incorporadas nas atividades domésticas desde cedo, enquanto que as de camadas médias não o são; os meninos de camadas populares trabalham desde cedo, vendendo doces nos sinais de trânsito, engraxando sapatos, etc, enquanto os de camadas médias jogam jogos eletrônicos com seus amigos. Então, pode-se afirmar que a infância e a adolescência são também construídas através das condições financeiras e sociais dos sujeitos.

Para Toneli (1997) na medida em que cresce, a criança apropria-se do saber socialmente produzido, através das ações partilhadas com os outros significativos a ela,

²² Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil. Comunicação pessoal – UFSC – 30/08/2004.

incorporando as significações a elas atribuídas e modificando-as conforme sua vivência particular. Ao mesmo tempo em que se apropria destes saberes, a criança vai modificando a si mesma, enquanto organismo biológico e enquanto sujeito cultural, produzido e produtor de cultura.

É na relação com os pais, a família e a sociedade, que as crianças e os adolescentes vão se apropriando dos recursos sógnicos já existentes, além é claro de construírem as suas próprias significações. Enquanto isso, atos interindividuais criados nas situações partilhadas, progressivamente convertem-se em ações intraindividuais e assim vão se construindo as identidades das crianças e jovens.

Durante este processo, também vão se constituindo as identidades de gênero, que pode ser compreendida, segundo Toneli (1997) como uma das facetas da identidade do sujeito. E sendo gênero uma categoria relacional e sócio-histórica, deve-se considerar “a constituição da identidade de gênero como um percurso constituinte e constituído na trajetória do sujeito interativo, a partir das inúmeras relações que este sujeito traça com os outros significativos que partilham mediata ou imediatamente sua experiência” (Toneli, 1997, p 5).

O conceito de gênero refere-se à construção social da sexualidade, ou seja, as qualidades de ser homem e de ser mulher são condições realizadas pela cultura (Heilborn, 1996). Em função disso, uma incoerência cultural revelada na naturalização das diferenças de comportamento de gênero pode levar os jovens a um maior risco de exposição ao HIV/Aids. Presentes nas relações afetivas entre os adolescentes, essas diferenças que caracterizam a desigualdade e conferem prestígio e extremo poder ao homem, enquanto desvalorizam e violentam a mulher, dificultando o acordo quanto à utilização do preservativo nas relações sexuais.

Além disso, estas diferenças culturalmente estabelecidas entre meninos e meninas, acabam por favorecer a atividade sexual precoce com diferentes conotações para rapazes e moças. Em pesquisa realizada com adolescentes por Taquette, Ruzany e Meirelles (2003) verificou-se que a idade em que iniciam a vida sexual é entre 11 e 15 anos. A maioria dos participantes relata que os jovens "ficam" mais do que namoram, e que os rapazes são mais interessados em "sexo" e as moças em relacionamentos mais profundos, com amizade entre os parceiros. Os rapazes relatam ter de "transar" logo, devido à pressão dos amigos. Segundo Heilborn (2004), isso acontece porque ainda há no Brasil a concepção de que deve existir certo "resguardo" feminino para começar a vida sexual, enquanto que há uma pressão cultural para que os meninos a iniciem logo. Essa ideologia sexista é tão forte no nosso país, que atravessa as classes sociais com um peso muito grande. Existem, portanto, os chamados "roteiros culturais" através dos quais a cultura cria mapas coletivos que vão delineando as escolhas sexuais dos jovens desde muito cedo.

E nesta hierarquia de gênero, a supremacia masculina refere-se à força, violência, virilidade, "macho potente" que não se furta à qualquer oportunidade de ter uma relação sexual (Taquette, Vilhena & Paula, 2004). Ser homem, portanto, significaria soberania, repudiar o feminino, não revelar sentimentos e arriscar sempre, mesmo por meio de violência (Garcia, 1998). E ser mulher, associa-se à passividade frente ao abuso sexual, submissão, cuidado e temor em relação ao homem, enfim, resignação ao papel cristalizado de objeto do controle masculino (Mota, 1998). A desigualdade de poder nas relações entre homens e mulheres é um dos motivos da dificuldade que ambos têm em discutir formas seguras de exercer a sexualidade (Villela, 1998), expondo-os por consequência às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à aids.

A disseminação do HIV/Aids entre os jovens tem se constituído em sério problema de saúde pública mundial, pois, no mundo, 1 entre cada 20 adolescentes contrai algum tipo de doença sexualmente transmissível a cada ano. Diariamente sete mil jovens são infectados pelo HIV, num total de 2,6 milhões por ano, o que representa a metade dos casos registrados²³.

De acordo com a UNAIDS (1998), os jovens de 10 a 24 anos representam mais de 30% da população nos países em desenvolvimento, onde a epidemia se concentra. Se a progressão do HIV atingir esta enorme população de jovens, os países em desenvolvimento deverão enfrentar os custos humanos e econômicos enormes que se associam a um número imenso de casos de aids nos adultos. Além disso, dados demonstram que a vulnerabilidade específica dos jovens à epidemia é mais grave, pois a metade daqueles que se infecta na adolescência não chega até os vinte e cinco anos²⁴.

Podem-se considerar vários fatores envolvidos na maior vulnerabilidade dos adolescentes, tais como: drogas, álcool e violência, além disso, jovens de camadas populares têm acrescido outros agravantes tais como a pobreza, a desigualdade social, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, dentre outros. Alguns estudos enfocam a relação entre o uso de drogas, violência e um maior risco de DST/Aids (Deans & Singh, 1999; Joseph et al., 1999). Sabe-se ainda que adolescentes que usam álcool são sexualmente mais ativos, têm um maior número de parceiros e iniciam a atividade sexual mais cedo (Bayley et al., 1999). O uso de bebidas alcoólicas também contribui para a diminuição do uso de preservativo, aumentando assim os riscos de DST/Aids (Fergusson, 1996). Constatou-se também que o adolescente usuário de álcool e/ou drogas parece

²³ <http://www.unaids.org/wac/1998/index.html>

²⁴ <http://www.unaids.org/wac/1998/index.html>

atribuir-se poderes ilimitados. As drogas ilusoriamente supririam tudo o que desejam, levando-os a se sentirem invulneráveis a quaisquer riscos e sofrimentos. Imunes ao perigo, eles não se previnem em relação às DST/Aids.

Segundo Taquette, Ruzany e Meirelles (2003) os jovens em geral se preocupam pouco com DST/Aids, pois não acreditam que possam ser infectados e geralmente não pensam no futuro. Os próprios adolescentes afirmam que existem bastantes informações sobre DST/Aids, mas que mesmo assim, eles não buscam se manterem informados. E com relação ao sexo, adolescentes homens e mulheres o relacionam com algo bom e prazeroso, admitindo que ambos sabem da importância da prevenção de doenças e gravidez, mas apenas as moças se preocupam em "transar" só quando estiverem preparadas. Dessa forma, a percepção do risco e a tomada de decisão sobre os comportamentos preventivos a adotar passam pela articulação entre as informações de prevenção veiculadas na sociedade e as representações preexistentes na estrutura social concernente à sexualidade e ao amor e / ou à origem da aids.

Todas estas especificidades das vulnerabilidades de jovens com relação ao HIV/Aids tendem a se agravar entre os adolescentes de camadas populares. Em pesquisa realizada por Heilborn (1999) sobre a sexualidade de homens e mulheres habitantes de uma favela do Rio de Janeiro, observou-se que a iniciação sexual de rapazes dos setores populares tende a ser em média quatro a cinco anos mais precoce do que os de camadas médias. Isso se dá porque a rotina escolar tende a preencher de maneira mais intensa a vida dos jovens de camadas médias, enquanto que para os de camadas populares o início da atividade sexual marca uma mudança de status e da percepção de “ser homem”, fato este que acaba por aumentar a exposição ao vírus HIV destes adolescentes.

Para as moças de camadas populares, a condição financeira também influencia em maior exposição à infecção, pois em pesquisa realizada por Monteiro (1999) na favela do Vigário Geral, no Rio de Janeiro, observou-se que o casamento e a maternidade precoces são parte da rotina das jovens, já que a vida conjugal e os filhos são para elas, capazes de fornecer apoio, segurança e companhia. O casamento e a maternidade são valores centrais em seus projetos de vida, e para realizar este projeto, elas abandonam seus estudos para reproduzir o papel feminino que consideram tradicional. Enquanto isso, a trajetória dos rapazes é marcada pela internalização de expectativas sociais, em relação à função masculina tradicional de provedor, no valor do trabalho em detrimento dos estudos e no adiamento da constituição de núcleo familiar.

Os relatos dos jovens nesta pesquisa revelam, portanto, profundas diferenças nos valores e práticas sobre sexualidade de moças e rapazes de camadas populares. Além da baixa escolaridade e conseqüentemente baixa informação sobre HIV/Aids, e dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde, tal hierarquia de gênero, onde o masculino predomina sobre o feminino, dificulta a negociação por sexo seguro e expõe os jovens a risco de infecção por esta doença.

2.5 - Aspectos bio-psico-sociais da saúde

A psicologia da saúde segundo Fisher (2002), é um domínio da psicologia que estuda saúde e doença procurando reconhecer o papel dos fatores físicos, sociais e biológicos, bem como os níveis de interação entre eles nas diferentes situações de vida em que são colocados em jogo os comportamentos de saúde (prevenção de comportamentos arriscados e estilos de vida sadia, doença e estratégias de adaptação, etc).

Para Zani (2002) a psicologia da saúde pretende adotar uma visão diferente da psicologia tradicional, que utiliza o modelo biomédico, onde a doença é vista como uma desviação do sistema de variáveis biológicas mensuráveis. Adota-se, portanto um novo modelo, chamado de “biopsicosocial”, de tipo integrado, baseado na teoria geral dos sistemas.

O modelo “biopsicosocial” pretende superar o velho dualismo entre corpo e mente e a concepção simplista de causas individuais e de seqüências unilineares no curso do desenvolvimento da doença, colocando em evidência a interação dinâmica de múltiplos fatores que estão na base da degradação da saúde. Sendo assim, esse modelo defende a idéia de que fatores biológicos, psicológicos e sociais são todos determinantes importantes da saúde e da doença e o diagnóstico médico deve sempre levar em conta a interação de tais fatores quer na avaliação da saúde, quer ao fazer recomendações para tratamento. Dentro desse modelo “biopsicosocial”, existem algumas teorias que explicam a adoção de comportamentos preventivos pelos indivíduos, possibilitando uma melhor compreensão da relação entre o conhecimento e as práticas de prevenção.

Godin (1991) faz uma descrição das principais teorias explicativas da adoção de determinados comportamentos pelos indivíduos. Segundo ele, no modelo das crenças sobre saúde (health belief model de Becker) a percepção de uma ameaça é o que explica o comportamento preventivo; No entanto, para o modelo da ação refletida de Fishbein e Ajzen, é a intenção composta pelas atitudes sobre o comportamento e pelas normas subjetivas (originadas da relação com pessoas influentes para o indivíduo) que leva à adoção do comportamento; Para o modelo dos comportamentos interpessoais de Triandis, é uma complementaridade entre a intenção, o hábito e as condições facilitadoras ou complicadoras da conduta que agem; e para o modelo do comportamento planejado de

Ajzen e Madlen, a percepção que a pessoa tem do seu controle sobre o comportamento é bastante relevante nas suas ações preventivas.

Dessa forma, segundo, Stroebe e Stroebe (1995), se a auto-eficácia relativa a um determinado comportamento for sensivelmente elevada em uma população, o fato de se fornecer informações que aumentem a percepção de vulnerabilidade ou a gravidade da doença em questão, vai aumentar a motivação destas pessoas para a prevenção e, portanto também a intenção de agir. Por outro lado, quando a auto-eficácia é baixa, ou seja, quando as pessoas sentem que não são capazes de realizar uma determinada ação, tal aumento da percepção da vulnerabilidade não determinará um aumento das intenções de se proteger. Por isso, sabe-se que ao invés de se enfatizar o risco, será mais eficaz fornecer aos indivíduos informações que aumentem a sua auto-eficácia.

Dentre os modelos citados, o utilizado no conjunto de pesquisas desta Tese de Doutorado é o já citado Modelo de Ação refletida de Fishbein e Ajzen (1975), motivo pelo qual faz-se necessário uma maior explicitação do mesmo neste momento. De acordo com Stroebe e Stroebe (1995), essa teoria é um dos modelos de comportamentos mais gerais da psicologia social, além disso, foi enormemente testada e mostrou ser eficaz na previsão de uma grande variedade de comportamentos.

Essa teoria prevê a intenção comportamental e supõe que o comportamento é função desta intenção. Uma intenção comportamental é determinada pela atitude do sujeito em relação ao desempenho do comportamento e por normas subjetivas. Portanto, as intenções das pessoas com relação ao uso do preservativo, por exemplo, dependerão das suas atitudes com relação ao uso do preservativo, que por sua vez resultam das suas crenças sobre as conseqüências desse uso ou não uso. A atitude de uma pessoa com relação ao uso do

preservativo será então função da percepção da probabilidade de que o uso / não uso está associado com determinadas conseqüências.

A percepção das conseqüências do uso / não uso do preservativo pode, portanto afetar a intenção de usá-lo ou não, mas apenas se os indivíduos acreditarem que as conseqüências negativas do não uso podem recair sobre si próprios. Se alguém estiver convencido de que tem poucas probabilidades de se contaminar pelo HIV (devido a uma constituição física particularmente resistente, ou a que o parceiro não é portador do vírus, etc) apesar de o não uso do preservativo ser um comportamento em geral não recomendado, isso não afetará o comportamento do indivíduo nesse sentido.

Com relação à crença de invulnerabilidade, o psicólogo social norte americano Weinstein (Weinstein, 1980; 1984; 1987) estudou o que ele denomina ilusão de invulnerabilidade, que é uma tendência largamente difundida e que consiste em um indivíduo se perceber como invulnerável em face de acontecimentos negativos além de uma superestimação da experiência dos momentos de vida positivos. No campo da saúde, esta crença se traduz pela minimização do risco de doença percebido.

Para Morin e Apostolidis, (2002) existem diferentes tipos de estratégias de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis utilizadas pelos indivíduos em diferentes momentos de suas vidas. Essas estratégias (seletividade de parceiros, utilização do preservativo, conhecimento do outro, etc.) não se excluem mutuamente. Elas coexistem na mesma trajetória individual em diversas situações e fases em função da relação com o outro, e da gênese dos estados afetivos, como o medo, a razão, a confiança ou o desejo. Porém para Stroebe e Stroebe (1995) uma prevenção eficaz deve conseguir alterações em larga escala nos estilos de vida, baseando-se nos meios de comunicação de massas e na

aplicação das técnicas da psicologia social relativas às mudanças de comportamento e de atitude.

Com relação ao risco incorrido pelos jovens, Jessor e Jessor (1977) estudaram a etiologia psicossocial dos seus “comportamentos-problema” - aqueles comportamentos considerados inapropriados ou indesejáveis pela sociedade. Esses autores consideram os comportamentos-problema como uma classe de comportamentos susceptíveis de variação para formar uma síndrome específica.

Esse modelo inclui três sistemas internos ao sujeito e em interação: a) o sistema de personalidade que compreende o próprio sujeito em três subsistemas (motivações, crenças e valores, atitudes e sentimentos de controle face aos comportamentos desviantes); b) o sistema do ambiente percebido formado por dois subsistemas: a estrutura distal, que inclui o suporte parental percebido, a natureza das relações percebidas entre os amigos e os parentes, e a estrutura proximal que leva em conta a atitude percebida dos parentes em relação ao comportamento-problema e à atitude percebida dos amigos; c) O sistema comportamental que reúne a estrutura dos comportamentos problemáticos (uso de drogas, precocidade sexual, etc.) e a estrutura dos comportamentos convencionais (performances escolares, engajamentos ideológicos, religiosos, etc.).

Cada um desses três sistemas é constituído por forças opostas que traduzem orientação tradicional ou ao contrário, anticonvencional do sujeito. A esses sistemas internos se somam ainda duas outras estruturas externas consideradas antecedentes (características sócio-demográficas do ambiente do jovem) ou fundantes (modos e clima de socialização pela família, os amigos, etc.).

A aids é uma doença que atualmente só pode ser prevenida através da adoção de certos comportamentos pelas pessoas. Portanto, segundo Stroebe e Stroebe (1995) os

programas que tem por objetivo a mudança de comportamentos são, no momento, a única estratégia possível para deter esta epidemia. Para isso, é necessário que primeiro conheçamos as teorias do senso comum (representações sociais) dos jovens e as suas práticas em relação ao HIV/Aids em profundidade, para depois poder propor alternativas e mudanças de comportamentos.

2.6 - A teoria das representações sociais.

De acordo com Amâncio (2001) as teorias psicossociais que têm guiado os programas de prevenção da aids, sobretudo nos EUA, são limitadas porque geralmente não levam em conta as diferenças de gênero que influenciam os comportamentos sexuais. As teorias são ainda muito individualistas, dificultando o entendimento da relação entre fatores externos (econômicos, culturais, políticos) e os comportamentos individuais. Isso faz com que seja necessário, por exemplo, modificar e adequar as campanhas preventivas de acordo com a região e a cultura das várias localidades, e com a população que se deseja atingir (Amaro, 1995). Segundo Amâncio, (2001) o predomínio de explicações intrapsíquicas, como o modelo de atitudes e os modelos da androginia e cognitivistas (esquemas e scripts) dos anos 80, se voltavam para o indivíduo ou para o interior dos grupos de sexo, acentuando a polarização das diferenças entre homens e mulheres, a confusão entre sexo e gênero e a bipolaridade das categorias de sexo.

Faz-se necessário, portanto, deslocar o alvo de interesse do âmbito individual para os processos nos quais acontece a construção das identidades, das masculinidades e feminilidades. Segundo Amâncio (2001), isto é possível no âmbito da teoria das representações sociais de Moscovici. Neste quadro pode-se situar a totalidade do conceito

de gênero, na medida em que ele se refere a processos psicossociológicos onde se cruzam uma dimensão mais psicológica e uma dimensão cultural. Com esta teoria pode-se ainda, operar uma verdadeira deslocação de paradigma e compreender a lógica simbólica do gênero e de que modo as pessoas lhe dão sentido na vida quotidiana. Podem-se ainda estudar os processos de construção social das identidades, das masculinidades e das feminilidades, pois a noção de gênero, segundo Grossi e Miguel, (1995) se preocupa em desvincular os papéis sexuais de seu determinismo biológico, desnaturalizando a visão de homem e de mulher ainda existente e questionando a idéia de que haveria apenas um feminino e um masculino. Mais ainda, as noções ligadas ao gênero são vistas como produtos de processos sociais e culturais, na medida em que identidades de gênero (masculinidades e feminilidades múltiplas) diferenciam-se e constroem-se relacional e dinamicamente. È importante, portanto conceber o masculino e o feminino como formas mutáveis e flexíveis, e em interação uns com os outros.

De acordo com Zani (2002) a teoria das representações sociais considera de uma forma diferente as concepções relativas à saúde e às doenças dos indivíduos, pois ela se interessa mais particularmente pela articulação entre os fatores individuais e os fatores sociais mais gerais. Assim, essa teoria insiste sobre a natureza social e coletiva da compreensão que as pessoas têm delas mesmas e de seu mundo.

Essa teoria originou-se na Europa, a partir da publicação por Serge Moscovici (1961), da obra *La Psychanalyse: Son image et son public*. Nela, o autor estudou a representação social da psicanálise, com o objetivo de compreender como a teoria psicanalítica disseminava-se de formas diferentes em diversos grupos.

Segundo Moscovici (1981) “uma representação social é um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana, no curso de comunicações

interpessoais, que funciona como uma espécie de ‘teoria do senso comum’ (p.181). Além disso, as representações são, segundo este mesmo autor (1961), formas particulares de conhecimento que visam tornar familiar o desconhecido. Mais tarde, esta idéia é rerepresentada por Flament (1994), que define representações sociais como um conjunto organizado de cognições relativas a um objeto. Assim, segundo Moliner e Gutermann (2004), pode-se afirmar que a interpretação e a compreensão do ambiente social constituem uma das principais funções desempenhadas pelas representações sociais.

As representações desempenham papel fundamental nas práticas e na dinâmica das relações sociais. Dentre suas funções, Abric (1994) define quatro: saber, orientação de comportamentos e de práticas, justificção de posicionamentos e comportamentos. Quando ocorrem contradições entre as representações sociais e suas práticas respectivas, surgem as relações de conflitos, que podem gerar a transformação de uma ou outra.

Segundo Jodelet (1995), uma representação social sempre está simbolizando algo, uma pessoa, um objeto ou mesmo um acontecimento. Ela não é uma simples tradução da realidade e sim uma nova leitura, uma construção simbólica que faz com que os indivíduos e grupos dêem novos sentidos aos fatos que circundam sua existência: “(...) designa uma forma de conhecimento específico, o saber de sentido comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos gerais e funcionais, socialmente categorizados. Em um sentido mais amplo, designa uma forma de pensamento social” (p. 474).

Para Jodelet (2001) as representações sociais (RS) possuem um espaço de estudo multidimensional, porém de uma maneira geral todos os territórios se reúnem neste esquema: 1- A representação social é sempre a representação de um objeto. Manifestam-se nela as características do sujeito e do objeto; 2- A RS tem uma relação de simbolização e de interpretação com seu objeto, substituindo-o e conferindo-lhe significções. Tem um

caráter de imagem e a possibilidade de poder-se trocar a idéia pelo sensível, ou a percepção pelo conceito; 3- Ela é uma forma de conhecimento: e será apresentada como uma modelização do objeto diretamente legível em diversos suportes lingüísticos, comportamentais ou materiais; 4- Tem um caráter construtivo, ela age sobre o mundo e o outro, desembocando nas suas funções e eficácias sociais; 5 – Elas são práticas.

Moscovici diferencia dois universos: o consensual, formado pelo senso comum e as características da realidade coletiva, e o reificado, formado pelos especialistas, técnicos e cientistas. Segundo Bangerter (1995) o primeiro se caracteriza por ter baixa estabilidade, depender do conhecimento externo, ter definições polissêmicas, ser “profano” e exotérico (conhecimento aberto), enquanto o segundo corresponderia ao “sagrado”, ao científico, ser formal com definições estritas, possuir alta estabilidade, ser “esotérico” (conhecimento fechado) e não depender do conhecimento vindo de fora. As representações sociais correspondem ao universo consensual. Essa é outra grande diferença entre a teoria de Moscovici e o que se vinha fazendo até então, pois a maior parte das pesquisas em cognição social estava mais interessada em entender como lidamos com o conhecimento social reificado, e Moscovici se propõe a resgatar o conhecimento da cognição social, investigando o saber do senso comum. As representações sociais centram-se, portanto no estudo do senso comum, que ele define como: “(...) aquela soma de conhecimentos que constituem o substratum de imagens e significados sem os quais, nenhuma coletividade pode operar” (Moscovici, 1985, p. 8).

Para se entender como funcionam estes universos (consensual e reificado), faz-se necessário identificar quais são os processos que estruturam ou geram uma representação social como um objeto compartilhado por um determinado grupo. Os dois processos que constituem estes universos são: a *ancoragem* e a *objetivação*. Estes processos são

importantes para tornar um fenômeno, de maneira geral, uma representação social, ou um conhecimento que é transformado e partilhado pelo senso comum (Moscovici, 1985).

A *ancoragem* é um processo que possibilita que algo desconhecido seja incorporado ao sistema cognitivo dos indivíduos e associado a algo que eles já conhecem: “Ela permite que algo desconhecido e inquietante, que incita nossa curiosidade, seja incorporado a nossa própria rede de categorias e nos permite compará-la com o que nós consideremos um membro típico desta categoria” (Moscovici, 1985, p.18). Este processo permite, portanto a identificação de algum objeto externo como sendo algo familiar. Esta identificação é quase sempre um juízo de valor, pois que uma nova informação será relacionada com um objeto já conhecido, sob pena de não haver a possibilidade de ancorá-lo, pois este novo conhecimento deve ter decodificação (Oliveira & Werba, 2000).

Segundo Moscovici (1985) ancorar significa classificar. Isto é, quando encontramos um objeto desconhecido, o primeiro passo é classificá-lo com uma palavra que pertença à nossa linguagem. “(...) a representação é basicamente um processo de classificação e nomeação, um método de estabelecer relações entre categorias e rótulos” (Moscovici, 1985, p.19).

A *ancoragem* permite ainda, envolver algo abstrato, desconhecido, em algo concreto, conhecido, seguro. Este fato, segundo Moscovici (1985) nos apropria a atingir o objetivo da sociedade, que seria o de forjar uma categoria tomando um indivíduo como ponto inicial, ou seja, corremos o risco de apressar nossas decisões, avaliando as evidências de forma muito rápida.

A ancoragem está intimamente ligada à noção de grupos sociais, pois segundo Licata, Provost e Linden (2004)²⁵ cada grupo social desenvolve uma cultura e certos valores que lhes são próprios e o diferenciam dos demais. Além disso, o sistema representacional preexistente difere de um grupo para outro. Assim, a integração de um elemento novo dá lugar à elaborações diferentes de acordo com os grupos sociais a que pertencem os indivíduos.

O processo de ancoragem de algo novo ocorre de diferentes formas em diversos grupos de maneira que o novo tome lugar em seu sistema de pensamento. Dessa forma, os católicos vão associar a psicanálise com a confissão, enquanto que os comunistas a associam à burguesia.

“Freqüentemente num contexto de discriminação, a representação elaborada sobre o outro (ou estereótipo) serve para justificar a ação tomada com relação a um indivíduo ou grupo. Existe, por exemplo, nos Estados Unidos uma representação errônea dos brancos sobre os negros como sendo violentos e intelectualmente inferiores. Esta representação contribui para justificar a sorte que lhes é reservada (guetos, acesso limitado a trabalhos de prestígio, etc)” (Licata, Provost & Linden, 2004, p. 3).²⁶

A *objetivação* acontece em decorrência da passagem do tempo. Idéias que antes eram estranhas ou inconcebíveis à comunidade tornam-se aceitáveis, costumeiras em um estágio posterior, com o passar do tempo. Segundo Moscovici (2004), ela é mais ou menos direcionada para fora, para os outros, de onde retira conceitos e imagens para juntá-los e ou reproduzi-los no mundo exterior fazendo coisas conhecidas a partir do que já é conhecido.

Assim, as representações são sempre resultantes do esforço por transformar o estranho em familiar, trazendo para perto o que parecia longe, e transformando em concreto o que era abstrato (Bangerter, 1995). Como no caso da aids, por exemplo, que na década de 80, quando do seu surgimento, era associada somente a determinados grupos de homens

²⁵ <http://www.ulb.ac.be/psycho/psysoc/cours.htm>

²⁶ Tradução da autora.

homossexuais e atualmente está bastante próxima, fazendo parte do cotidiano social e incitando idéias e teorias do senso comum das mais variadas a seu respeito.

Para Tura (2004) a aids como objeto de representações sociais, insere-se no contexto social dinamicamente e pode ser percebida pelos indivíduos como algo que se articula com suas vidas pedindo novas formas de conduta e tomada de posição. Para este autor, ao se refletir sobre a complexidade de relações mantidas pelos indivíduos em seu espaço social, pode-se inferir que as representações têm uma relação intrínseca com o meio, no qual circulam diferentes visões de mundo, ideologias e crenças que mobilizam atitudes e posicionamentos.

Além disso, segundo este mesmo autor (idem), existe em torno da aids uma complexa rede de inter-relações e significados que ao todo, articulam dimensões biológicas, políticas, sociais, culturais, éticas e morais. Ainda interagem nesse meio, interesses políticos e econômicos que interferem nos programas de prevenção e no avanço da ciência. Em torno disso tudo, no plano simbólico, estruturam-se novos significados que determinam mudanças nos comportamentos e marcam as relações sociais, principalmente no que diz respeito à sexualidade.

2.6.1 - Representações sociais e preconceito.

“(...) todos os nossos preconceitos, sejam nacionais, raciais, geracionais ou quaisquer que alguém tenha, somente podem ser superados pela mudança de nossas representações sociais da cultura, da “natureza humana” e assim por diante”. (Moscovici, 2004, p. 66).

Segundo Duveen (2004), enquanto Durkheim pensa as representações coletivas como formas estáveis de compreensão do coletivo, integrando a sociedade como um todo,

Moscovici procurou investigar a própria variação e a diversidade das idéias coletivas nas sociedades modernas. Pois para ele, não existe homogeneidade na sociedade atual, e, além disso, as diferenças refletem uma distribuição desigual de poder, gerando uma heterogeneidade de representações.

Para Moscovici (2004), dentro de todas as culturas existem pontos de tensão, e é nestes pontos de “clivagem no sistema representacional de uma cultura que novas representações emergem (...) nestes pontos de clivagem há uma falta de sentido, um ponto onde o não-familiar aparece. E, do mesmo modo que a natureza detesta o vácuo, assim também a cultura detesta a ausência de sentido, colocando em ação algum tipo de trabalho representacional para familiarizar o não-familiar, e assim restabelecer um sentido de estabilidade” (Moscovici, 2004, p.16).

Freqüentemente as representações sociais têm emergido de pontos duradouros de conflito, dentro das estruturas representacionais da própria cultura. A tensão gerada entre o reconhecimento formalizado da universalidade dos direitos de igualdade a todos os seres humanos e a percepção da sua negação a grupos específicos tem sido um destes pontos de conflito geradores de representações. As lutas sociais surgidas de tais fatos também são lutas para novas formas de representações, já que o fenômeno das representações está diretamente ligado aos processos sociais que envolvem desigualdades (Moscovici, 2004).

Por tanto, as representações podem também contribuir para difundir conteúdos não igualitários entre os grupos. Isso se dá porque elas são prescritivas, isto é, elas se impõem sobre nós com uma força irresistível. Essa força, segundo Moscovici (idem) é o resultado da soma de uma estrutura muito antiga, com uma tradição que decreta o que devemos pensar.

Van Dijk define o racismo como sendo uma forma de “representação social

negativa, sobre grupos étnicos minoritários, compartilhada por membros de um grupo dominante (...) é adquirida, compartilhada ou mudada em situações sociais, e tem uma função de estrutura para a dominação social” (Van Dijk, 1989, p.116). Assim, as representações nos são transmitidas (muitas vezes em nível de imposição) e constituem-se em um

“... produto de uma seqüência completa de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo e são o resultado de sucessivas gerações (...) O peso de sua história, costumes e conteúdo cumulativo nos confronta com toda a resistência de um objeto material. Talvez seja uma resistência ainda maior, pois o que é invisível é inevitavelmente mais difícil de superar do que é visível” (Moscovici, 2004, p. 37-38).

Dessa forma, em todas as interações humanas, sejam elas entre pessoas ou grupos, pressupõem-se representações. Isso acontece porque a tensão entre o familiar e o não-familiar está sempre presente em nossos universos consensuais, favorecendo o primeiro e podendo, portanto dar origem a idéias pré-concebidas e ou preconceituosas: “No pensamento social, a conclusão tem prioridade sobre a premissa, e nas relações sociais (...) o veredicto tem prioridade sobre o julgamento. Antes de ver e ouvir a pessoa, nós já a julgamos; nós já a classificamos e criamos uma imagem dela” (Moscovici, 2004, p. 58).

Essas imagens e representações que a sociedade cria são sempre resultantes de um esforço constante de tornar comum o que era incomum ou não-familiar. E essas idéias com as quais tenta-se compreender o incomum acabam por trazer de volta ao que já era antes, ao familiar. Esse processo confirma e conforta, pois estabelece um sentido de continuidade no grupo ou no indivíduo ameaçado com a falta de sentido (Moscovici, 2004).

Para este autor (idem) é tarefa principal da psicologia social estudar as representações, identificando suas origens e seu impacto sobre a sociedade. Pois quanto menos pensamos em nossas representações, maiores são as influências delas sobre nós.

2.7 – A teoria das Atitudes

Segundo Vela (2000) o conceito de atitudes pretende ser mediador entre a forma de pensar e a forma de agir dos indivíduos, pois tem ligação com os comportamentos. As atitudes permitem identificar o posicionamento de um indivíduo frente à realidade social.

As atitudes possuem três características: a) referem-se a experiências subjetivas; b) são sempre referidas a um objeto; c) incluem uma dimensão avaliativa deste objeto; Além disso, resultam de processos de interação social, de comparação, identificação e diferenciação sociais que nos permitem situar a nossa posição frente a objetos sociais.

Existem três componentes para as atitudes: afetivo, cognitivo e comportamental. Segundo Rodrigues (1996), apesar de serem relativamente estáveis, as atitudes são passíveis de mudança, uma vez que esses três componentes influenciam-se mutuamente em direção a um estado de harmonia, mas qualquer mudança em um deles pode ser capaz de modificar os outros. Segundo Moscovici (2004) as atitudes estão intimamente relacionadas com as representações, pois elas (as atitudes) são uma das dimensões das representações. Além disso, para este autor (idem) os psicólogos sociais estudam as atitudes como um tipo de substituto para o comportamento, seria uma espécie de pré-comportamento, que lhes permitiria prever o comportamento, pois haveria a concepção de que em se podendo prevêê-los, também se poderia modificá-los. Assim, estudando as atitudes de jovens frente ao preservativo, por exemplo, poder-se-ia conhecer previamente seu comportamento com relação ao sexo seguro.

Doise (2001) propõe uma conceituação mais integrada das atitudes, de forma que se articule o estudo do sistema ao nível do indivíduo com o estudo da sua inserção em sistemas de natureza societal. Para esse autor, isso é possível com as pesquisas em

representações sociais, pois elas permitiriam a integração dos estudos de sistemas individuais de atitudes com aqueles que tratam dos sistemas sociais de relação.

Isso se daria no que tange aos dois processos já descritos que caracterizam as representações sociais: a objetivação e a ancoragem. A primeira torna concreto o que é abstrato, a segunda consiste na incorporação do estranho em uma rede de categorias mais familiares.

Para Doise (2001), estudar o processo da ancoragem é importante para os que desejam associar o psicológico e o sociológico, tirando assim as pesquisas sobre atitudes da sua centração exclusiva na organização psicológica individual. Estudar a ancoragem das atitudes nas relações sociais que as geram, significa, portanto, estudá-las como representações sociais.

As atitudes em relação a um objeto possuem estreita ligação com as crenças sobre esse mesmo objeto. Mais ainda, elas são função dos atributos associados a ele e da avaliação desses atributos (Rosenberg, 1960; Fishbein & Ajzen, 1975; Sutton, 1987). Assim, de acordo com Stroebe e Stroebe (1995) supõe-se que a atitude de uma pessoa em relação ao desempenho de certo comportamento (como a utilização do preservativo nesse caso) é função das conseqüências que se prevêm e da avaliação dessas mesmas conseqüências.

De acordo com o modelo de expectativa-valor (Fishbein & Ajzen, 1975) a atitude de um indivíduo em relação a um comportamento, depende dos valores subjetivos ou da utilidade associada aos resultados dessa ação. Assim, a atitude de alguém em relação ao preservativo, por exemplo, terá relação com a probabilidade percebida pelo sujeito (expectativa) do uso do preservativo estar associado com certas conseqüências (proteção, saúde) e avaliação (valor, utilidade subjetiva) destas conseqüências.

A noção de atitudes dentro das representações sociais tem tido relevada importância desde a formulação da teoria por Moscovici (1978), onde era colocado o papel central das atitudes, uma vez que as representações seriam originadas a partir de uma tomada de posição. No entanto, como têm demonstrado recentes estudos da escola estrutural, a relação das atitudes e das representações aponta para uma dependência das atitudes, em relação às representações sociais, e para uma dependência parcial das representações em relação às atitudes. Os estudos realizados por Tafani (2001) e Rateau (2000) mostram como a modificação das representações (ou seja, no núcleo central) provoca uma modificação nas atitudes. A modificação nas atitudes só acontece quando o núcleo central é atacado, sendo infrutífera a modificação de atitudes com o ataque a elementos periféricos. Por outro lado, também foi investigada a forma pela qual a modificação de atitudes implica em uma mudança na representação social (Tafani, 2001), e foi demonstrado, sem ambigüidades, que a modificação da atitude em relação a um objeto afeta somente o sistema periférico da representação, de modo que o núcleo central permanece intacto. Conclui-se, desta forma, que as atitudes são uma dimensão do campo representacional, que remete a um conjunto de modulações individuais de um quadro de referência partilhada.

2.8 - Atribuição de causalidade

Outra forma cotidiana de conhecimento estudada nesta pesquisa são as atribuições de causalidade, que de acordo com Hewstone (2001) são uma trama temporalmente ordenada de causas e efeitos que se conjugam, elas podem estar intimamente relacionadas às representações sociais, uma vez que, ao elaborar as suas representações sociais as

peças podem também dar explicações aos acontecimentos sociais. Dessa forma, as explicações das pessoas sobre os acontecimentos são determinadas por suas representações sociais. Essa abordagem, baseada nas RS enfatiza as bases do saber – seu conteúdo e suas origens sociais - a partir das quais se forjam as atribuições.

As atribuições possuem as seguintes características: a) As pessoas têm a tendência de atribuir a “culpa” ao outro e retirá-la de si mesmo (é uma causa geralmente exaustiva e primeira, a teoria do “bode expiatório”); b) Existe a tendência entre as pessoas em crer que sempre alguém tem a “culpa”, acreditando ainda em uma só causa, os acontecimentos não tem causas múltiplas, (esta é a teoria da conspiração).

Existe, portanto, a tendência à atribuição do comportamento quase que somente às ações do ator e a se ignorar o meio como determinante desse comportamento. Isso caracteriza o “erro fundamental na atribuição” (Ross, 1977; 1978). Para “sanar” esse erro, ou contribuir para ampliar essa compreensão, é necessário que se estude mais profundamente o saber social, seu conteúdo e suas origens e isso é possível no âmbito da teoria das representações sociais. Segundo Moscovici (1981) a teoria das atribuições ficará mais frutífera e menos mecânica quando reconhecer a importância do conteúdo das representações, assim como seu caráter social.

Para Ismael, Maciel e Camino, (1996) o estudo das atribuições pressupõe ainda, a análise do processo de categorização. A categorização como já descrito anteriormente, é o processo através do qual os indivíduos agrupam objetos em classes equivalentes, observando as semelhanças entre os membros desta classe e as suas diferenças com relação aos membros das outras classes.

Assim, a identificação de pessoas como pertencendo a um mesmo grupo ou a grupos diferentes, possibilita aos indivíduos poderem antecipar como um membro

particular de um grupo é e como ele se comportará, embora sejam percebidos aspectos inexistentes ou que se deixe de perceber aspectos peculiares naquela pessoa (Hamilton, 1979).

Dessa forma, a categorização de pessoas em *ingroup* e *outgroup* resulta em atribuições intergrupais que definem os comportamentos sociais. Essa categorização acontece, na maioria das vezes com a tendência em valorizar o seu grupo e a desvalorizar o outro, como consequência da dinâmica própria da identidade social originadora da diferenciação grupal (Tajfel, 1981).

As atribuições, portanto diferem das representações sociais, justamente no que tange às motivações para as explicações causais dos fenômenos. Para Moscovici (2004) a teoria das representações sociais evidencia o fato de que as pessoas em geral agem sob dois conjuntos de motivações, já que imagina que o pensamento seja bi-causal e não mono-causal como no caso das atribuições. As representações ainda estabelecem simultaneamente uma relação de causa e efeito e uma relação de fins e meios.

Quando os fenômenos se repetem no meio do indivíduo, este tende a estabelecer uma correlação entre si mesmo e o fenômeno para então encontrar uma explicação significativa que sugira a existência de uma regra ou lei ainda não descoberta. Assim, a transição da correlação para a explicação não é estimulada pela percepção da correlação do indivíduo, ou pela repetição dos acontecimentos, mas pela sua percepção de uma discrepância entre esta correlação e outras, entre o fenômeno que se percebe e o que se tem que prever, entre uma exceção e a regra, entre o familiar e o não familiar (Moscovici, 2004).

Portanto, são os desvios, as exceções, que estimulam a curiosidade e exigem explicações. E geralmente se atribui a alguma causa específica todo o acontecimento novo e

inesperado (MacIver, 1942). Assim, a procura de uma causa para os acontecimentos se transforma em uma procura de motivos e intenções e as noções utilizadas para tais explicações acabam por corporificar a própria coisa, ao invés de serem vistas como uma representação da percepção individual e particular de tal objeto (Moscovici, 2004).

Moscovici (2004) sugere algumas formas de melhorar a teoria das atribuições: a) pela mudança da esfera individual para a esfera coletiva; b) abandonando a idéia do ser humano como sendo um dado estatístico e a idéia da relação mecanicista entre o homem e o mundo; c) através da recolocação das representações sociais como mediadoras necessárias;

Dessa forma, a proposta deste estudo é analisar as variáveis cognitivas (representações sociais, conhecimento sobre aids, atribuições de causalidade), afetivas (sentimento de medo, etc.) e comportamentais (atitudes, práticas) em relação ao HIV/Aids, de jovens afrodescendentes, realizando uma comparação com indivíduos não afrodescendentes (brancos) em dois países (o Brasil e a França), para melhor compreender as idiosincrasias das suas vulnerabilidades com relação ao HIV/Aids, pois o que os indivíduos pensam, sentem e o que fazem em relação a sexo, drogas, saúde, está relacionado com sua vulnerabilidade diante da doença. E, por sua vez, o que os jovens pensam, sentem e fazem também depende do contexto cultural, econômico e social onde vivem, e conseqüentemente da forma como os serviços de educação e saúde chegam até eles.

Objetivo geral: Identificar aspectos culturais e psicossociais associados às vulnerabilidades de jovens afrodescendentes e brancos, no Brasil e na França, ao HIV e à aids.

Objetivos específicos:

1 - Descrever as variáveis psicossociais que estão associadas aos múltiplos fatores para a vulnerabilidade de jovens afrodescendentes e não afrodescendentes - brancos, no Brasil e brancos (filhos de franceses) e afrodescendentes (filhos de imigrantes), na França à infecção pelo HIV/Aids;

2 – Descrever o conhecimento, meios de prevenção, crenças, informações e representações sociais, condutas de proteção, condutas arriscadas, atribuições, bem como os sentimentos associados de jovens afrodescendentes no Brasil e na França, do sexo masculino e do sexo feminino frente ao HIV/Aids;

3 - Descrever o conhecimento, meios de prevenção, crenças, informações e representações sociais, condutas de proteção, condutas arriscadas, atribuições, bem como os sentimentos associados de jovens brancos no Brasil e na França, do sexo masculino e do sexo feminino frente ao HIV/Aids;

4 – Comparar o conhecimento, meios de prevenção, crenças, informações e representações sociais sobre o HIV/Aids, condutas de proteção, condutas arriscadas, atribuições, bem como os sentimentos associados dos jovens brancos e afrodescendentes no Brasil e na França, do sexo masculino e do sexo feminino frente ao HIV/Aids.

3 – MÉTODO

3.1 - Caracterização da Pesquisa

Tratou-se de estudo qualitativo e quantitativo, de natureza descritiva e comparativa. O estudo foi exploratório e pelas suas peculiaridades, não foi randômico, pois os participantes foram indicados pelas instituições escolares da rede pública. Para tal foram realizadas duas etapas. A primeira consistiu na aplicação de entrevistas com jovens brancos e afrodescendentes no Brasil sobre conhecimentos, práticas, representações sociais, atribuições de causalidade e atitudes sobre HIV/Aids. E a segunda consistiu na aplicação de um questionário auto-administrado, no Brasil, com estudantes brancos e afrodescendentes e na França (traduzido e adaptado para a realidade francesa) com jovens brancos filhos de franceses e jovens afrodescendentes (filhos de imigrantes africanos).

3.2 - Primeira etapa

3.2.1 - Amostra

Participaram dessa etapa de pesquisa 36 estudantes de ensino médio de escolas de bairros periféricos das cidades de Florianópolis, Balneário Camboriú e Itajaí, do estado de Santa Catarina, afrodescendentes (negros, mulatos e pardos) e não afrodescendentes (brancos). Os critérios para inclusão na pesquisa foram os seguintes: morar em uma das três cidades, ser estudante do ensino médio vinculado às escolas participantes, e estar dentro da faixa etária de 15 a 24 anos. Participaram 12 estudantes de cada cidade, sendo metade deles de cada sexo, metade afrodescendente e metade não afrodescendente.

3.2.2 - Instrumento

Foi utilizada a entrevista não diretiva em profundidade. Para cobertura de tópicos a serem focalizados os entrevistadores dispunham de uma lista de pontos a serem explorados. Os pontos abordaram os seguintes assuntos: amizade (incluindo proveniência dos amigos do respondente, hábitos de lazer do respondente com seus amigos), namoro e relações afetivas casuais (procedimentos de namoro e “ficar” do respondente e de seus amigos, existência ou não de namorado ou companheiro, flerte), relações sexuais (ocorrência ou não de relações sexuais por parte do respondente e outros, primeira relação sexual, parceiros sexuais), contracepção (crenças sobre contracepção e gravidez, medidas contraceptivas), uso de preservativos e métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e aids (crenças, comportamentos preventivos, sentimentos, contato com a doença). Ao fim da entrevista, foi perguntado aos participantes se trabalhavam ou não, sua categoria étnico-racial (branco, negro, mulato ou pardo), e sua série. Os tópicos que orientaram a entrevista, em forma de roteiro, estão disponíveis no Anexo 1.

3.2.3 - Procedimento

Primeiramente foi elaborada a lista de pontos a serem focalizados pela entrevista não diretiva, a qual está disponível no anexo 1. Foram contatados por telefones três diretores de escolas com classes de ensino médio, sendo cada escola correspondente a uma das três cidades incluídas na pesquisa (Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú).

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2006. Para se obter um número idêntico de alunos no que se refere ao sexo e a etnia, os alunos participantes foram selecionados pelas diretoras das escolas, segundo critério fenotípico, o qual foi confirmado com sua auto-declaração ao fim das entrevistas. A assistente de coordenação e os bolsistas

de pesquisa conduziram as entrevistas. Cada entrevista foi realizada em sala de aula com presença apenas de um entrevistador e do entrevistado. As entrevistas foram realizadas por entrevistadores do mesmo sexo dos participantes.

3.2.4 - Análise de dados

As entrevistas foram transcritas integralmente em documentos informáticos de texto. Foi elaborado um banco de dados textuais para análise (um *corpus*), contendo a transcrição completa de todas as entrevistas e variáveis de caracterização dos participantes: identificador numérico, cidade em que se realizou a entrevista, sexo, etnia, série, e se trabalha ou não. Em seguida, o *corpus* foi submetido a uma classificação hierárquica descendente, resultante de uma análise lexical de conjuntos de segmentos de texto (palavras e seqüências) realizada por meio do software ALCESTE (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte). (Reinert, 1990; Camargo, 2005).

O material textual proveniente da transcrição das entrevistas e das produções discursivas de cada grupo focal foi transcrito e analisado através do emprego de uma classificação hierárquica descendente, resultante de uma análise lexical de conjuntos de segmentos de texto (palavras e seqüências). Para isto foi utilizado o software ALCESTE (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte). Este software relaciona os dados quantitativos textuais de uma quantidade de entrevistas com o seu contexto de localização no texto, seleciona as partes (UCE) mais significativas e as palavras mais utilizadas pelos entrevistados para responder às questões. Com isto, não só se recuperam elementos indicadores das teorias do senso comum relativas à aids e à prevenção do HIV/Aids, bem como o contexto de significação destes elementos é oferecido

pelo software, o que resulta numa abordagem mais aprofundada na análise do conteúdo das entrevistas.

Segundo Camargo ²⁷ o programa toma como base um único arquivo, mas é necessário indicar unidades de contexto iniciais (UCIs) e preparar este arquivo sob regras específicas. No caso desta pesquisa, cada entrevista será uma UCI.

Um conjunto de unidades de contexto iniciais (UCI) forma um corpus de análise. Para ser analisado pelo ALCESTE, o corpus deve constituir-se num conjunto textual centrado em um tema. Portanto, o material textual deve ser monotemático, pois a análise dos textos sobre mais de um item pré-estruturado resulta na reprodução da estrutura prévia. O processamento é feito com os seguintes passos: 1) adaptação das produções discursivas às normas do software; 2) exclusão das falas (questões) dos entrevistadores; 3) lançamento da análise do material.

Os objetivos deste tipo de análise de dados foram: a) fornecer elementos indicadores sobre a vulnerabilidade e os conhecimentos do senso comum dos participantes sobre a aids, sobre a prevenção do HIV/Aids, e o contexto de significação desses elementos; b) coletar indícios de Representações Sociais da aids dos jovens brasileiros; e c) indicar elementos para a elaboração de um questionário a ser aplicado na segunda etapa deste projeto de pesquisa. O questionário, apresentado no anexo 2, foi adaptado a partir de uma pesquisa anterior²⁸, atualizado e acrescido dos resultados decorrentes das entrevistas.

²⁷ Capítulo de livro no prelo-cópia para uso interno do LACCOS.

²⁸ Camargo, B. V. (Coord.); Botelho, L. J. & Souza, E. S. B. (2001). AIDS, sexualidade e atitudes sobre a proteção contra o HIV. Relatório Técnico de Pesquisa. Florianópolis: UFSC.

3.3 - Segunda etapa

3.3.1 - Amostra

Participaram dessa etapa de pesquisa 480 estudantes, sendo 240 do ensino médio de bairros periféricos de escolas brasileiras do estado de Santa Catarina, nas cidades de Florianópolis, Balneário Camboriú e Itajaí e 240 estudantes do ensino médio escolas francesas da região de Ile-de-France nas cidades de Paris, Rambouillet, Bretigny sur Orge, Vitry sur Seine, Igny, Vaujours e Le Tremblay sur Mauldre, Villepinte. Os critérios para inclusão na pesquisa foram os seguintes: ser estudante do ensino médio vinculado às escolas participantes, e estar dentro da faixa etária de 15 a 24 anos.

3.3.2 - Instrumento

Foi utilizado um questionário estruturado e auto-administrado adaptado a partir do instrumento utilizado em estudo anterior (Camargo, Botelho & Souza, 2001), acrescido de questões indicadas pelos resultados da primeira etapa do presente estudo. As questões podem ser classificadas em cinco grupos. O primeiro se refere às características individuais dos participantes: sexo, idade, ambiente social, proximidade com o trabalho, experiência amorosa e sexual, contexto de comunicação sobre a saúde e a sexualidade. O segundo grupo de questões diz respeito ao conhecimento ligado ao HIV/Aids. Além de questões sobre o que são DSTs e auto-avaliação do nível de conhecimento, foi utilizado um sub-teste sobre o vírus da Aids e sua transmissão, integrante de uma medida sobre conhecimento da Aids construída por Camargo, Barbará e Bertoldo (2005). O terceiro grupo envolve as atitudes: intenção de adoção de condutas preventivas; percepção e sentimentos em relação ao risco de infecção; aceitação do preservativo e julgamento da importância e do perigo da doença. O quarto grupo de questões trata dos comportamentos arriscados e de proteção em

relação a aids: condutas de risco (uso abusivo de drogas, sexo desprotegido); familiaridade e utilização do preservativo e intenção de submissão a um teste para detecção do HIV. As atitudes dos participantes sobre o preservativo foi medida por uma escala do tipo Likert com 5 pontos, composta de 16 itens. A consistência entre os itens, em estudo anterior (Camargo, Botelho & Souza, 2001), foi moderada ($\alpha = 0,75$).

3.3.3 - Procedimento no Brasil

Foram contatados por telefone diretores de escolas com classes de ensino médio, correspondente as três cidades incluídas na pesquisa (Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú). Após autorização da direção das escolas e da entrega de um protocolo de pesquisa para a orientação escolar ou coordenação pedagógica, conforme o caso, o questionário foi aplicado em classes escolhidas pelas mesmas (orientadora, supervisora ou coordenadora escolar), em comum acordo com os professores. O pesquisador responsável fez contato com os estabelecimentos selecionados para definir as classes onde seria aplicado o questionário e a data da aplicação. No dia da aplicação, a equipe explicou a tarefa e distribuiu os questionários para cada classe.

A coleta de dados ocorreu nos meses fevereiro e março de 2007, e foi realizada em sala de aula com presença da equipe de pesquisa²⁹ e da turma. As aplicações foram realizadas com 2 entrevistadores em cada turma.

A aplicação durou aproximadamente 40 minutos, período em que os aplicadores estiveram presentes, garantindo o anonimato dos participantes. O questionário solicita somente três informações demográficas: o sexo, o ano de nascimento e origem étnica. Ao

²⁹ A equipe foi composta pela Doutoranda, um mestrando em Psicologia e uma graduanda em Psicologia. Para as coletas havia também a participação de mais um mestrando em Psicologia.

final, os aplicadores fizeram uma dessensibilização com cada turma (“debriefing”), colocando-se a disposição para esclarecer dúvidas e distribuindo material informativo sobre a transmissão e prevenção da aids, de forma que os alunos pudessem dirimir suas dúvidas após este momento, bem como saberem onde procurar os serviços especializados sobre aids.

3.3.4 - Procedimento na França

O questionário foi traduzido para o francês sob a orientação da Dra. France Lert (conselheira científica do CRIPS³⁰), e passou por algumas modificações para adaptação às possibilidades de pesquisa sobre sexualidade daquele país.

A primeira modificação realizada ao questionário foi no que diz respeito à questão de identificação étnica dos participantes. Na França não se pode perguntar diretamente a cor de pele de um indivíduo ou solicitar sua auto-declaração étnica (como havíamos feito no Brasil). Optou-se, portanto por perguntar o local de nascimento dos pais dos participantes, bem como a língua falada em casa para proceder-se com a diferenciação entre brancos (filhos de franceses) e afrodescendentes (filhos de imigrantes da África Sub-Sahariana, do Maghreb, de territórios de outro mar – Guadalupe, Martinica, etc).

Outra modificação realizada foi a retirada da questão sobre o nível de instrução dos pais dos participantes, pois na França tal questão não seria permitida. A retirada desta questão afetou, portanto a classificação do nível sócio-cultural dos participantes como se havia realizado no Brasil, forçando a pesquisadora a adotar um outro nível de classificação para o estudo.

³⁰ Centre Regional d’ Information e Prevention du Sida - órgão francês que recebeu a doutoranda para realização deste estudo no âmbito da cooperação Brasil-França.

E por fim, uma terceira modificação foi a cerca das questões religiosas. Na França, não é permitido perguntar se o participante possui uma religião e se é ou não praticante, como havíamos feito no Brasil. Tal questão bastou-se em questionar, portanto, se a religião é ou não importante na vida daqueles jovens.

Após o término das adaptações do questionário procedeu-se o contato com as escolas onde o mesmo seria aplicado. O CRIPS da região de Ile-de-France está localizado em Paris, na torre Montparnasse e faz um trabalho de pesquisa, prevenção e intervenção de comportamento de risco de jovens (uso/abuso de drogas, DST/HIV, distúrbios alimentares, entre outros) nas escolas públicas da região.

Assim, a senhora Agnès Stall, do CRIPS enviou um email para todas as escolas da região de Ile-de-France com as quais a instituição tinha contato no momento, contendo informações sobre a pesquisa, objetivos, etc, e solicitando que aquelas que concordassem com a realização da mesma, manifestassem-se.

Na medida em que os diretores das escolas manifestavam interesse em participar da pesquisa, a doutoranda telefonava e agendava a visita às mesmas. A pesquisa ocorreu em 8 CFAs (centro de formação profissional) e 1 lycée (escola de ensino médio) da região de Ile-de-France.

3.3.5 - Análise de dados

As respostas do questionário foram colocadas em um banco de dados do software SPSS (pacote estatístico para as ciências sociais). Foram realizadas análises estatísticas descritivas e análises de associação entre as variáveis. Na análise das tendências globais das respostas utilizou-se da distribuição dos valores conferidos pelas respostas a cada questão

que comportar uma medida categorial, e a média e desvio padrão para questões envolvendo escalas numéricas (análise estatística descritiva). A comparação de sub-amostras foi executada através de tabelas de contingências (testes estatísticos não paramétricos) e de comparação entre médias (teste de Student e análise de variância simples) para analisar as relações entre os dois grupos étnicos, em função do grupo de questões (variáveis). Utilizou-se o método da tendência linear ao ponto, na estimação das médias nos itens onde respondentes assinalaram a modalidade "não sei" ou onde eles deixaram em branco, para a obtenção do escore médio dos 12 itens considerados.

As questões abertas do questionário foram analisadas pelo software SPAD-T *Système Portable pour l'Analyse des Données Textuelles* – SPAD-T (Lebart & Salem, 1988). Com a ajuda deste software se estuda o componente de atitudes através de um diferencial semântico, composto de diversas escalas bipolares. Além disso, se explora o componente campo de representação através da análise de correspondência, pois ele executa uma análise textual que permite aplicar uma ampla variedade de procedimentos estatísticos, tais como diferentes versões da análise de correspondência e análise de agrupamento, permitindo dessa forma, explorar o campo da representação social.

Além disso, realizou-se uma categorização do nível sócio-cultural dos participantes baseando-se em critério já utilizado por Camargo (1997), porém com uma alteração em função de que na França, não foi possível perguntar o nível de escolaridade dos pais dos estudantes (critério que havia sido utilizado na categorização de Camargo): foi solicitado aos participantes, portanto, que indicassem a profissão, e foram considerados como de nível sócio-cultural Desfavorável os filhos de pais com profissões simples como operários e pequenos profissionais liberais com profissões para as quais não é necessário ter ensino médio. Filhos de pais operários, funcionários ou profissionais liberais, com profissões para

as quais é necessário ter ensino médio, foram classificados como tendo nível sócio-cultural Médio. Filhos de funcionários ou profissionais liberais com profissões para as quais é necessário ter nível superior, foram classificados como nível sócio-cultural Favorável. Foi observado um equilíbrio entre as indicações sobre pais e mães, visando-se chegar a um nível sócio-cultural entre ambos.

4- RESULTADOS

4.1- Resultados da Primeira etapa

O conjunto de entrevistas transcritas compõe o corpus de análise. O corpus apresentou 82.593 ocorrências, aparecendo 4.860 palavras diferentes. 41% das ocorrências foram analisáveis, sendo consideradas analisáveis as palavras com frequência igual ou superior a 4. O número total de palavras com frequência igual a 1 foi de 2.171, indicando uma heterogeneidade do vocabulário empregado pelos participantes.

O corpus analisado é composto de 36 Unidades de Contexto Inicial (UCIs), correspondentes às 36 entrevistas realizadas. Estas UCIs, foram subdivididas pelo programa em 1.763 Unidades de Contexto Elementar (UCEs) ou segmentos de texto.

A classificação hierárquica descendente (CHD) considerou 1.219 UCEs, representando 69,14% do total de UCEs. A partir destas UCEs surgiram 7 classes, como pode ser visto na figura 1.

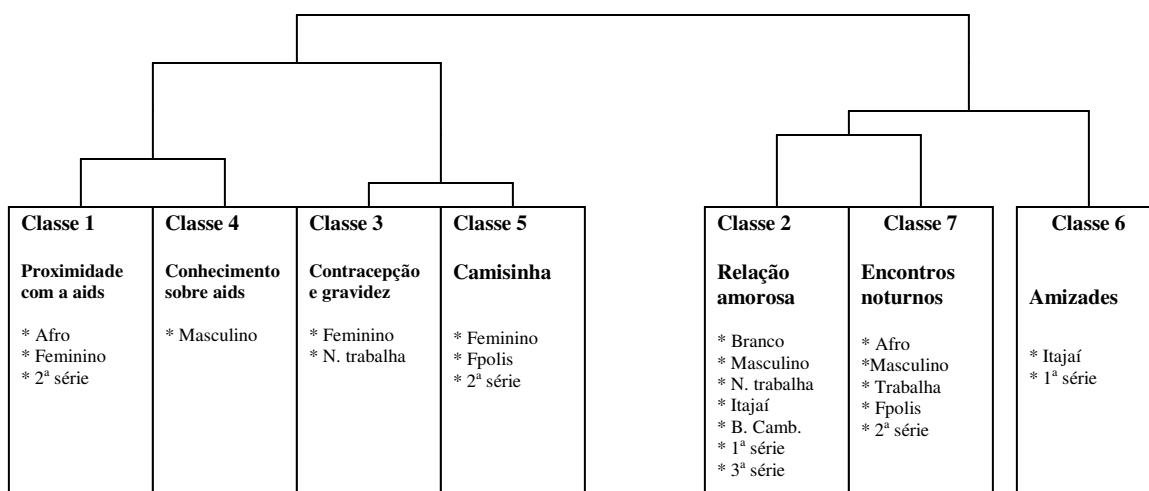


Figura 1. Classificação hierárquica descendente referente às entrevistas.

A figura 1 mostra as relações entre as classes resultantes da classificação hierárquica descendente. Num primeiro momento o programa dividiu o corpus em dois sub-corpus, onde o primeiro deu origem a quatro classes (1, 4, 3 e 5) e o segundo a três classes (2, 7 e 6). Num segundo momento o primeiro sub-corpus, foi subdividido em duas partes, sendo que uma deu origem as classes 1, 4 e a outra às classes 3 e 5. Num terceiro momento, o segundo sub-corpus foi dividido em mais duas partes, obtendo-se de uma delas as classes 3 e 5 e de outra a classe 6. As divisões pararam de ocorrer quando as classes tornaram-se estáveis, isto é, quando as UCEs que compunham cada classe eram classificadas nas mesmas classes, por apresentarem vocabulário semelhante, independente do tamanho utilizado para a divisão em UCEs.

O primeiro conjunto, formado pelas classes 1, 4, 3 e 5 tem como conteúdo a doença da aids e a gravidez. As classes 1 e 4 apresentam semelhanças entre si, visto que ambas estão relacionadas a questões que envolvem a aids. Por sua vez as classes 3 e 5 se aproximam em virtude de tratarem da questão da gravidez. Essas quatro classes, do primeiro conjunto, se distinguem das classes 2, 7 e 6, que tratam de relações interpessoais. Enquanto a classe 2 trata de relacionamento amoroso com pessoa do sexo oposto, a classe 7 trata de encontros noturnos entre rapazes e meninas. Essas duas classes, por tratarem de relacionamentos amorosos ou com pessoas do outro sexo, distinguem-se da classe 6, dedicada às amizades dos participantes. A classe com a maior quantidade de UCEs, e conseqüentemente com maior quantidade de conteúdo, dentre as 7, é a classe 2, composta por 308 UCEs (25,27 % do total), seguida da classe 1, com 205 UCEs (16%).

Proximidade com a aids

A classe 1, relacionada à proximidade com a aids, é composta de 205 UCEs, representando, dentre todas, o percentual mais elevado (16%). A tabela 1 traz a relação das palavras mais significativas que fazem parte desta classe, selecionadas, como também em todas as outras classes, por dois critérios: o da frequência de ocorrência no corpus (≥ 29) e do teste de associação qui-quadrado ($\chi^2 \geq 3,84$). A frequência mínima necessária para que a palavra seja considerada característica de uma classe é de 39 ocorrências no corpus, porém os números indicados na tabela 1 não são referentes à frequência no corpus e sim na classe.

Tabela 1. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 1 e o valor do χ^2 .

Palavra	Frequência na classe	χ^2
Pegar	71	49
Aids	64	38,3
Fazer	58	47,9
Doença	53	28,6
Morrer	44	78
Saber	34	4,4
Passar	33	15
Mãe	33	25,1
Medo	27	24,3
Hiv	26	68,6
Tomar	24	7,8
Vida	24	8,9
Causa	24	33,4
Deixar	22	31,4
Drogas	19	11
Ver	17	8,2
Pai	17	8,7
Cura	12	5,6

As palavras que mais se destacaram nesta classe foram **pegar, aids, doença e morrer**, como se pode observar no seguinte relato.

Primeiro morreu meu primo com esse problema da aids. Depois morreu minha tia e meu tio também com esse problema. Só ficou meu primo deficiente, com a minha avó. Então eu já senti o que é ter a aids dentro do corpo da gente, vai matando aos poucos, porque meus

tios foram ficando fracos, foram parar no hospital, fizeram um monte de exames, com um monte de aparelhos, um monte de coisas.

A maioria das UCEs desta classe, como a que apresentamos a seguir, trazem a questão do relacionamento com pessoas soropositivas, geralmente familiares dos participantes, surgindo, portanto, indicações de uma representação social construída pelos afrodescendentes da aids como uma doença bastante próxima.

A minha mãe chegou a fazer o exame, surgiu a preocupação, porque sempre fica o medo. Ele era padrasto, a gente gostava, só que ela é mãe. Ela chorava muito, ela tinha muito medo de fazer. Depois que ele morreu a gente fez com que ela fizesse e ela não tinha pegado, não tinha infectado ela.

A palavra **mãe** aparece relacionada às palavras, **primo e padrasto**, e estas à palavra **aids**, indicando as relações de proximidade do participante com a doença, onde a mãe aparece como a pessoa mais próxima que faz a mediação entre o entrevistado e pessoas infectadas pela **aids**, no caso os primos e o padrasto.

A palavra **fazer**, também importante para esta classe (ver tabela 1), se relaciona com **teste**, conforme a figura 2. Quando consideradas as UCEs, compreende-se o contexto desta idéia de **fazer o teste** para as pessoas entrevistadas. A UCE apresentada a seguir mostra que o contato com um familiar infectado é visto como uma situação de risco, preocupando os outros familiares e originando a necessidade de realização do teste.

Eu nunca fiz o teste de HIV. Eu tenho bastante medo de pegar aids. Eu tenho vários amigos, minha família, já pensou? O filho está com aids, vão evitar pegar o que eu pego, como o copo, até o próprio banheiro, o vaso sanitário e evitar isso, meu pai e minha mãe podem pegar quando eu sair, aí eles vão lá e limpam, fazem um monte, eu vou ficar meio excluído,

A **aids** também aparece associada à **doença** e **medo**, estando esta, por sua vez, ligada às palavras **pegar** e **causa**, o que mostra que o medo de se contaminar pela doença é um sentimento compartilhado por vários jovens entrevistados, e está vinculado ao receio de ser excluído socialmente.

Estes dias eu fui na casa de uma prima minha, ela foi lá tomar café e eles lavaram o copo com água quente, com medo de pegar. Não encostam muito nela, é bem estranho. E esse que morreu a minha mãe disse que quando ele morreu estava bem feio na cama.

Esta classe apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis raça, sexo e escolaridade, visto que a maioria das UCEs foram produzidas por estudantes afrodescendentes que cursam o segundo ano do ensino médio. Em síntese, a relação entre as palavras mãe, primo, padrasto e a palavra aids mostra que a doença está próxima da família, e isso se associa aos afrodescendentes do sexo feminino.

Conhecimento sobre aids

A classe 4 tratou de conhecimento sobre aids, e assemelha-se à classe 1 visto ambas trazerem o assunto aids, porém enquanto a classe 1 trata da proximidade com a doença, as UCEs da classe 4 trazem questões relativas ao conhecimento sobre aids, envolvendo a forma de contágio e os prejuízos que a doença acarreta. Foram obtidas 162 UCEs, o que corresponde a 13,29% do total. A Tabela 2 relaciona as palavras mais significativas da classe.

Tabela 2. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 4 e o valor do χ^2 .

Palavra	Frequência Na Classe	χ^2
Aids	100	275,6
Pessoa	69	35,2
Doença	68	121
Pegar	60	48,4
Coisa	51	17,3
Poder (Verbo)	38	30,3
Relação	35	19,3
Sexual	35	36
Cura	26	99,6
Morrer	25	20
Drogas	22	32,1
Passar	22	4,7
Prevenir	17	13
Muita	14	6,2
Hiv	11	7,3

Nesta classe as palavras são **aids**, **pessoa**, **doença** e **pegar**. A palavra aids aparece como central, estando ligada às palavras pegar, drogas, HIV, relação sexual, morrer e doença. Doença, por sua vez, além de estar ligada à morte também está associada à cura. Esta relação mostra que a relação sexual e as drogas são vistas como formas de contágio do HIV, surgindo indicações de uma representação social da aids construída pelos meninos, como sendo uma doença que não tem cura e que vai debilitando o organismo, matando a pessoa aos poucos.

Ela pode ficar só para ela, aí aquilo fica magoando ela por dentro. Isso é uma coisa muito grave. Acho que aids, hiv como as pessoas dizem, não tem cura. Se a gente não se cuida, não faz um tratamento, ela vai matando a gente aos poucos, as pessoas vão ficar pensando

com vão tirar essa doença delas, a pessoa vai querer manter relações sexuais com outras pessoas e não vai poder...

A escola foi mencionada como a fonte de informações mais comum sobre a aids, porém outras fontes também foram citadas, como livros didáticos.

Ele falou que a aids se pega pela transfusão de sangue, por compartilhar seringas, por relações sexuais sem camisinha e mais algumas coisas que eu não lembro. Esse conhecimento eu não obtive só na escola. Eu não gosto muito de ler, eu leio só coisas que me interessam, então eu leio livros que falam, eu gosto bastante de biologia, então lá em biologia fala bastante de vírus, de aids, essas coisas assim.

A única variável que apresentou associação estatisticamente significativa com esta classe foi sexo, visto que grande parte das UCEs que a compuseram foram obtidas de estudantes do sexo masculino. A classe 4 trata do conhecimento sobre a doença, considerada incurável e ligada ao sexo e às drogas, pensamento que se associa ao sexo masculino.

Contraceção e gravidez.

A classe 3, sobre contracepção e gravidez, é composta de 161 UCEs, totalizando 13,21% do total de UCEs produzidas. Esta classe está relacionadas à métodos contraceptivos, vinculando-se à questões envolvendo a gravidez. A tabela 3 mostra as palavras mais significativas presentes nesta classe.

Tabela 3. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 3 e o valor do χ^2 .

<i>Palavra</i>	<i>Frequência na classe</i>	χ^2
Querer	51	40,4
Achar	50	6,9
Cuidar	49	95,8
Gravidez	49	157,4
Coisa	43	6,3
Filho	42	72
Engravidar	36	94,6
Pensar	36	32,7
Camisinha	31	7,2
Saber	28	4,6
Medo	26	36,1
Acontecer	23	14,3
Dia	23	5,6
Tomar	23	14,3
Mundo	21	24,3
Hora	19	11,1
Vida	19	7
Preocupação	18	20,8
Ver	14	7,5
Estudar	12	5,3
Dever	10	5,4

As palavras mais significativas que caracterizam esta classe são: **cuidar**, **gravidez** e **filho**. A palavra **gravidez** aparece ligada à palavra **camisinha**, mostrando que esta é citada como um método importante de prevenção.

Eu me preveniria com camisinha e pílula. E se no caso acontecesse em uma hora e que não tem a camisinha, eu tomaria a pílula do dia seguinte. A gravidez é complicada porque pra muitas pessoas é motivo de trancar a faculdade ou de parar os estudos na escola. E também para criar a criança, já tem que pedir ajuda para a mãe ou o pai, então já fica mais difícil.

A ligação da palavra **cuidar** com **tomar**, **preocupação** e **engravidar**, bem como a ligação desta última com a palavra **medo**, indica que a possibilidade de engravidar é algo

que causa medo e preocupação nos jovens, sendo necessário tomar cuidado. O cuidado visa não ter filhos sem querer.

Não que eu queira engravidar. É mais um motivo para eu repensar de novo sobre isso. Eu penso em me cuidar com o anticoncepcional e a camisinha, porque eu acho mais seguro, porque eu sei que eu vou estar me cuidando, porque eu vou estar tomando e a camisinha é a segurança do meu parceiro no caso.

A palavra **filho** também aparece relacionada à **preocupação** e à **vida**, indicando que a vinda de um filho na adolescência causa mudanças, que são representadas como uma nova vida cheia de complicações.

É meio estranho, a partir do momento que tu sabe que tua mulher, tua namorada está grávida, o mundo parece que pára, eles não querem saber mais de nada. É meio complicado, é meio estranho. Eu não me vejo sendo pai agora.

A classe 3 apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis sexo e trabalho, visto que a maioria das UCEs foram produzidas por estudantes do sexo feminino e que não trabalham. Referente aos métodos contraceptivos e associada ao sexo feminino, a classe 4 trata da gravidez com medo, e os sujeitos concebem o filho como uma grande mudança em suas vidas.

O preservativo

Assim como a classe 2, a classe 5 relaciona-se com métodos contraceptivos, porém especifica a questão do preservativo (ver tabela 4). Foram obtidas nesta classe 133 UCEs, totalizando 10,91% do total.

Tabela 4. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 5 e o valor do χ^2 .

Palavra	Frequência Na Classe	χ^2
Camisinha	68	198,5
Usar	61	159,2
Achar	54	26,2
Falar	40	12,5
Filho	29	33
Engravidar	21	27,8
Dizer	20	6,6
Prevenir	20	33,7
Tomar	19	11,5
Mãe	18	7,4
Perguntar	16	30,4
Hora	15	7,4
Mulher	13	5
Primeira	12	4,3
Dever	11	12,4
Pai	11	5,2
Pedir	9	5,7

Camisinha, usar, achar e falar foram às palavras que apareceram com mais frequência nesta classe. A palavra **camisinha** aparece associada a **usar** e **prevenir**, mostrando que usar camisinha é uma forma de se prevenir de uma gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis.

Quando quiser tirar a virgindade cedo tem que usar camisinha, essa é a verdade. Isso é falado para que as gurias tomem cuidado. E os guris tem que se prevenir também, devem ter uma camisinha sempre no bolso. As gurias não tem condições para ter um filho.

Além de estar associada à camisinha, a palavra usar surge ligada à pedir, mulher e engravidar, o que mostra que a iniciativa pelo uso do preservativo parte mais das mulheres do que dos homens, demonstrando maior preocupação e comprometimento por parte delas.

Ele no começo perguntava se eu não confiava nele, sempre aquela estória que é melhor sem camisinha, tirar a virgindade é melhor sem camisinha. Eu insisti naquilo, se não fosse com camisinha não ia ser, aí a gente usou, se fosse por ele ia sem camisinha.

Por outro lado, apesar de grande parte dos entrevistados considerarem o uso da camisinha importante, o receio de pedir para o parceiro utilizar o preservativo aparece como uma justificativa para o não uso, estando atrelado à questão da confiança.

Os homens dizem muito para as mulheres que se ela o ama, ela não precisa usar camisinha. Ele pergunta se ela não confia nele e ela acredita. Acho que a iniciativa de não usar parte do homem e elas aceitam porque são burras, bobinhas, tem ilusão, e tal.

A maior parte das UCEs obtidas nesta classe foram obtidas por estudantes do sexo feminino, residentes na cidade de Florianópolis e que estão cursando o 2º ano do ensino médio. Assim, na classe 5 o preservativo é pensado como método mais eficaz a respeito da contracepção e DSTs, porém, de acordo com as entrevistadas existe uma dificuldade na negociação da utilização do mesmo com seus parceiros.

Relacionamento amoroso

A classe 2 representa a maior classe dentre todas as 7, possuindo 25,27% (308 UCEs) das UCES totais. Esta classe está relacionada ao relacionamento amoroso dos entrevistados com pessoas do sexo oposto. A tabela 5 apresenta as palavras associadas à classe.

Tabela 5. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 2 e o valor do χ^2 .

<i>Palavra</i>	<i>Frequência Na Classe</i>	χ^2
Ficar	186	133,1
Namorar	124	171
Guria	104	138,5
Meninas	79	57,7
Conhecer	70	20,2
Anos	68	16,1
Amigo	67	36,5
Veze	60	8,5
Gostar	57	45,1
Relação	57	41
Conversar	52	44,8
Começar	45	30,5
Sexual	45	15,7
Casa	37	5,7
Chegar	37	27,7
Festa	37	53,8
Rolar	37	71
Meses	33	35,2
Tempo	29	4,8
Primeira	28	12,2
Acaba	26	7,4
Transar	26	13,9
Difícil	23	8,36
Meio	22	7,2
Perguntar	17	4,3
Pedir	16	4,8

As palavras mais significativas desta classe foram: **ficar**, **namorar**, **conhecer**, **amigo**, **gostar** e **relação**. **Ficar** e **namorar** aparecem como os comportamentos mais frequentes dos jovens ligados ao relacionamento amoroso, sendo que a ligação entre as palavras **ficar**, **menino(a)**, **conhecer** e **amigo** mostra que grande parte dos entrevistados conhecem os(as) parceiros(as) através dos amigos. A palavra **ficar** também aparece relacionada às palavras **festa**, **transar** e **namorar**, indicando que as festas são os locais mais comuns onde os jovens se conhecem e ficam.

Eu já fiquei com um menino há dois meses, foi bom. Eu fui numa festa na casa de uma amiga minha e eu conheci este menino lá, a gente conversou bastante e acabamos ficando juntos, foi legal, mas foi só desta vez.

O ficar é considerado mais freqüente que o namorar, sendo que aparece como uma forma de relacionamento sem compromisso, que pode envolver relações sexuais e evoluir para um relacionamento considerado mais sério e fixo, como o namoro.

Já começa a dar um gelo nela, a evitá-la e termina. Geralmente se conhecem em festas, rola de se olhar e tal e depois dizem vamos ficar e ficam. Aí às vezes disso aí pode gerar um namoro, ou um rolo de só um ou dois dias e acaba depois. Nesses esquemas rola beijo, e dependendo do caso, em alguns pode até rolar relações sexuais, depende de cada guria, do que ela pensa.

Questões envolvendo a primeira relação sexual podem ser observadas através da ligação entre as palavras primeira, relação, casa, gostar e rolar, mostrando que a primeira relação sexual ocorre quando menino/menina estão gostando um do outro, e um local freqüentemente mencionado é a casa de um deles.

No caso de ficar, transar quando se está ficando é massa. Sei que com a minha namorada máximo duas semanas ficando com a guria já. Minha primeira relação sexual foi com quatorze anos, na minha casa mesmo, com uma menina aqui do colégio, ela gostava de mim, eu fiquei com ela, a gente ficou mais ou menos uns dois meses, então fomos na minha casa e fizemos, primeira vez.

A maioria das UCEs obtidas na classe 2 foram produzidas por rapazes que não trabalham, que se declararam de cor branca, estudantes do 1º e 3º anos do ensino médio e que são residentes das cidades de Itajaí e Balneário Camboriú.

Encontros noturnos

A classe 7 é a menor de todas as classes obtidas pela classificação hierárquica ascendente. Com 91 UCEs (7,47% do total), trata principalmente dos acontecimentos que envolvem encontros noturnos entre rapazes e meninas, relatando tanto os preparativos quanto as conseqüências. A tabela 6 apresenta as palavras associadas à classe 7.

Tabela 6. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 7 e o valor do χ^2 .

<i>Palavra</i>	<i>Frequência Na Classe</i>	χ^2
Guria	23	10,9
Querer	22	6,5
Veze	22	7,6
Sair	19	7,6
Amiga	17	4
Mulher	17	32,1
Pensar	17	8,7
Maioria	14	8,7
Levar	12	25,9
Deixar	9	9,7

As palavras que mais se destacam na classe, em termos de frequência, foram **guria**, **querer**, **vezes**, **sair**, **amiga**, **mulher** e **pensar**. Os resultados da classificação hierárquica ascendente (ver figura 7) não permitem apreender suas relações com clareza; ao ler as UCEs típicas da classe, contudo, se percebe que a palavra **sair** liga-se às palavras **amiga** e **mulher**, isto é, os participantes relatam ocasiões em que saem à noite com amigas ou encontram mulheres, o que frequentemente resulta em ficar ou relações sexuais.

O cara combina com as gatas que o cara já saiu outra vez, já tem o telefone, convida, se rolar rolou, se não rolar, fica para a próxima. E assim vai, a gente sempre tenta fazer assim, sair com um esquema meio que garantido. Que se não der liga aquela ali a gente vai atrás de outra.

Grande parte das UCEs descrevem seqüências de eventos que antecedem e sucedem os acontecimentos na noite entre rapazes e meninas, configurando rituais de encontros. A palavra **vezes** integra a locução às vezes, que indica que algumas situações ocorrem ocasionalmente, sugerindo repetição.

Dizem: transei com uma. Eles conseguem transar na noite. Na danceteria que eles vão. É fácil. Talvez as gurias que eles estão pegando também são tão liberais que, às vezes, eles usam um objeto deles, um carro ou roupas de marca, elas ficam interessadas nisso, tem guria que fica interessada nisso aí e cai fácil.

É daquele jeito, tem que pensar que no outro dia tem que trabalhar. Render a noite é pegar mulher, com certeza. Tem que render. Pegar mulher é geralmente um amasso, clássico, mas às vezes o cara combina com outras mulheres para se encontrar, para transar mesmo.

A classe 7 associou-se significativamente às UCEs dos participantes afrodescendentes, do sexo masculino, que trabalham e estudam, no 2º ano do ensino médio da escola sediada em Florianópolis.

Amizades

A classe 6 é formada por 159 UCEs (13,04% do total). Está relacionada às amizades dos participantes da pesquisa, incluindo seus vínculos com os amigos, procedência e atividades que realizam junto a eles, tais como sair juntos. A tabela 7 traz as palavras que se associam à classe. Esta classe associou-se às UCEs produzidas por participantes de Itajaí, da 1ª série do ensino médio, se opondo a todas as demais, e diz respeito à amizade, a sair à noite e ao uso de drogas, associado aos amigos.

Tabela 7. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 6 e o valor do χ^2 .

<i>Palavra</i>	<i>Frequência Na Classe</i>	χ^2
Amigos	64	188,1
Gente	61	15,7
Sair	57	100,1
Conhecer	34	6,2
Morar	30	90
Escola	28	47,6
Maioria	27	23,3
Casa	22	6,1
Colégio	22	22,1
Muita	16	11,4
Drogas	15	8,8
Estudar	15	13,2
Festa	13	5,7

As palavras que se destacam na classe são **amigos, gente, sair, conhecer, morar e escola**. Ao verificar as relações entre palavras explicitadas pela classificação hierárquica ascendente (ver figura 8) percebe-se que a palavra gente é usada como palavra para se referir ao coletivo do participante e seus amigos, que costumam sair para se divertir.

Após ler as UCEs típicas da classe, percebe-se que as palavras **colégio** e **casa** indicam contextos locais em que os participantes cultivam amizades, indicando de onde conhecem seus **amigos**.

Parte dos meus amigos é do serviço, porque eu fico a maioria do dia no serviço e alguns eu conheci no bairro, nós andamos juntos, saímos juntos. Trabalho em uma farmácia, no centro, divulgação e apoio dentro dela, retoque, reposição de estoque. Moro aqui no José Mendes, os mais íntimos são estes que moram no bairro, que eu jogo futebol, sai pra uma balada juntos, que moram próximo da minha casa.

Eu conheço muita gente em muitos lugares. A maioria dos meus amigos, as pessoas que eu mais ando são da galerinha do bairro, da rua. Tem o pessoal da fanfarra, aqui do colégio,

da igreja, tem muita gente. Pessoal vai lá em casa. Eu conheço a maioria desde pequena, fomos criados juntos.

O mesmo ocorre acerca da palavra **escola**, que tem o mesmo sentido da palavra **colégio**; no sentido da classe, é um local para fazer e manter **amigos**. Dentre as atividades realizadas com os **amigos**, destacam-se **sair**.

E tem também os meus amigos da escola. Eu moro em Balneário há seis anos, então eu já tenho um círculo de amizades bem grande. A galera com quem eu convivo, do colégio e do meu trabalho, gosta de sair, gosta de curtir balada e essas coisas. E com a galera da igreja, a gente viaja bastante, a gente gosta de se divertir, mas a gente não frequenta balada e essas coisas.

A palavra **drogas** refere-se ao relato de que outras pessoas sejam amigas ou pessoas não tão próximas do círculo de amizades dos participantes, costumam usar maconha, cocaína, cigarro, e outros.

Cocaína não. Cocaína já não tem, pelo menos eu, maconha tem alguns também, estão sempre fumando, sempre estão querendo que nós experimentemos. A bebida e o cigarro quase todos, a maioria. Quando nós saímos estão sempre com a carteira de cigarros no bolso, sempre estão com dinheiro para comprar bebida.

Na escola, no pátio. Só que eu não sei o nome dele. No centro tem bastante droga também. Muita galera bebendo, fumando maconha. Bem dizer o centro todo tem um monte de gente usando droga. Meu bairro não tem isso não, é tudo mais tranqüilo. Tem uns caras que fumam, mas fumam de boa, não tem isso de tráfico, de boca de fumo.

4.2- Resultados da Segunda Etapa.

Participaram dessa etapa de pesquisa 480 participantes, sendo 240 estudantes de ensino médio de escolas de bairros periféricos de escolas brasileiras do estado de Santa Catarina, nas cidades de Florianópolis, Balneário Camboriú e Itajaí e 240 estudantes do ensino médio de escolas francesas da região de Ile-de-France nas cidades de Paris, Rambouillet, Bretigny sur Orge, Vitry sur Seine, Igny, Vaujours e Le Tremblay sur Mauldre, Villepinte. A média de idades dos participantes foi de 18 anos e três meses e desvio padrão de 2 anos. A Tabela 8 apresenta o delineamento do estudo por país e etnia.

Tabela 8. Delineamento da segunda etapa.

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Brasil SC	Etnia	Branco	60	60	120
		Afrodescend.	60	60	120
	Total		120	120	240
França Ile-de-France	Etnia	Branco	60	60	120
		Afrodescend.	60	60	120
	Total		120	120	240
Total geral			240	240	480

Com relação ao sexo dos participantes, 240 eram do sexo masculino e 240, do sexo feminino. E com relação à etnia, 240 eram afrodescendentes, e 240 brancos. No Brasil, os participantes que se declararam negros, pardos, mulatos e morenos foram considerados afrodescendentes, na França, os estudantes que declararam serem filhos de imigrantes vindos de países da África, do Maghreb e territórios de outro mar (Martinica, Guadalupe, Guiana Francesa, etc) foram considerados afrodescendentes para este estudo.

Nível Sócio cultural

A partir da classificação dos participantes quanto ao seu nível sócio-cultural, observa-se que 67,29 % da amostra total apresenta nível sócio cultural desfavorável. Fazendo-se uma análise comparativa entre os dois países, observa-se (Tabela 9) que os brasileiros são maioria em ocupar a classificação nível Desfavorável (79,1% contra 55,8% dos franceses), enquanto os franceses são mais numerosos em ocupar o nível Médio (38,3% contra 17,6% dos brasileiros). Houve associação estatisticamente significativa entre o país e o nível sócio-cultural dos participantes [$\chi^2 = 29,65$; gl = 2; $p < 0,001$].

Tabela 9. Nível sócio cultural por país.

		Nível sociocultural			Total
		Desfavorável	Médio	Favorável	
País	Brasil	189	42	8	239
	% por País	79,1%	17,6%	3,3%	100,0%
	França	134	92	14	240
	% por País	55,8%	38,3%	5,8%	100,0%
Total		323	134	22	479
	% por País	67,4%	28,0%	4,6%	100,0%

Inserindo-se a variável etnia, observa-se que houve associação significativa entre a etnia dos participantes (branco ou afrodescendente) e seu nível sócio cultural para os franceses [$\chi^2 = 9,78$; gl = 2; $p < 0,05$], o que indica que há proporcionalmente mais afrodescendentes com nível sócio cultural desfavorável que brancos, e mais brancos com nível sócio cultural médio que afrodescendentes; Mas não houve para a amostra brasileira [$\chi^2 = 0,0$; gl = 2; NS], pois ambos os grupos brasileiros (brancos e afrodescendentes) foram classificados em sua maioria no nível Desfavorável (ver Figura 2).

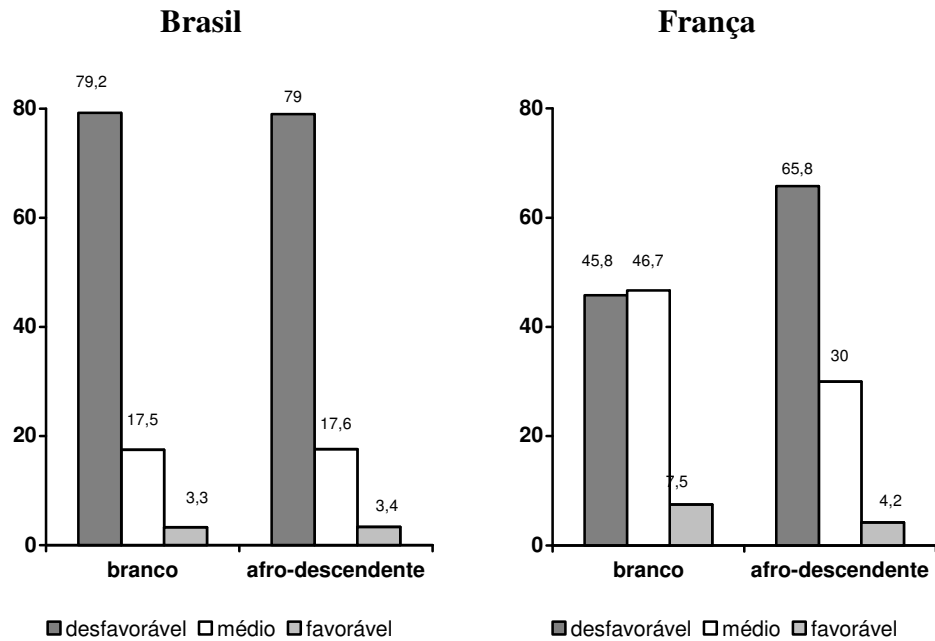


Figura 2. Nível sócio cultural dos participantes por etnia e país.

Experiências sexuais

Em termos de experiências sexuais, a proporção de 78,34 % dos participantes relatou já ter tido pelo menos uma relação sexual com penetração. Comparando-se os participantes por país (Tabela 10), observou-se que a amostra distribuiu-se homogeneamente, sendo que os franceses superam os brasileiros em ter tido relações sexuais algumas vezes (31,5% contra 25,6%) e os brasileiros superam os franceses em ter tido relações sexuais muitas vezes (47,1% contra 36,6%). Porém não houve associação estatisticamente significativa entre ter tido relação sexual e país [$\chi^2 = 6,81$; gl = 3; NS].

Tabela 10. Relação sexual por país.

		Já teve relação sexual com penetração?				Total
		Nunca	Uma	Algumas vezes	Muitas vezes	
País	Brasil	51	14	61	112	238
		21,4%	5,9%	25,6%	47,1%	100,0%
	França	53	23	75	87	238
		22,3%	9,7%	31,5%	36,6%	100,0%
Total		104	37	136	199	476
		21,8%	7,8%	28,6%	41,8%	100,0%

Com relação à etnia, (Figura 3), entre os brasileiros, os brancos apresentaram percentual de participantes que já haviam tido relações muitas vezes, superior ao dos afrodescendentes (50,8% contra 43,2%), enquanto que houve proporcionalmente mais afrodescendentes que nunca haviam tido relações (27,1% contra 15,8 % dos brancos). Para os franceses, houve uma diferença muito grande entre brancos e afrodescendentes no que tange a nunca ter tido relações sexuais (37,3% para os afrodescendentes contra 7,5% dos brancos). Não houve associação estatisticamente significativa entre etnia e experiência sexual para os brasileiros [$\chi^2 = 4,6$; gl = 3; NS], mas houve para os franceses [$\chi^2 = 38,95$; gl = 3; $p < 0,001$].

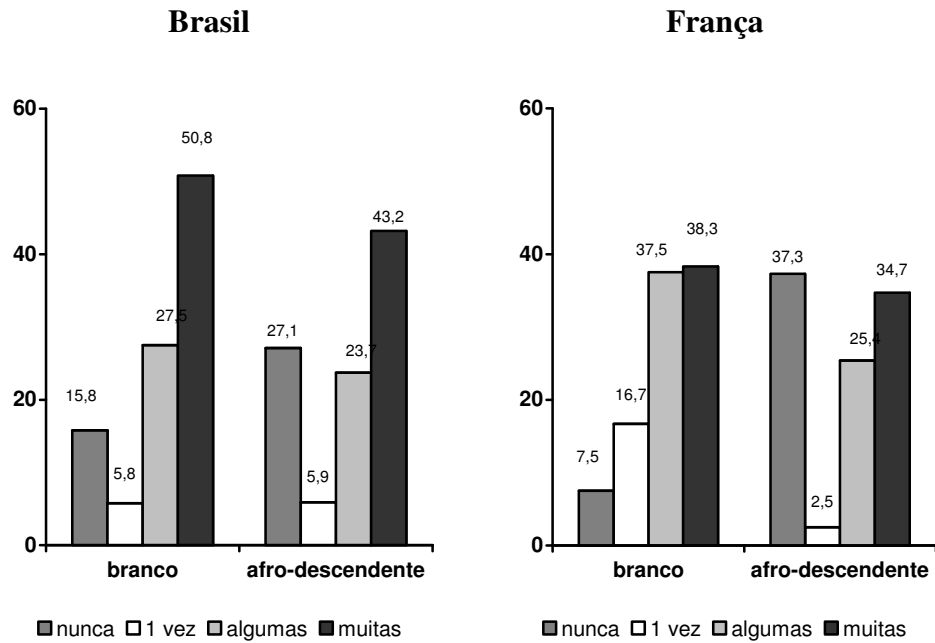


Figura 3. Relação entre a experiência sexual em função da etnia por país.

Quanto à frequência de relações sexuais nos últimos 12 meses, (Tabela 11) 49,9% dos participantes declarou que essas relações se deram com o mesmo parceiro. Comparando-se os participantes por país, observa-se que a distribuição foi homogênea, com os brasileiros superando os franceses em ter tido relações sexuais com a mesma pessoa (53,6% contra 46,3%) e com os franceses superando os brasileiros em ter tido relações com mais de uma pessoa (24,2% contra 18,3%). Não houve associação estatisticamente significativa entre a frequência das relações sexuais e o país [$\chi^2 = 3,3$; gl = 2; NS].

Tabela 11. Frequência das relações sexuais por país.

		Nos últimos 12 meses, teve relações sexuais com penetração?			
		Não	Sim, com a mesma pessoa	Sim, com mais de uma pessoa	Total
País	Brasil	66 28,1%	126 53,6%	43 18,3%	235 100,0%
	França	71 29,6%	111 46,3%	58 24,2%	240 100,0%
Total		137 28,8%	237 49,9%	101 21,3%	475 100,0%

Com relação à etnia, dentre os brasileiros, 57,6% dos brancos afirmam que suas relações sexuais dos últimos 12 meses se deram com a mesma pessoa, contra 49,6% dos afrodescendentes. Para os franceses, 58,9% dos brancos contra 34,2% dos afrodescendentes também afirmam terem se relacionado com a mesma pessoa. Não houve associação significativa entre a frequência das relações sexuais nos 12 meses anteriores e etnia para os brasileiros [$\chi^2 = 2,32$; gl = 2; NS]. Porém houve para os franceses [$\chi^2 = 23,19$; gl = 2; $p < 0,001$]. (Ver Figura 4).

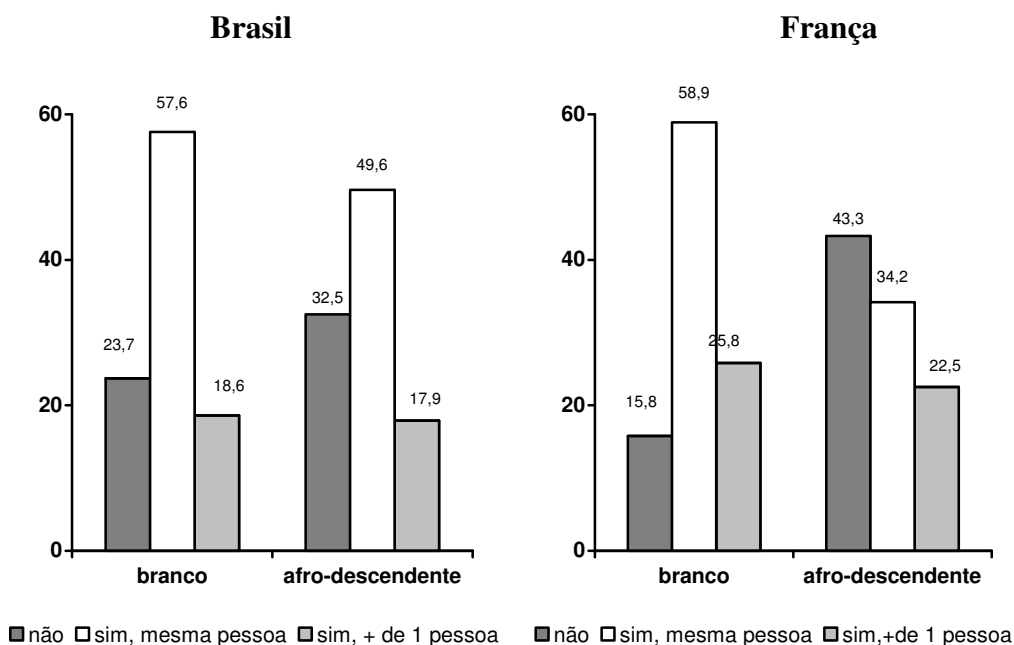


Figura 4. Relação entre a frequência de relações sexuais em função da etnia por país.

Com relação ao sexo dos participantes, observou-se que entre os brasileiros os meninos são maioria (85,7%) em declarar já ter tido uma relação sexual, enquanto as meninas são maioria em declarar nunca ter tido relação sexual (62,7%). Para os franceses as diferenças entre os sexos não foram tão intensas, porém os meninos são maioria em declarar ter tido relações sexuais algumas vezes (56%), enquanto as meninas são maioria em declarar nunca ter tido relações sexuais (64,2%). Houve associação estatisticamente significativa entre sexo e experiência sexual para brasileiros [$\chi^2 = 11,40$; gl = 3; $p < 0,05$], mas não houve para franceses [$\chi^2 = 5,65$; gl = 3; NS]. (Ver Figura 5).

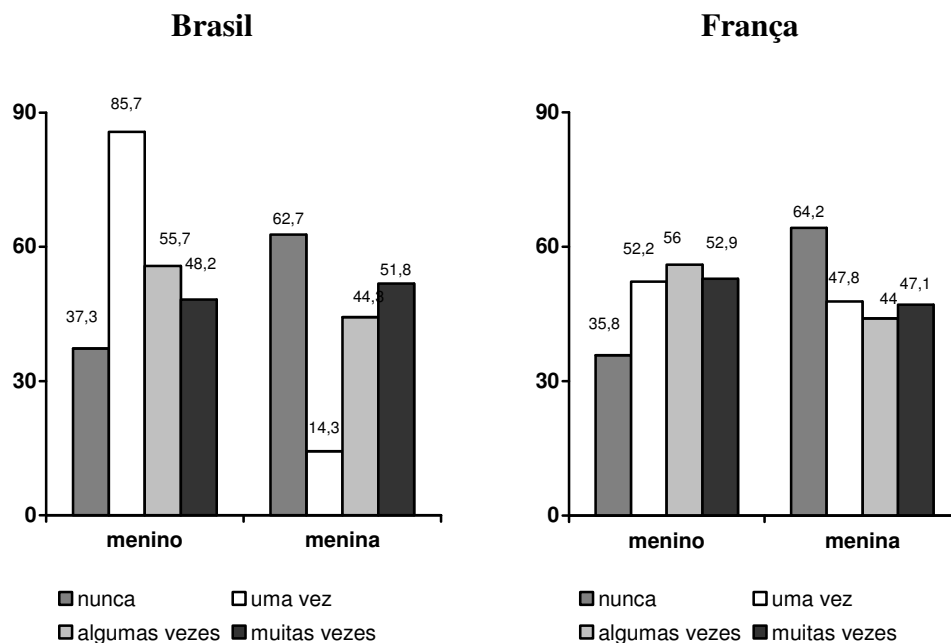


Figura 5. Relação entre a frequência de relações sexuais em função do sexo por país.

Dimensão afetiva e sexual

Experiências afetivas

Pouco mais da metade dos participantes, 52%, afirma ter namorado(a), 41,4% dos brasileiros e 62,7% dos franceses. Houve diferença significativa nas proporções conforme o país e o fato de ter namorado, o que indica que os participantes franceses namoram mais que os brasileiros [$\chi^2 = 21,56$; gl = 1; $p < 0,001$]. Inserindo-se a variável etnia não houve diferença significativa nas proporções conforme esta variável para os brasileiros [$\chi^2 = 1,27$; gl = 1; NS] nem para os franceses [$\chi^2 = 0,29$; gl = 1; NS] (ver Figura 6).

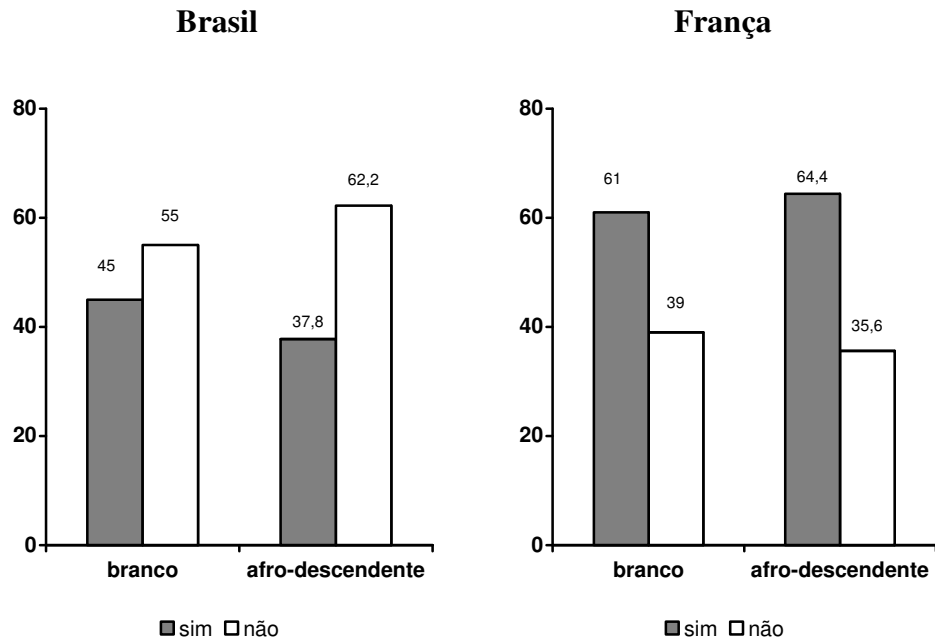


Figura 6. Ter namorado por etnia e país.

Com relação a ter namorado e o sexo dos participantes (Figura 7), entre os brasileiros, as meninas namoram mais que os meninos (48,3% contra 34,5%), havendo diferença estatisticamente significativa entre sexo e ter namorado [$\chi^2 = 4,74$; gl = 1; $p < 0,05$]. Para os franceses, a amostra se dividiu mais homogeneamente entre os sexos, e os meninos namoram mais que as meninas (63,6% para eles contra 61,9% para elas) não havendo, porém diferenças estatisticamente significativas entre as proporções [$\chi^2 = 0,07$; gl = 1; NS].

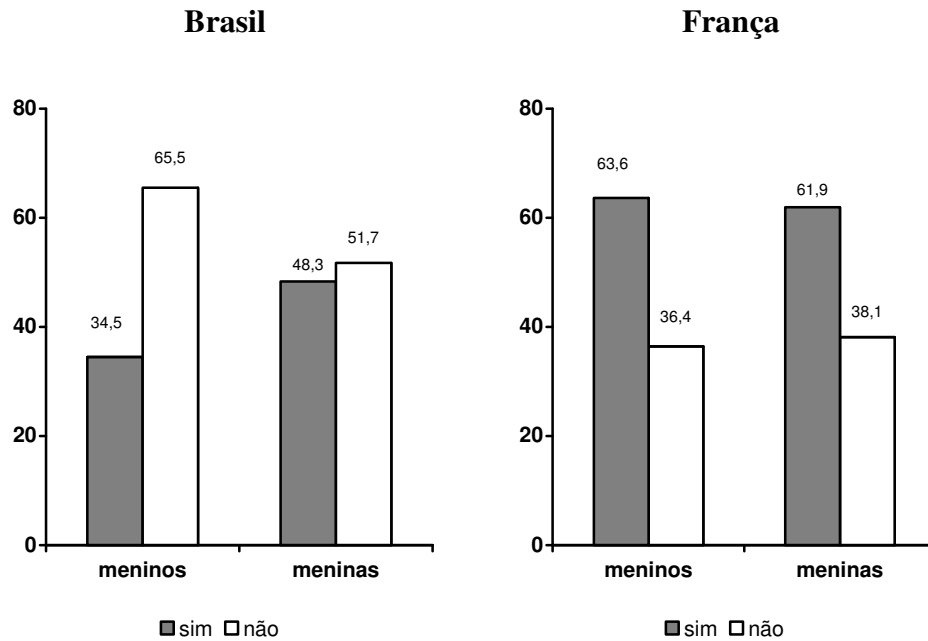


Figura 7. Ter namorado por sexo e país.

De acordo com a Tabela 12, mais da metade dos participantes brasileiros com namorado(a) (55,6 %) disseram namorar há mais de 12 meses na época da pesquisa enquanto a maior proporção dos franceses com namorado (34,6%) ficou entre os que namoram há menos de 3 meses. Houve associação estatisticamente significativa entre tempo de namoro e o país [$\chi^2 = 15,08$; gl = 3; $p < 0,05$] o que indica que os namoros dos brasileiros são mais duradouros que os dos franceses.

Tabela 12: Tempo de namoro por país.

		Se sim, há quanto tempo estão juntos?				
		menos 3 meses	3-6 meses	6-12 meses	+12 meses	Total
País	Brasil	18	13	17	60	108
		16,7%	12,0%	15,7%	55,6%	100,0%
	França	53	27	18	55	153
		34,6%	17,6%	11,8%	35,9%	100,0%
Total		71	40	35	115	261
		27,2%	15,3%	13,4%	44,1%	100,0%

Inserindo-se a variável etnia, encontrou-se associação estatisticamente significativa entre tempo de namoro e etnia na amostra brasileira [$\chi^2 = 13,23$; gl = 3; $p < 0,05$] o que indica que os brancos têm namoros com maior tempo de duração no Brasil. Mas não houve para a amostra francesa [$\chi^2 = 3,59$; gl = 3; NS] (ver Figura 8).

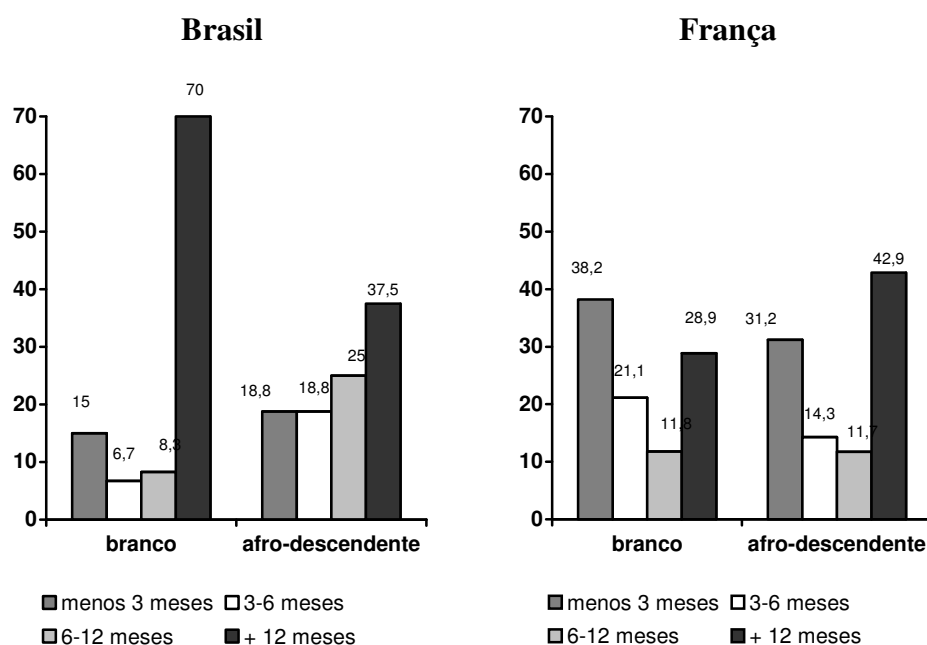


Figura 8. Tempo de namoro por etnia e país.

Relações entre experiências afetivas e sexuais

Fez-se um cruzamento entre ter namorado (a) ou não e a frequência das relações sexuais. Houve associação estatisticamente significativa entre estas variáveis tanto para brasileiros [$\chi^2 = 44,39$; gl = 2; $p < 0,001$], quanto para franceses [$\chi^2 = 13,61$; gl = 2; $p = 0,001$] o que indica que nos dois países, os jovens que namoram declararam ter tido relações sexuais com apenas 1 pessoa nos últimos 12 meses (Ver Figura 9).

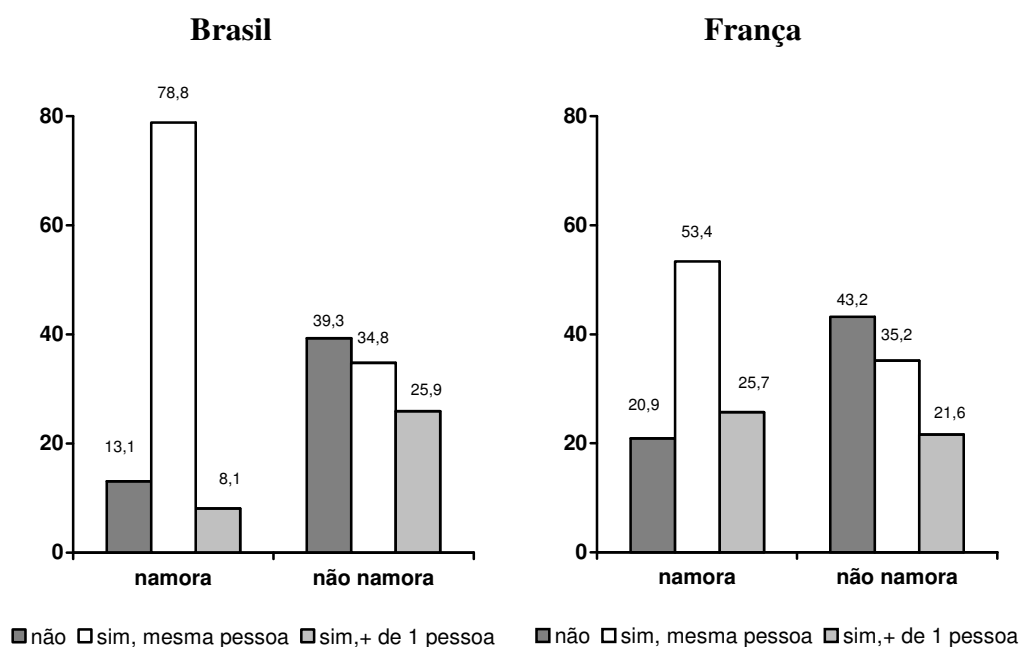


Figura 9. Relação entre a frequência sexual por namoro e por país.

Quanto à relação entre sexo dos participantes e ter tido relações sexuais nos 12 meses anteriores, foi observado que entre os brasileiros, 63,5% das meninas declararam terem tido relações sexuais com uma única pessoa, contra 44,2% dos meninos. Enquanto 29,2% dos meninos declararam terem tido relações sexuais com mais de 1 pessoa, contra apenas 7% das meninas. Foi observada associação estatisticamente significativa entre estas

duas variáveis para brasileiros [$\chi^2 = 20,09$; gl = 2; $p < 0,001$] indicando que a maioria das meninas brasileiras tiveram relações com uma pessoa, enquanto os rapazes distribuíram-se mais homoganeamente entre ter tido relações com uma e com várias pessoas.

Entre os franceses, 50,8% das meninas declararam terem tido relações sexuais com apenas 1 pessoa nos últimos 12 meses, contra 41,7% dos meninos, e 32,5% dos meninos declararam terem tido relações sexuais com mais de uma pessoa, contra 15,8% das meninas. Foi observada associação significativa entre as duas variáveis também para os franceses [$\chi^2 = 9,12$; gl = 2; $p < 0,05$] (ver Figura 10), mantendo-se relação semelhante a encontrada no Brasil.

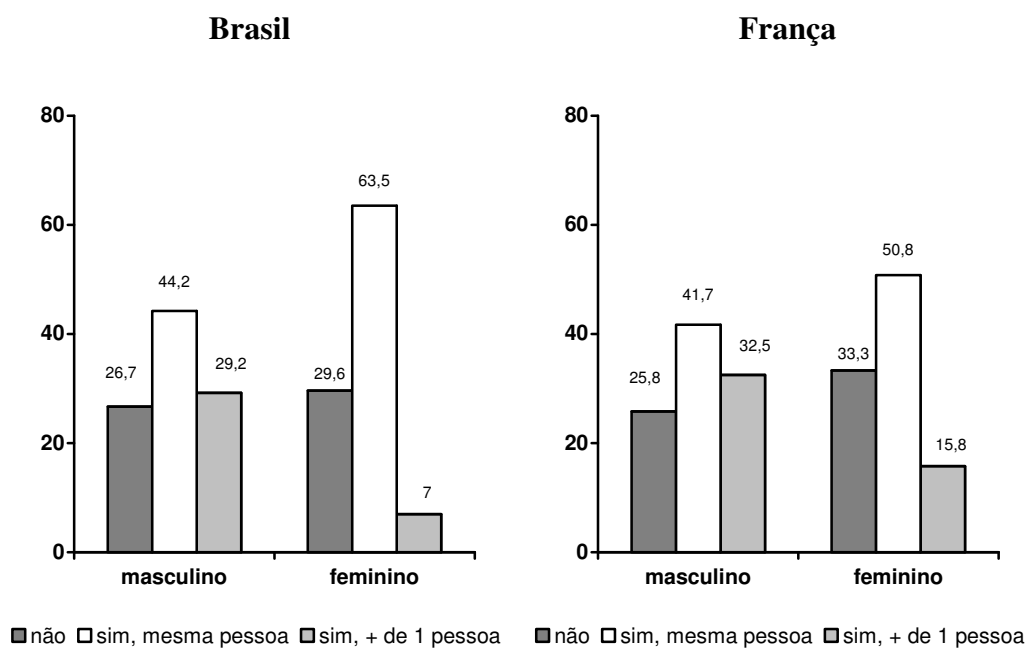


Figura 10. Relação entre a frequência sexual por sexo e por país.

Experiências afetivas, sexuais e a religião.

Como dito no início, algumas questões deste estudo precisaram passar por alterações para se adaptar à realidade francesa. Uma dessas foi a questão sobre a religiosidade dos participantes.

No Brasil, tal questão era da seguinte maneira: “Você tem uma religião? E as opções de resposta eram: Sim, mas não sou praticante; Sim, e sou praticante; Não. Na França, não foi possível utilizar a questão desta forma, motivo pelo qual ela foi modificada para: “A religião é para você” Com as seguintes opções de respostas: Nenhum pouco importante; Não importante; Suficientemente importante; Muito importante.

Assim, com esta modificação, a análise desta questão foi feita de forma separada para os dois países, com análises comparativas internas entre os grupos de jovens (brancos e afrodescendentes). Porém a comparação entre os dois países ficou impossibilitada.

Tabela 13. Ter religião por etnia entre os brasileiros

		Tem religião?			
		Sim e é praticante	Sim e não é praticamente	Não	Total
Etnia	Branco	41 34,2%	58 48,3%	21 17,5%	120 100,0%
	Afro	36 30,5%	56 47,5%	26 22,0%	118 100,0%
Total		77 32,4%	114 47,9%	47 19,7%	238 100,0%

Para os brasileiros não houve diferenças étnicas quanto a ter uma religião (Ver Tabela 13). Entre os brancos 34,2% disseram ser praticante, enquanto 17,5 % disseram não

ter religião. Entre os afrodescendentes 30,5 % afirmaram serem praticantes e 19,7 % declararam não ter religião [$\chi^2 = 0,87$; gl = 2; NS].

Dentre os participantes brasileiros que se afirmaram praticantes religiosos, a amostra dividiu-se mais igualitariamente entre os que nunca tiveram relações, tiveram até algumas relações e tiveram muitas, com predomínio dos que nunca tiveram (37,8%). Entre os não-praticantes, os participantes concentraram-se nas modalidades tiveram até algumas vezes (40,3%) e muitas vezes (39,8%), e os que nunca tiveram foram minoria. Também há associação entre ser ou não praticante de uma religião e ter tido relação sexual com penetração [$\chi^2 = 3,12$; gl = 1; $p < 0,05$].

Colocando-se a variável etnia como controle, foi observado que entre os brancos praticantes predominaram os que nunca haviam tido relações sexuais (35,2%), e houve proporções próximas de participantes que tinham tido muitas relações sexuais e que tinham tido uma ou algumas relações sexuais. Já entre os não-praticantes, 84% tinham tido pelo menos uma relação sexual, e uma minoria não havia tido nenhuma. Para os afrodescendentes praticantes também houve predomínio de pessoas que não haviam tido relações sexuais (41,2%), seguidos pela proporção dos que haviam tido muitas vezes, e por sua vez esta pelos que haviam tido poucas relações. Entre os não-praticantes, a maior proporção foi de indivíduos com pouca experiência sexual, seguidos pelos que haviam tido muitas relações, e os que não haviam tido relações foram a minoria (ver Figura 11).

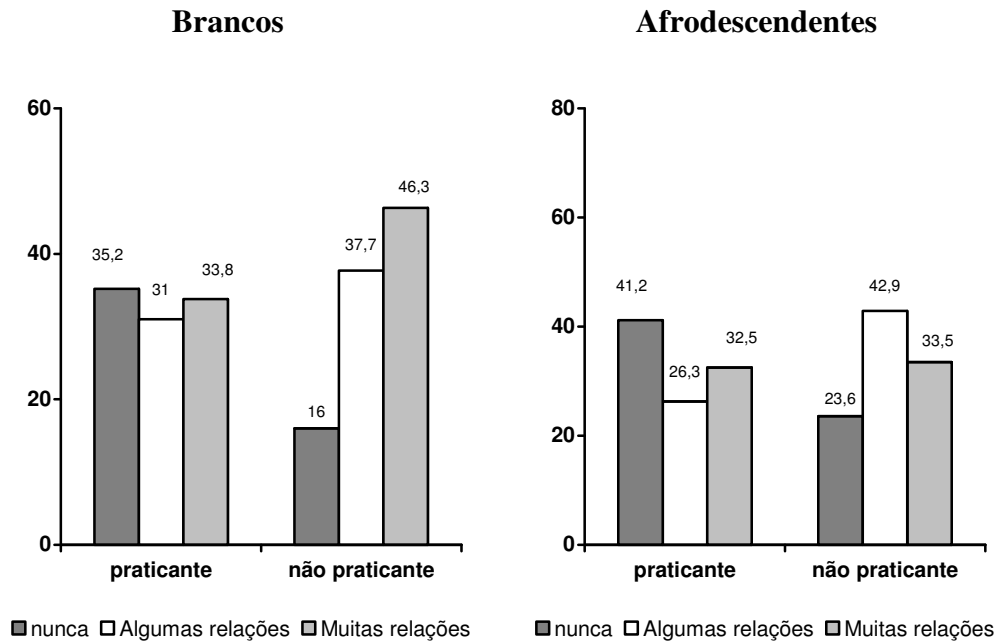


Figura 11. Relação entre religião e relações sexuais em função de etnia.

Foram observadas associações significativas entre ter religião e ter relações sexuais tanto para brancos [$\chi^2 = 15,87$; gl = 2; $p < 0,001$] quanto para afrodescendentes [$\chi^2 = 12,42$; gl = 2; $p < 0,01$]. Percebe-se, porém, comparando brancos e afrodescendentes, que as proporções de indivíduos, especialmente não-praticantes, que nunca tiveram ou tiveram poucas relações sexuais foram maiores entre os afrodescendentes.

Dentre os brasileiros que já tinham tido relações sexuais, embora tanto para praticantes quanto para não praticantes a maior proporção tenha sido de indivíduos que disseram ter tido relações com a mesma pessoa, entre praticantes a proporção foi maior (69,8% contra 59,5%). Além disso, proporcionalmente menos praticantes disseram ter tido relações com mais de uma pessoa, em comparação com os não-praticantes (16,7% e 26,4%, respectivamente). Houve associação entre ter tido relações nos 12 meses anteriores e ser ou não praticante de uma religião [$\chi^2 = 6,01$; gl=2; $p < 0,05$].

Na França, de acordo com a Figura 12, para 46,6% dos jovens brancos a religião não é nenhum pouco importante, e para 34,7% ela não é importante, somente para 3,4% ela é muito importante. Para os afrodescendentes este escore se inverte: para 30,5% ela é muito importante, e para 34,7% ela é importante. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a importância atribuída à religião e a etnia entre os franceses [$\chi^2 = 57,00$; $gl=3$; $p < 0,001$].

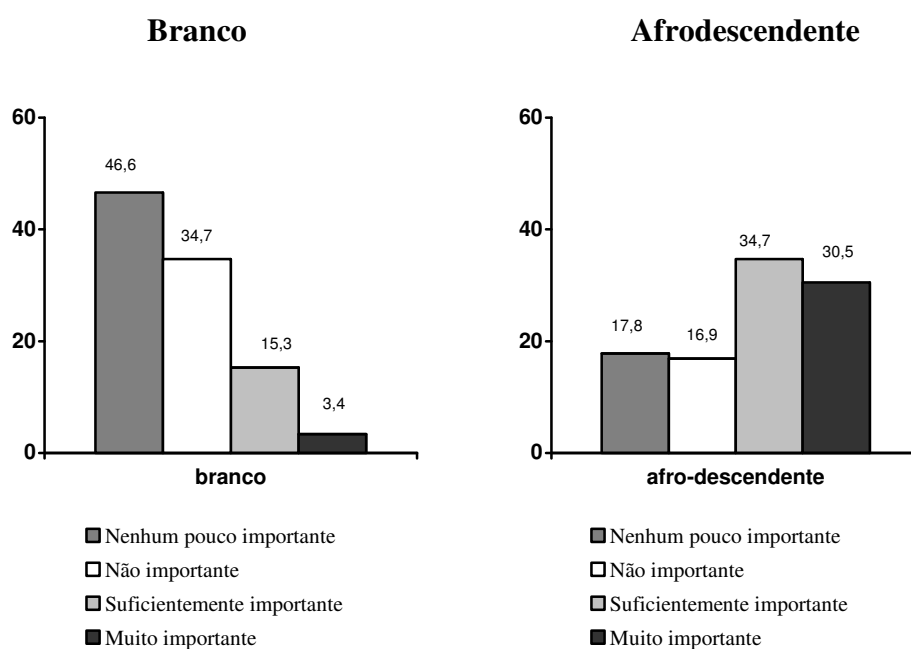


Figura 12. Importância atribuída à religião na França, por grupo étnico.

Fazendo-se um cruzamento entre a importância atribuída à religião e a frequência das relações sexuais (Figura 13), observou-se que na França, 52,5% daqueles que declararam não ter tido relações sexuais nos últimos 12 meses disseram considerar a religião muito importante e 32,2% a consideraram suficientemente importante. Para aqueles que declaram ter tido relações sexuais com uma pessoa, 49,2% não consideram a religião

uma coisa importante e 55,3% a consideram nenhum pouco importante. Houve associação estatisticamente significativa entre a frequência das relações sexuais e a importância atribuída à religião para os franceses [$\chi^2 = 15,53$; gl = 6; p < 0,05].

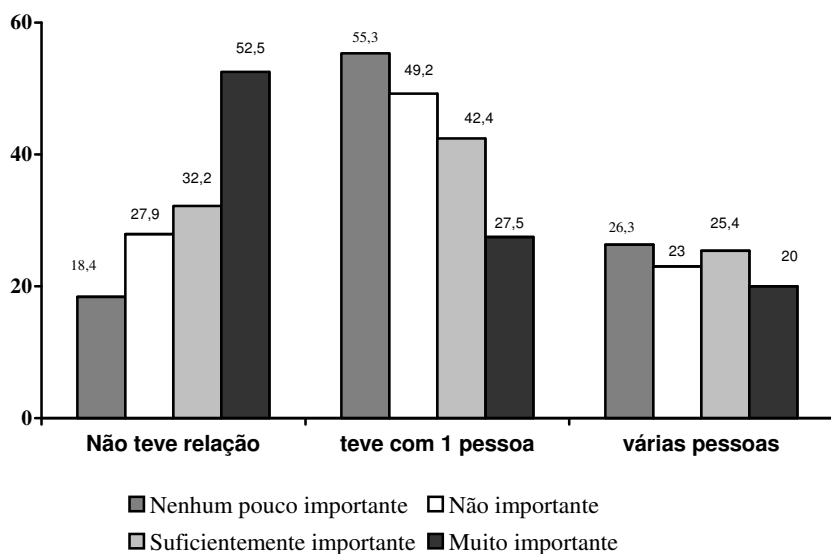


Figura 13. Importância atribuída à religião e a frequência das relações sexuais.

Dimensão conhecimento

Fontes de informação sobre aids

Considerando as proporções de participantes que indicaram as fontes de informação como origem da maioria de suas informações, as principais fontes, em ordem decrescente de importância foram: escola, televisão, folhetos informativos, profissionais de saúde, família, jornais e revistas, e amigos (ver Figura 14).

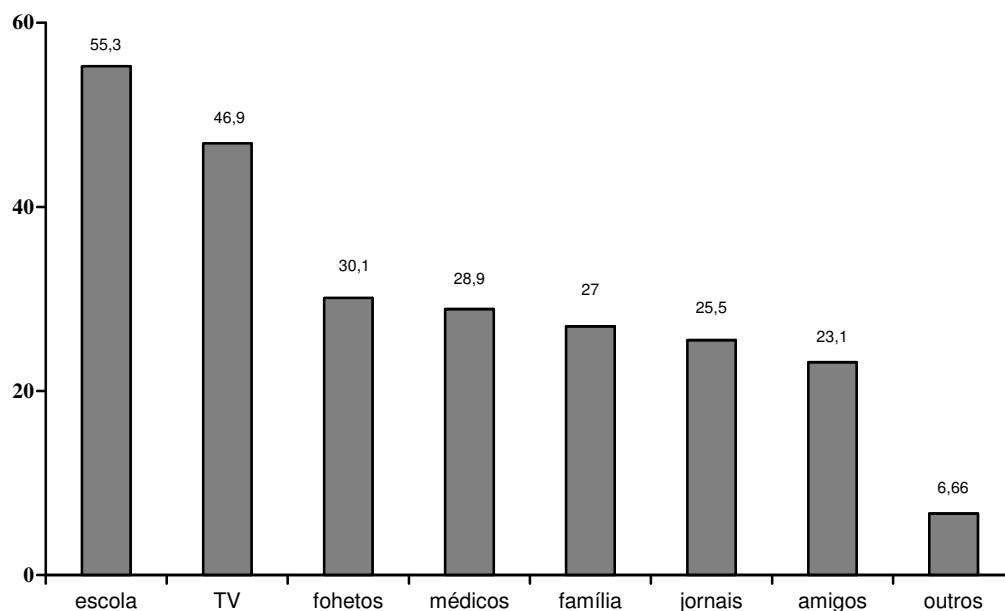


Figura 14. Distribuição das proporções de participantes que indicaram fontes de informação como principais.

A respeito das fontes de onde os participantes obtiveram conhecimento sobre a aids, a escola (Ver Tabela 14) aparece como a principal fonte de informação para 55,3% dos jovens participantes. Além disso, no Brasil, a escola foi citada como principal fonte de informação por 49,6% dos participantes, mas também como fonte de somente algumas informações por 44,4%. Na França, a escola foi citada como principal fonte de informação por 60,9% dos participantes e como fonte secundária por 28,2%. Houve associação estatisticamente significativa entre escola como fonte de informação e país, o que indica que para os franceses a escola é uma fonte mais importante de informação sobre aids que para os brasileiros. [$\chi^2 = 14,79$; gl = 2; p=0,001].

Tabela 14. Informações obtidas na escola por país.

		Informações obtidas na escola			Total
		A maioria	Algumas	Nenhuma	
País	Brasil	116	104	14	234
		49,6%	44,4%	6,0%	100,0%
	França	145	67	26	238
		60,9%	28,2%	10,9%	100,0%
Total		261	171	40	472
		55,3%	36,2%	8,5%	100,0%

Quanto à etnia, no Brasil a fonte escola como fonte principal, dividiu-se equivalentemente pelos grupos (48,3% para os jovens brancos e 50,9% para os jovens afrodescendentes). Na França, a diferença entre os grupos se acentuou: a escola foi citada como principal fonte, por 65,5% dos jovens brancos contra 56,3% dos afrodescendentes. Apesar dessa diferença, os dados não apontam associações estatisticamente significativas entre grupo étnico para as fontes de informação escola, nem para o Brasil [$\chi^2 = 1,77$; gl = 2; NS], nem para a França [$\chi^2 = 2,18$; gl = 2; NS]. (Ver Figura 15).

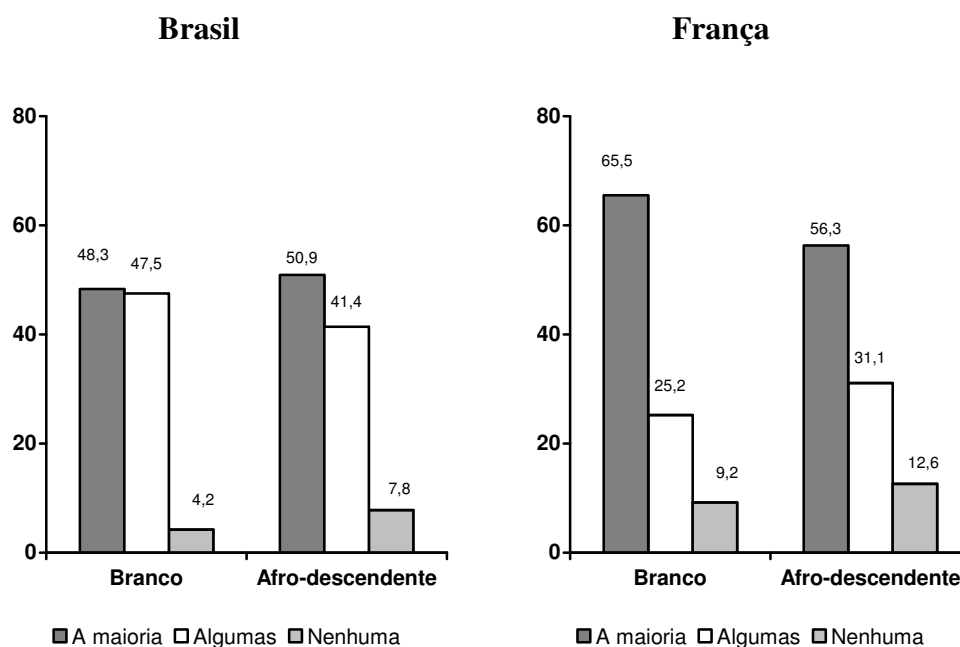


Figura 15. Distribuição das proporções de participantes que indicaram a escola como fonte de informação por país e etnia.

Conforme Tabela 15, a televisão ficou em segundo lugar, tendo sido citada como principal fonte de informação por 46,9% dos participantes. No Brasil, ela foi citada como principal fonte por 55,8% dos jovens e na França, por 38,1%. Houve associação estatisticamente significativa entre a fonte de informação TV e o país, o que indica que ela é uma fonte de informação sobre Aids mais importante para os jovens brasileiros que para os franceses. [$\chi^2 = 36,76$; gl = 2; $p < 0,001$].

Tabela 15. Informações obtidas pela TV por país

		Informações obtidas pela televisão			Total
		A maioria	Algumas	Nenhuma	
País	Brasil	130	95	8	233
		55,8%	40,8%	3,4%	100,0%
	França	90	97	49	236
		38,1%	41,1%	20,8%	100,0%
Total		220	192	57	469
		46,9%	40,9%	12,2%	100,0%

Além disso, tanto no Brasil, quanto na França, a TV foi citada como principal fonte de informação mais por afrodescendentes que por brancos (59,1% para os afrodescendentes contra 52,5% para brancos no Brasil) e (42,4% para os afrodescendentes contra 33,9% para os brancos na França). (Ver Figura 16). Porém, apesar destas diferenças, esta associação entre TV como fonte de informação e etnia não foi estatisticamente significativa nem para o Brasil [$\chi^2 = 4,01$; gl = 2; NS], nem para a França [$\chi^2 = 2,20$; gl = 2; NS].

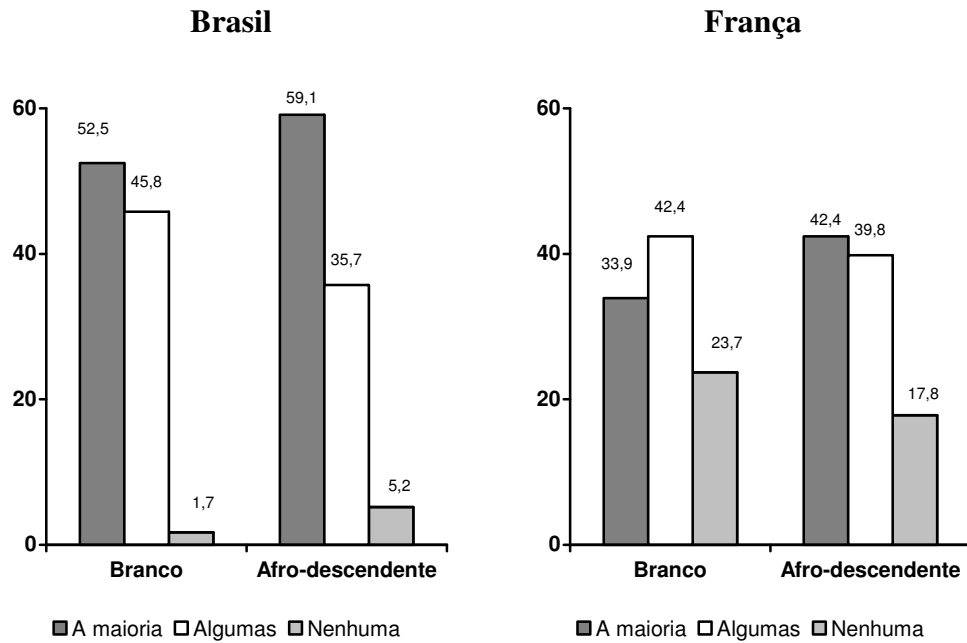


Figura 16. Distribuição das proporções de participantes que indicaram televisão como fonte de informação por país e etnia.

Na amostra em geral, 30,1% dos participantes declararam que os folhetos informativos eram fonte da maioria das informações. No Brasil, os folhetos foram citados como fonte principal de informação por 39,3% dos participantes, mas também citada como fonte de apenas algumas informações por igual porcentagem (39,3%). Na França, apenas 21,3% dos participantes declarou essa fonte como principal, enquanto 36,6% a declarou como fonte secundária de informações acerca da aids. Houve associação entre a fonte folhetos e o país, o que indica que para os brasileiros, essa foi uma fonte mais importante que para os franceses. [$\chi^2 = 27,93$; gl = 2; $p < 0,001$]. Ver Tabela 16.

Tabela 16. Informações obtidas em folhetos explicativos por país

		Informações obtidas em folhetos explicativos			Total
		A maioria	Algumas	Nenhuma	
País	Brasil	88	88	48	224
		39,3%	39,3%	21,4%	100,0%
	França	50	86	99	235
		21,3%	36,6%	42,1%	100,0%
Total		138	174	147	459
		30,1%	37,9%	32,0%	100,0%

Além disso, no Brasil, os folhetos foram citados como principal fonte de informação por 41,1% dos jovens brancos e por 37,5% dos jovens afrodescendentes. Enquanto na França, os folhetos foram citados como principal fonte por 22,2% dos jovens brancos e por 20,3% dos afrodescendentes, o que demonstra que na França este método parece ser menos utilizado do que no Brasil para distribuir informações sobre Aids para os jovens. Não houve associação estatisticamente significativa entre etnia e a fonte folhetos para a amostra brasileira [$\chi^2 = 3,90$; gl = 2; NS], nem para a francesa [$\chi^2 = 0,16$; gl = 2; NS].

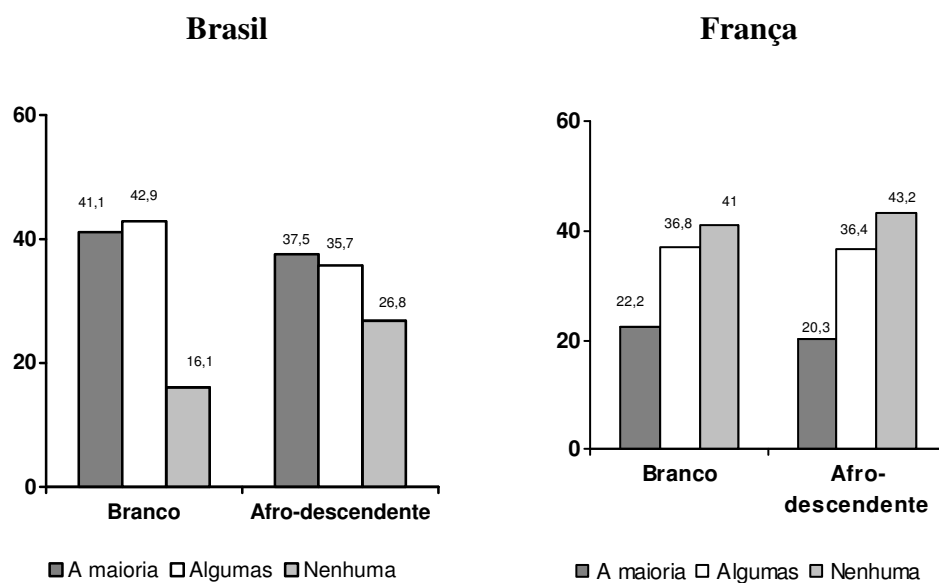


Figura 17. Distribuição das proporções de participantes que indicaram folhetos como fonte de informação por país e etnia.

Foi observado que os profissionais de saúde (Ver Tabela 17) são fontes importantes para cerca de um terço dos participantes (28,9%). Porém, tanto para o Brasil, quanto para a França, as porcentagens ficaram equilibradas no que tange as alternativas: fonte da maioria das informações, algumas informações e nenhuma informação. Para o Brasil os valores foram respectivamente: 31,3%, 37% e 31,7% e para a França: 26,5%, 36,1% e 37,4%. Não houve associação estatisticamente significativa entre país e a fonte de informação profissionais de saúde. [$\chi^2 = 1,99$; gl = 2; NS].

Tabela 17. Informações obtidas de médicos ou profissionais de saúde por país.

		Informações obtidas de médicos ou profissionais de saúde			Total
		A maioria	Algumas	Nenhuma	
País	Brasil	72 31,3%	85 37,0%	73 31,7%	230 100,0%
	França	61 26,5%	83 36,1%	86 37,4%	230 100,0%
Total		133 28,9%	168 36,5%	159 34,6%	460 100,0%

Além disso, no Brasil 24,6% dos jovens brancos declararam estes profissionais como principais fontes das informações que possuem contra 37,9% dos afrodescendentes. Na França, os resultados ficaram exatamente iguais para os dois grupos: 26,5% dos jovens brancos e dos afrodescendentes consideraram os profissionais de saúde como fontes principais das informações sobre aids que obtiveram. Não houve associação estatisticamente significativa entre etnia e a fonte de informação profissionais de saúde para o Brasil [$\chi^2 = 5,54$; gl = 2; NS], nem para a França [$\chi^2 = 1,34$; gl = 2; NS].

A família aparece em quinto lugar como a principal fonte de informação para 27% dos jovens. (Ver Tabela 18). Porém ela se mostrou mais importante para os brasileiros que para os franceses, visto que no Brasil a família foi citada como principal fonte por 33,8% dos participantes e como fonte de algumas informações por 39,4%, enquanto na França, ela foi citada como principal fonte por 20,4% e como fonte de algumas informações por 37,9%. Houve associação estatisticamente significativa entre país e família como fonte de informação. [$\chi^2 = 15,23$; gl = 2; p < 0,001].

Tabela 18. Informações obtidas da família por país

		Informações obtidas da família			Total
		A maioria	Algumas	Nenhuma	
País	Brasil	78	91	62	231
		33,8%	39,4%	26,8%	100,0%
	França	48	89	98	235
		20,4%	37,9%	41,7%	100,0%
Total		126	180	160	466
		27,0%	38,6%	34,3%	100,0%

Inserindo-se a variável etnia percebe-se que para a amostra brasileira, a família é a principal fonte de informação mais para os jovens afrodescendentes que para os brancos (40,2% contra 27,2%). Para os franceses esta relação se inverte e a família passa a ser principal fonte de informação mais para os jovens brancos que para os afrodescendentes (22,2% contra 18,6%). Por outro lado entre os jovens brasileiros, 29,8% dos brancos e 23,9% dos afrodescendentes afirmaram não ter recebido informações de seus familiares; e entre os franceses, 34,2% dos jovens brancos e 49,2% dos afrodescendentes também referiram não terem recebido nenhuma informação de seus familiares, indicando a inexistência de diálogo referente à aids neste contexto como sendo maior que a do Brasil.

Apesar destas diferenças, não houve associação estatisticamente significativa entre família como fonte de informação e etnia para o Brasil [$\chi^2 = 4,36$; gl = 2; NS], tampouco para a França [$\chi^2 = 5,53$; gl = 2; NS]. Ver Figura 18.

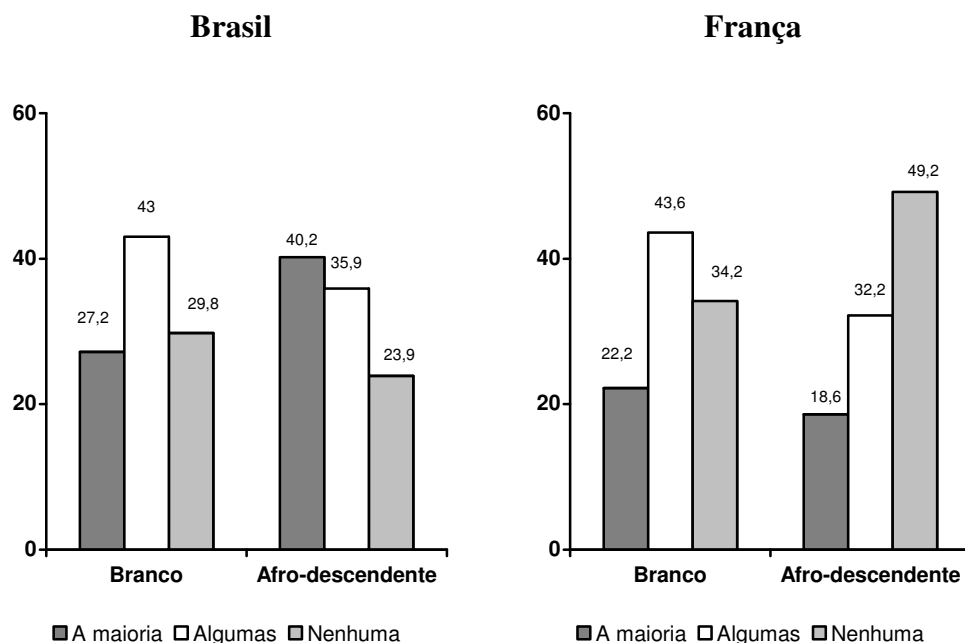


Figura 18. Distribuição das proporções de participantes que indicaram família como fonte de informação por país e etnia.

Cerca de menos de um terço (25,5%) dos participantes indicou jornais e revistas como principais fontes de informação (Ver Tabela 19). A maior parte dos participantes, 54,6%, respondeu que esse material forneceu-lhes apenas algumas informações, sendo considerados fontes secundárias de conhecimento. No Brasil, ela foi considerada como fonte da maioria das informações para 30,4% dos jovens e como fonte de algumas informações para 58,7%. Na França, os jornais e revistas foram considerados como principal fonte para 20,6% e como fonte secundária para 50,4% dos participantes. Houve associação estatisticamente significativa em relação a essa fonte e o país [$\chi^2 = 24,58$; gl =

2; $p < 0,001$] indicando que para os jovens brasileiros, jornais e revistas são fontes de informação mais importantes que para os franceses. Inserindo-se a variável etnia, não houve associação significativa em relação às fontes jornais e revistas e etnia para o Brasil [$\chi^2 = 0,03$; gl = 2; NS] tampouco para França [$\chi^2 = 0,78$; gl = 2; NS].

Tabela 19. Informações obtidas através de jornais e revistas por país

		Informações obtidas através de jornais e revistas			
		A maioria	Algumas	Nenhuma	Total
País	Brasil	70	135	25	230
		30,4%	58,7%	10,9%	100,0%
	França	47	115	66	228
		20,6%	50,4%	28,9%	100,0%
Total		117	250	91	458
		25,5%	54,6%	19,9%	100,0%

Finalizando os resultados sobre fontes de informação, os amigos aparecem como fontes de algumas informações para quase a metade dos participantes (48,8%) e como fonte da maioria das informações para 23,1%, revelando que os mesmos se mostram como fontes importantes de conhecimento para uma parcela significativa da amostra (Ver Tabela 20).

Tabela 20. Informações obtidas através de amigos por país

		Informações obtidas através dos amigos			
		A maioria	Algumas	Nenhuma	Total
País	Brasil	47	116	62	225
		20,9%	51,6%	27,6%	100,0%
	França	59	108	67	234
		25,2%	46,2%	28,6%	100,0%
Total		106	224	129	459
		23,1%	48,8%	28,1%	100,0%

Entre os brasileiros, os amigos foram principal fonte de informação para 20,9%, e entre os franceses, eles foram principal fonte para 25,2%, não havendo associação estatisticamente significativa entre a fonte amigos e o país [$\chi^2 = 1,66$; gl = 2; NS]. Porém para os jovens dos dois países, essa fonte de informação foi mais importante para os afrodescendentes que para os brancos. Para os brasileiros os amigos foram citados como principal fonte de informação por 25,7% dos afrodescendentes contra 16,1% dos brancos. Enquanto que para os jovens franceses, os amigos foram citados como principal fonte para 32,2% dos afrodescendentes contra 18,5% dos brancos. Não existe associação estatisticamente significativa nas proporções conforme a variável etnia para o Brasil [$\chi^2 = 4,5$; gl = 2; NS], mas houve para a França [$\chi^2 = 5,93$; gl = 2; p=0,5]. (Ver Figura 19).

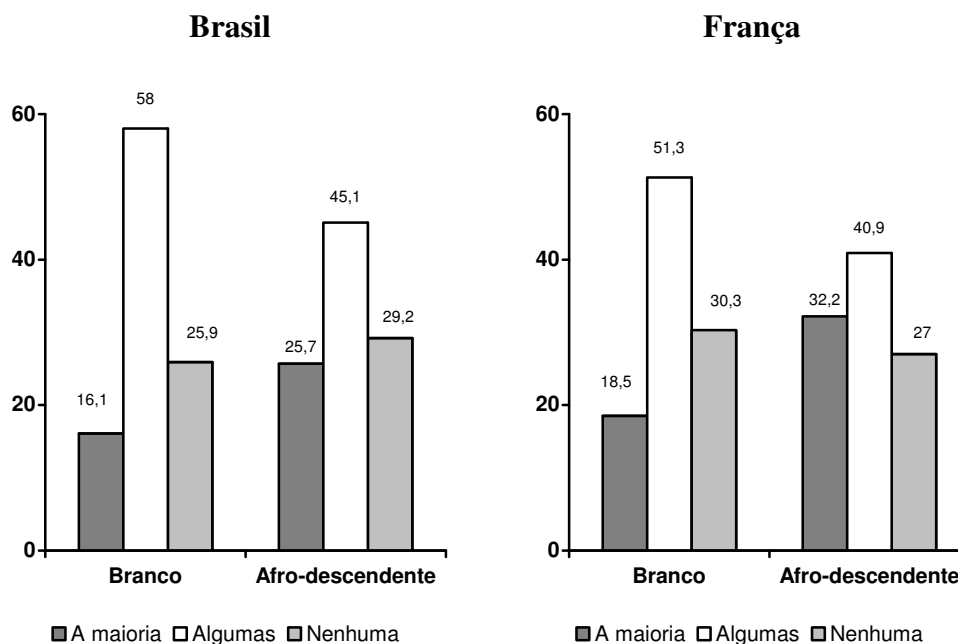


Figura 19. Distribuição das proporções de participantes que indicaram os amigos como fonte de informação por país e etnia.

Conhecimento sobre aids

Os participantes brasileiros obtiveram uma média de 5,80 acertos (desvio padrão de 2,04) no sub-teste de conhecimento sobre aids (dimensão vírus e transmissão da aids do TCCHA), dentre 10 possíveis, enquanto os franceses obtiveram uma média de 4,96 (desvio padrão de 2,16). A diferença foi significativa [$t = 4,34$; $gl = 476$; $p < 0,001$]. Tais médias de acertos se encontram abaixo da nota de corte de 7 acertos de do sub-teste vírus da aids e transmissão da doença, parte integrante da medida de Camargo, Barbará e Bertoldo (2005) sobre conhecimento acerca de aids.

Fazendo a mesma comparação com relação à etnia dos participantes, observou-se que os participantes brancos obtiveram a média de 5,59 (desvio padrão de 2,06), e os afrodescendentes a média de 5,18 (desvio padrão de 2,20). A diferença não foi significativa [$t = 2,10$; $gl = 476$; NS].

Com relação ao sexo dos participantes, observou-se que as meninas possuem um maior índice no sub-teste de conhecimento sobre aids, 5,41 acertos (desvio padrão 2,11) contra 5,36 (desvio padrão 2,17) dos meninos. Mas essa diferença não foi significativa [$t = 0,23$; $gl = 476$; NS].

A grande maioria da amostra de estudantes, 85,8% dos brasileiros e 75,3% dos franceses respondeu ter conhecimento sobre o que seria uma doença sexualmente transmissível, porém não houve associação estatisticamente significativa entre essa variável e etnia nem para o Brasil [$\chi^2 = 0,28$; $gl = 1$; NS] tampouco para a França [$\chi^2 = 0,01$; $gl = 1$; NS] de modo que os resultados aparecem distribuídos em proporções semelhantes entre ambos os grupos.

Quanto a já ter tido DST, de acordo com a Figura 20, dentre os participantes brasileiros 94,6% dos brancos e 88% dos afrodescendentes disseram nunca ter tido, enquanto 9,3% dos afrodescendentes e 2,7% dos brancos afirmam não saber se tiveram. Dentre os participantes franceses, 85,8% dos brancos e 80% dos afrodescendentes afirmam nunca terem tido, enquanto a mesma porcentagem (13,3%) de afrodescendentes e de brancos afirma não saber se tiveram DST. Não houve associação estatisticamente significativa entre etnia e ter tido DST nem para os brasileiros [$\chi^2 = 4,3$; gl = 2; NS], tampouco para os franceses [$\chi^2 = 5,6$; gl = 2; NS].

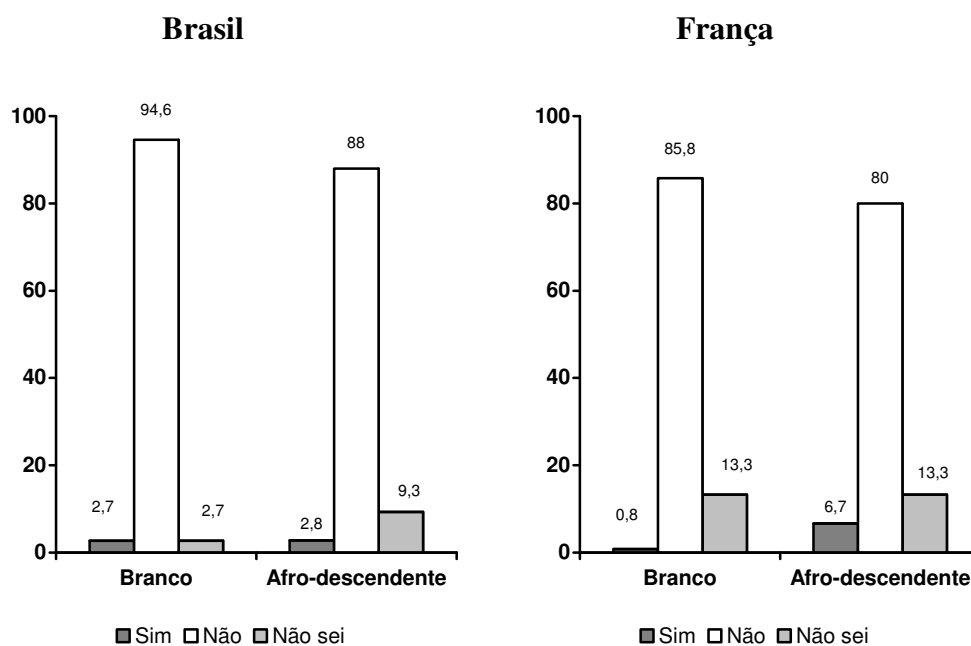


Figura 20. Distribuição das proporções de participantes que referiram já ter tido DST por país e etnia.

A respeito de como avaliam a qualidade de seu conhecimento sobre aids, dentre os participantes brasileiros, 46,4% pensam ser bem informados e 32,2% acredita não o ser. Já para os franceses, há maior proporção de participantes que pensam ter bom nível de

conhecimento sobre aids (55,5%) e menor de indivíduos que pensam não ser bem informados (23,1%). Os percentuais de participantes que não sabem avaliar seu grau de informação são similares, pouco menos de um quarto do total de cada país. Apesar das diferenças encontradas, não houve associação estatisticamente significativa entre auto-percepção do conhecimento sobre aids e o país. [$\chi^2 = 5,47$; gl = 2; NS] (ver Tabela 21).

Tabela 21. Relação entre auto-percepção do conhecimento sobre aids e país.

		Você é bem informado sobre AIDS?			Total
		Sim	Não	Não sei	
País	Brasil	111 46,4%	77 32,2%	51 21,3%	239 100,0%
	França	132 55,5%	55 23,1%	51 21,4%	238 100,0%
Total		243 50,9%	132 27,7%	102 21,4%	477 100,0%

Inserindo-se a variável etnia, observou-se que entre os brasileiros, 49,2% dos brancos e 43,7% dos afrodescendentes pensam que são bem informados sobre aids, enquanto 25% dos brancos e 39,5% dos afrodescendentes pensam não ser bem informados. Entre os franceses, 60,2% dos brancos e 55,5% dos afrodescendentes pensam ser bem informados, e 18,6% dos brancos e 27,5% dos afrodescendentes pensam não ser. Houve associação estatisticamente significativa entre etnia e auto-percepção sobre o nível de conhecimento para os brasileiros [$\chi^2 = 6,56$; gl =2; p < 0,05], mas não para os franceses [$\chi^2 = 2,96$; gl =2; NS]. (ver Figura 21).

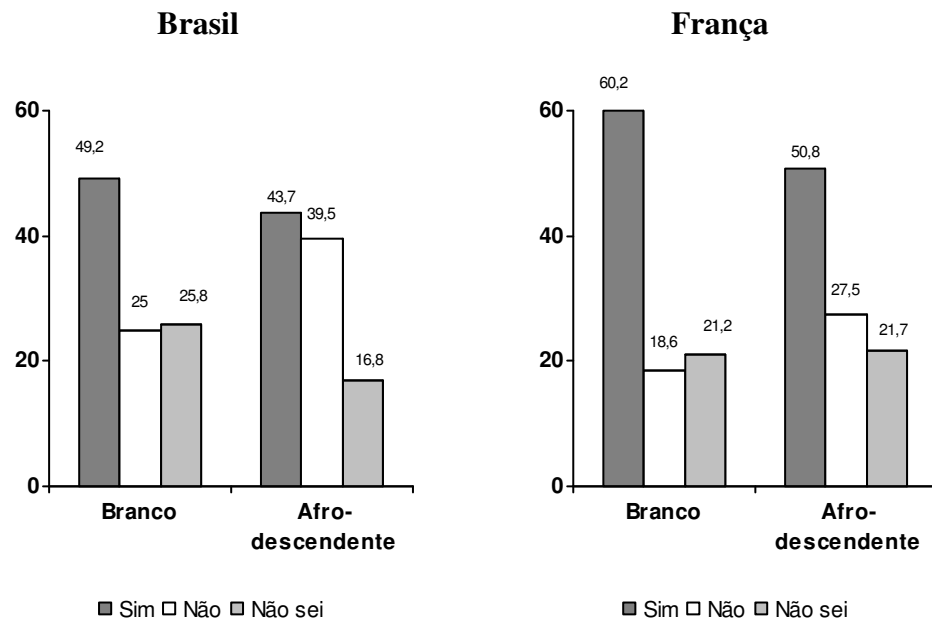


Figura 21. Distribuição das proporções de participantes quanto a autopercepção de informação sobre aids por país e etnia.

Foi realizada uma ANOVA 3 X 2 com etnia e autopercepção sobre conhecimento sobre aids (acha que é bem informado, acha que não é bem informado e não sabe se é bem informado) como fatores de medidas independentes e os escores no teste de conhecimento sobre aids como variável dependente. Foi encontrado efeito significativo da variável autopercepção sobre conhecimento sobre aids [$F(2, 469) = 6,53; p < 0,05$]. Os participantes que se julgavam mal informados sobre aids tiveram média de 5,12 acertos (desvio padrão de 0,18) (ver Figura 22).

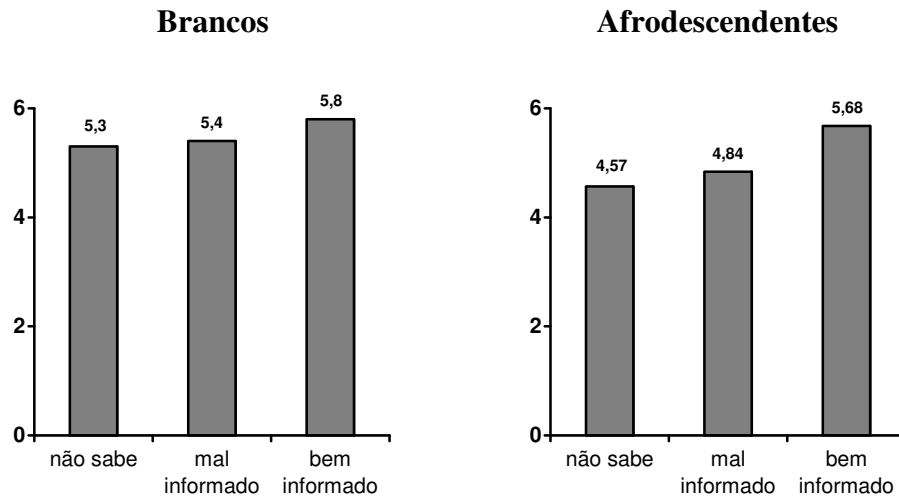


Figura 22. Quantidade de acertos no sub-teste sobre conhecimento acerca de aids por nível de auto-avaliação do conhecimento.

Os participantes que não sabiam estimar seu grau de informação tiveram média de 4,94 (desvio padrão 0,21), e os participantes que pensavam ser bem informados apresentaram média de 5,74 (desvio padrão 0,13). Com relação à etnia, dentre os participantes que se consideraram bem informados sobre aids, os brancos obtiveram média de 5,80 enquanto os afrodescendentes obtiveram média de 5,68. Dentre os que se consideraram mal informados, os brancos obtiveram média de 5,40 e os afrodescendentes média de 4,84. E por último, dentre os que não sabiam estimar seu grau de informação, os brancos obtiveram média de 5,30 e os afrodescendentes média de 4,57.

O teste de Tukey apontou uma diferença significativa entre as médias dos participantes que pensavam ser bem informados e os participantes que pensavam ser mal informados ($p < 0,05$). Assim, houve certa correspondência entre a percepção dos participantes e seu conhecimento sobre aids: os participantes que pensavam ser mal informados sobre aids saíram-se pior no sub-teste, e os que pensavam saber mais, obtiveram melhores resultados. Houve efeitos significativos da variável etnia [$F(1, 469) =$

4,94; $p < 0,05$] e não houve efeitos significativos da interação entre etnia e grau de auto-percepção de conhecimento [$F(2, 469) = 0,90$; NS].

Dimensão atitude frente o preservativo

Comparando-se a atitude de brasileiros e franceses acerca do uso do preservativo, foi observado que os primeiros tiveram média de 3,67, numa escala de 1 – atitude desfavorável - a 5 – atitude favorável - (desvio padrão 0,62), e os franceses tiveram média de 3,45 (desvio padrão 0,72). Comparando-se a atitude por sexo, chegou-se à média de 3,45 (desvio padrão 0,69) para os rapazes, e 3,67 (desvio padrão 0,65) para as meninas. Por ser acima do ponto médio da escala, 3, percebe-se que todos os grupos posicionaram-se favoravelmente ao uso do preservativo. Foi realizada uma ANOVA fatorial com sexo e etnia como variáveis independentes e atitude frente ao preservativo como variável dependente. Foi encontrado efeito significativo da variável sexo [$F(1, 472) = 12,57$; $p < 0,001$], o que indica que as meninas possuem atitude frente ao preservativo estatisticamente maior que a dos meninos ($d = 0,94$; efeito alto). Mas não foram encontrados efeitos significativos para as variáveis etnia [$F(1, 472) = 0,007$; NS] nem para a interação entre etnia e sexo [$F(1, 472) = 0,36$; NS].

Ainda com relação às atitudes, observou-se que o fato de já ter tido relações sexuais aumenta o conhecimento dos adolescentes sobre HIV/Aids, porém diminui sua atitude frente o uso do preservativo. A partir desses dados propõe-se um modelo explicativo (Ver Figura 23) que relaciona as atitudes frente o preservativo, o conhecimento sobre HIV/Aids e a experiência sexual dos adolescentes.

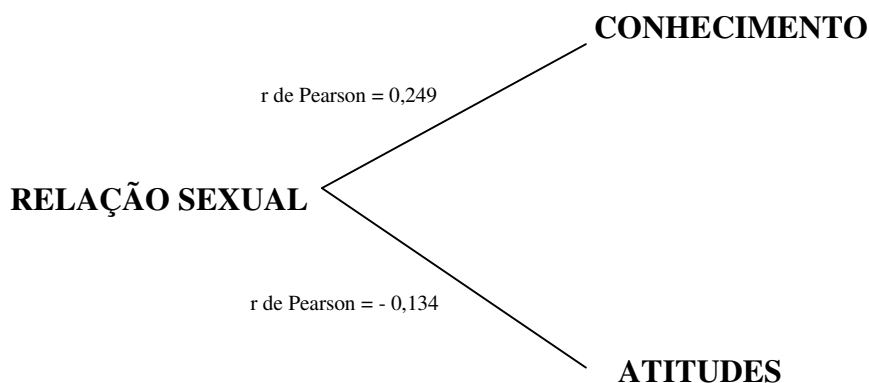


Figura 23. Esquema explicativo de relação entre atitudes, conhecimento e experiência sexual.

O conhecimento sobre aids mostrou-se variável conforme a experiência sexual dos participantes. Foi observado que as pessoas que tiveram relações sexuais algumas vezes (brancos = 5,43; desvio padrão 0,2 e afrodescendentes = 5,39; desvio padrão de 0,2) e muitas vezes (brancos = 5,89; desvio padrão 0,2 e afrodescendentes = 5,82; desvio padrão de 0,2) obtiveram um escore maior no teste de conhecimento sobre aids que os que nunca tiveram relações sexuais (brancos = 4,96; desvio padrão 0,3 e afrodescendentes = 4,21; desvio padrão de 0,2).

Por outro lado, as pessoas sem experiência sexual tiveram atitudes mais favoráveis ao uso do preservativo, isto é, uma média maior na escala (brancos = 4,0; desvio padrão 0,12 e afrodescendentes = 3,80; desvio padrão de 0,07) que os participantes que tiveram até algumas (brancos = 3,43; desvio padrão 0,07 e afrodescendentes = 3,48; desvio padrão de 0,07) ou muitas relações sexuais (brancos = 3,60 e desvio padrão 0,06 e afrodescendentes = 3,5 e desvio padrão de 0,06).

Observou-se ainda os participantes que declararam não ter usado preservativo nos últimos 12 meses obtiveram média de 3,35, aqueles que afirmaram ter utilizado em

algumas relações, média de 3,44, enquanto os que afirmaram terem utilizado em todas as relações obtiveram a maior média, 3,60 na escala de atitudes. Os que disseram não saber se haviam utilizado, foram os que obtiveram a menor média dentre todos os outros: 3,33. Porém, apesar destas variações nos escores, após a realização de uma regressão linear conduzida para determinar o efeito da variação na média de atitudes sobre o uso do preservativo, constatou-se que não houve correlação entre as duas variáveis ($F=0,26$; NS).

Tabela 22. Sentimento de medo frente à aids por país.

			Você tem medo de vir a ter AIDS?				
			Nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Total
País	Brasil	Count	18	37	29	148	232
			7,8%	15,9%	12,5%	63,8%	100,0%
	França	Count	67	61	40	46	214
			31,3%	28,5%	18,7%	21,5%	100,0%
Total		Count	85	98	69	194	446
			19,1%	22,0%	15,5%	43,5%	100,0%

Quanto ao sentimento experimentado diante da aids, compararam-se as médias por país, num item com forma escalar (1 – nenhum, a 4 – muito medo) em que foi perguntado se os participantes tinham medo de vir a ter aids, os brasileiros obtiveram média de 3,32 (desvio padrão de 1,0) e os franceses, média de 2,30 (desvio padrão de 1,12). Houve associação estatisticamente significativa entre o sentimento frente à aids e o país [$t = 10,09$; $gl = 444$ $p < 0,001$] indicando que os brasileiros tem mais medo de contrair a doença que os franceses (Ver Tabela 22).

Com relação à etnia, os brancos tiveram média de 2,72 (desvio padrão 1,18) e os afrodescendentes, de 2,94 (desvio padrão 1,16), indicando que os afrodescendentes têm mais medo de contrair HIV do que os brancos. Porém apesar da diferença, não houve

associação estatisticamente significativa entre o sentimento frente à aids e etnia [$t = 1,93$; $gl = 444$ NS].

Com relação ao sexo, as meninas declararam sentir mais medo que os rapazes, visto que elas obtiveram uma média de 2,89 (desvio padrão 1,18) e eles média de 2,77 (desvio padrão 1,17), porém esta diferença também não foi estatisticamente significativa [$t = 1,05$; $gl = 444$; NS].

Dimensão percepção de risco e risco incorrido

Percepção de risco

Em relação à auto-percepção do risco de contrair aids, houve mais franceses que disseram não saber se haviam se arriscado a contrair a doença (14,2%, contra 8,8% dos brasileiros) e mais brasileiros que afirmaram não ter se arriscado (74,4%, contra 45,4% dos franceses (ver Tabela 23). Foi verificada associação estatisticamente significativa entre auto-percepção do risco e a variável país [$\chi^2 = 42,94$; $gl = 2$; $p < 0,001$].

Tabela 23. Auto-percepção do risco de pegar aids por país.

		Você já se arriscou a pegar AIDS?			Total
		Sim	Não	Não sei	
País	Brasil	40 16,8%	177 74,4%	21 8,8%	238 100,0%
	França	97 40,4%	109 45,4%	34 14,2%	240 100,0%
Total		137 28,7%	286 59,8%	55 11,5%	478 100,0%

Adicionando-se a variável etnia, observou-se que dentre os brasileiros, a grande maioria afirmou não ter se arriscado a pegar aids (77,1% dos brancos contra 71,7% dos

afrodescendentes), e houve mais afrodescendentes que disseram não saber se se arriscaram do que brancos (13,3% contra 4,2%). Dentre os franceses, 45% dos brancos disseram ter se arriscado, contra 35,8% dos afrodescendentes, enquanto 19,3% dos afrodescendentes e 10% dos brancos afirmaram não saber se haviam se arriscado. Houve associação estatisticamente significativa entre ter se arriscado e etnia para os brasileiros [$\chi^2 = 6,28$; gl =2; $p < 0,05$], mas não houve para os franceses [$\chi^2 = 4,19$; gl =2; NS].

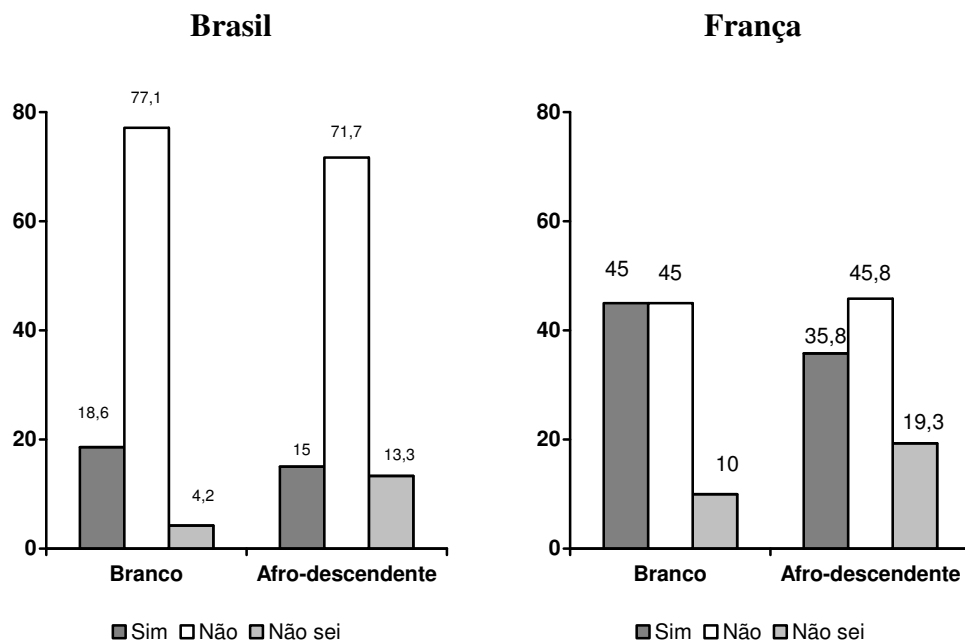


Figura 24. Distribuição das proporções de participantes quanto a auto-percepção de ter se arriscado por país e etnia.

Foi realizada uma ANOVA com etnia e reconhecimento de ter se arriscado a pegar aids como variáveis independentes e o país como variável dependente. Não foram encontrados efeitos multivariados significativos para a variável etnia [$F(1, 472) = 0,44$; NS;], nem para a interação entre ter ou não se arriscado a pegar aids e etnia [$F(2, 472) = 0,45$; NS]. Porém foi encontrado para ter ou não se arriscado a pegar aids e o país [$F(2,$

472) = 23,53; $p < 0,001$] o que indica que os brasileiros declararam ter se arriscado menos que os franceses.

Foi perguntado aos participantes se eles pensam que existem pessoas que correm mais risco de serem contaminadas pelo vírus HIV, 54,5% dos brasileiros acredita que sim, contra 45,5% dos franceses. Houve associação estatisticamente significativa entre esta variável e o país [$\chi^2 = 3,80$; $gl = 1$; $p = 0,05$], mostrando que os brasileiros são maioria em acreditar que existem tipos de pessoas que correm mais risco (Ver Tabela 24).

Tabela 24. Acredita que existem pessoas que correm mais risco por país

		País		
		Brasil	França	Total
Você acha que existem tipos de pessoas que correm mais risco?	Sim	152 54,5%	127 45,5%	279 100,0%
	Não	88 45,4%	106 54,6%	194 100,0%
Total		240 50,7%	233 49,3%	473 100,0%

Para as pessoas que responderam afirmativamente a questão anterior, solicitou-se que respondessem a seguinte pergunta: “Se você, respondeu sim a questão anterior, qual (is) é (são) este (s) tipo (s) de pessoa (s)?” Com tais respostas procedeu-se um agrupamento em categorias e posteriormente uma análise fatorial de correspondência com auxílio do software SPAD.

O agrupamento em categorias está demonstrado na Figura 25. Dentre os participantes brasileiros que afirmaram que existem tipos de pessoas que correm mais risco frente ao HIV, 25,97% disseram que são as pessoas que não usam o preservativo; 17,92

afirmaram que são as profissionais do sexo; 14,80% que são os usuários de drogas; 11,68% que são aquelas pessoas que saem com qualquer um e ou têm vários parceiros; 7,27% afirmaram que são os irresponsáveis e afobados; 4,67% que são as pessoas sem informação sobre a doença; 3,89% afirmaram que são os homens que saem com profissionais do sexo e 9,35% referiram outros tipos de pessoas.

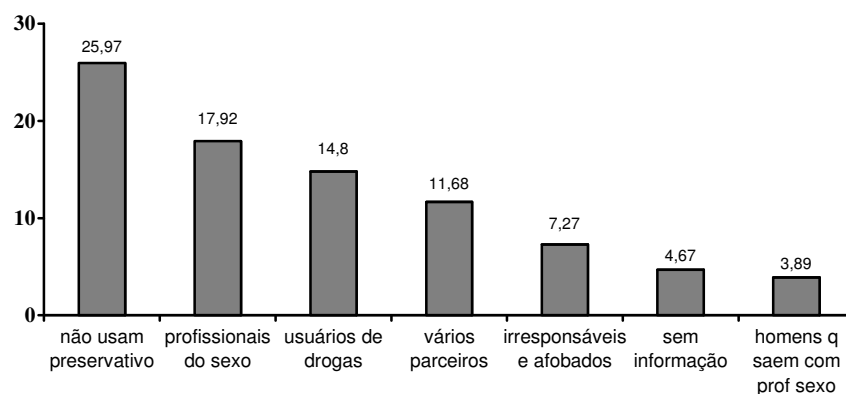


Figura 25. Atribuição a grupos/comportamentos de riscos pelos jovens brasileiros.

Dentre a amostra brasileira tal questão aberta resultou em um vocabulário inicial com 600 palavras. Procedeu-se com o tratamento do vocabulário, agrupando as palavras sinônimas em uma mesma categoria de frequência (prostitutas e garotas de programa, por exemplo) e chegou-se a um vocabulário final com 240 palavras.

Com a análise fatorial de correspondência, selecionou-se os 2 primeiros eixos fatoriais. O fator 1 explica 32,21% da variância total das modalidades (palavras -respostas) processadas; o fator 2 explica 26,88%, perfazendo um total de 59,10%, possuindo, portanto padrões estatísticos com consistência interna e fidedignidade, tendo em vista pesquisas realizadas no âmbito das representações sociais (Castanha, 2005, Nóbrega e Coutinho, 2003).

O espaço fatorial constituído pelos 2 primeiros fatores revela a existência de

Observando-se o gráfico da AFC (Figura 26), percebe-se uma contraposição das variáveis homem-mulher, afro-branco, e nível sócio cultural desfavorável e médio. Enquanto as variáveis mulher e afro se aproximam mais do nível sócio cultural desfavorável, a variável homem, se aproxima mais do nível sócio cultural médio.

Os campos semânticos gerados proximalmente a variável nível sócio cultural desfavorável marcam uma clara atribuição interna ao risco frente à aids (não se cuidam, cabeça fraca, etc). Enquanto que os campos próximos ao nível sócio cultural médio demonstram a preocupação com a prevenção e o cuidado com os “contaminadores”. As mulheres fazem referência ao risco, associando-o com relações de longa duração e de confiança, bem como a pessoas com vários parceiros, enquanto os homens associam o risco aos amigos que gostam de ser “comilões”. Com relação a etnia, os brancos associam o risco aos usuários de drogas e homossexuais, enquanto os afrodescendentes associam o risco as pessoas das favelas, aos desinformados e aos que “pegam prostitutas”.

As respostas dos franceses também foram agrupadas em categorias. De acordo com a Figura 27, 26% dos participantes franceses atribuem maior risco de contaminação aos usuários de drogas, 22% àqueles que não usam preservativo, 17% aos homossexuais, 14% as pessoas de países pobres, 12% às profissionais do sexo e 12% a outros.

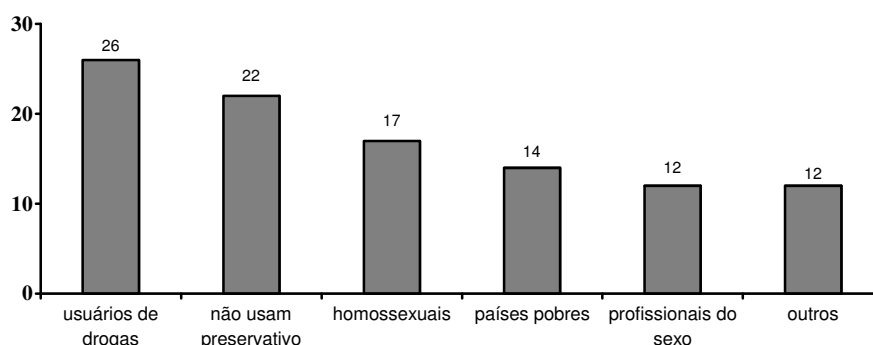


Figura 27. Atribuição a grupos/comportamentos de riscos pelos jovens franceses.

Além de serem agrupadas desta forma, as respostas a esta questão aberta foram processadas com auxílio do software SPAD. Com a análise fatorial de correspondência, selecionou-se os 3 primeiros eixos fatoriais. O fator 1 explica 28,24% da variância total das modalidades (palavras-respostas) processadas; o fator 2 explica 23,43%, e fator 3 explica 15,43% perfazendo um total de 67,11%.

O fator 1 foi marcado por uma clara atribuição do risco ligada à prostituição, a pessoas com a saúde mais frágil, quem fuma maconha, jovens, quem abusa de bebidas alcoólicas, etc, pois as palavras que mais fortemente contribuíram para este fator foram: *santé-fragile* (saúde frágil), *fumeur* (fumante), *shite* (maconha), *jeunes* (jovens), *prostitués* (prostitutas).

Enquanto que o fator 2 demonstra a atribuição do risco relacionada com as pessoas de países subdesenvolvidos, quem não tem atenção, não se protege, não usa preservativo, toxicômanos. As palavras que mais fortemente se associaram a este fator foram: *toxicomanes* (toxicômanos), *noire* (negro), *acte-sexuel* (ato-sexual), *préservatifs* (preservativo), *Africain* (africano), *Brésil* (Brasil), *tiers monde* (terceiro mundo), *pás-attention* (sem atenção), *se-fichent* (quem não se importa).

O fator 3 associou-se mais fortemente a variável homem, e observa-se a atribuição de maior risco as pessoas com múltiplos parceiros e também mais especificamente a meninas que tem relação sexual com muitos garotos, aos estrangeiros, aos homossexuais e a determinadas práticas sexuais como a anal, a sodomia, etc. As palavras com contribuição mais forte a este fator foram: *partenaires-multiples* (múltiplos parceiros), *nuit* (noite), *étrangers* (estrangeiros), *beaucoup-de-garçon* (muitos rapazes), *homossexuels* (homossexuais), *anus* (anus), *sodomie* (sodomia).

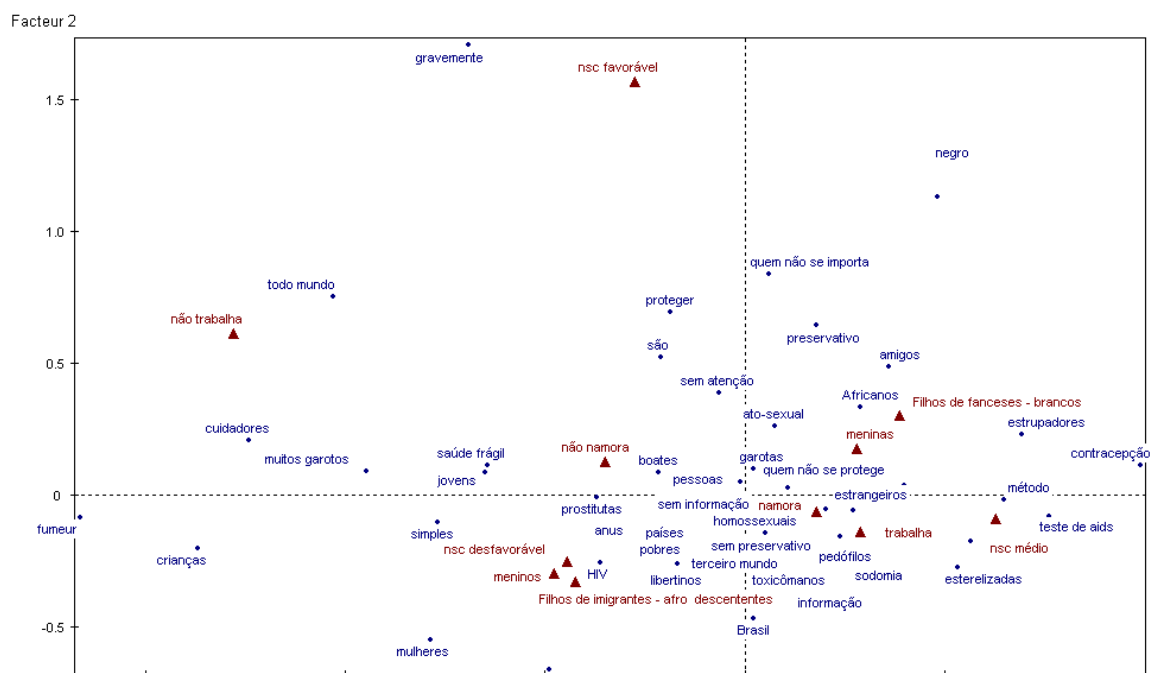


Figura 28. Análise fatorial de correspondência às respostas dos participantes franceses sobre grupos que correm mais risco frente o HIV/Aids.

Situações de risco

Foram realizadas algumas análises verificando a ocorrência de situações de risco para o contágio da aids nos 12 meses anteriores à coleta de dados. Conforme aponta a Figura 29, em termos de proporções de participantes expostos a elas, destacam-se, em ordem decrescente de importância: presenciar cenas de violência, ficar bêbado, participar de brigas, usar maconha e usar outras drogas.

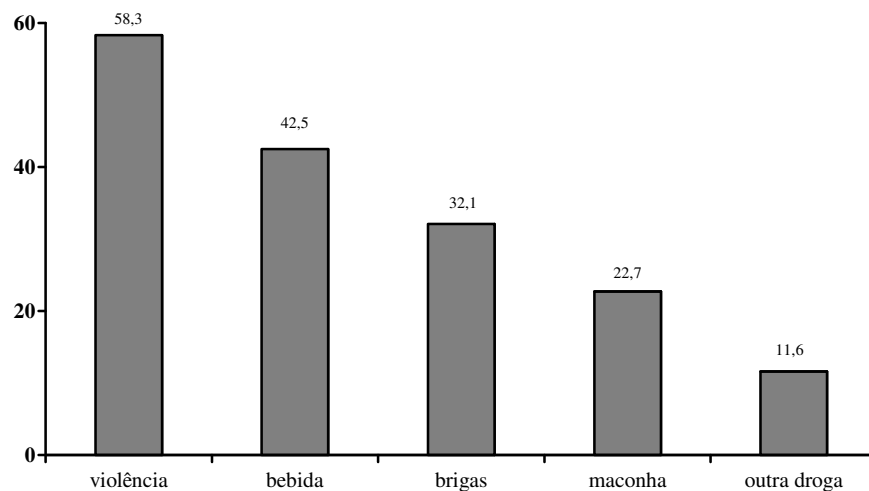


Figura 29. Proporção de menção de exposição a situações de risco nos 12 meses anteriores.

Em relação à proximidade com a violência, mais da metade dos participantes respondeu ter presenciado cenas de violência nos 12 meses anteriores. Os brasileiros foram mais numerosos a responder afirmativamente a esta questão (62,6% contra 53,8% dos franceses), mas apesar da diferença os dados não apontam associação estatisticamente significativa entre esta variável e o país [$\chi^2 = 3,55$; gl = 1; NS]. Adicionando-se a variável etnia, observa-se que os dados não apontam associação estatisticamente significativa entre o país e a violência nem para o Brasil [$\chi^2 = 0,003$; gl = 1; NS], nem para a França [$\chi^2 = 0,085$; gl = 1; NS].

Tabela 25. Ter presenciado violência por país.

		Presenciou cenas de violência nos últimos doze meses?		
		Sim	Não	Total
País	Brasil	147 62,6%	88 37,4%	235 100,0%
	França	119 53,8%	102 46,2%	221 100,0%
Total		266 58,3%	190 41,7%	456 100,0%

Quanto ao uso de álcool, 42,5% dos participantes disse ter se excedido no consumo de bebidas alcoólicas. Os números mostram uma distribuição homogênea entre brasileiros e franceses, não havendo associação estatisticamente significativas entre a variável álcool e a variável país [$\chi^2 = 1,36$; gl = 1; NS]. Inserindo-se a variável etnia, a distribuição permanece homogênea, não havendo associação significativa entre etnia e ter abusado de bebidas alcoólicas para o Brasil [$\chi^2 = 0,55$; gl = 1; NS], nem para a França [$\chi^2 = 2,31$; gl = 1; NS].

A participação em brigas também teve um percentual significativo de respostas afirmativas: 32,1%. Dentre os brasileiros, 21,7% afirmou ter participado de brigas nos últimos 12 meses contra 42,4% dos franceses. Houve associação estatisticamente significativa entre ter participado de briga e o país [$\chi^2 = 23,09$; gl = 1; $p < 0,001$] o que indica que os franceses participaram mais de brigas que os brasileiros nos últimos 12 meses. Com relação à etnia, a distribuição dos resultados manteve-se de forma homogênea, não havendo associação estatisticamente significativa entre ter participado de brigas e etnia para a amostra brasileira, [$\chi^2 = 0,25$; gl = 1; NS] nem para a francesa [$\chi^2 = 0,32$; gl = 1; NS].

Tabela 26. Ter participado de briga por país.

País		Participou de uma briga		Total
		Não	Sim	
Brasil		184	51	235
		78,3%	21,7%	100,0%
França		136	100	236
		57,6%	42,4%	100,0%
Total		320	151	471
		67,9%	32,1%	100,0%

A maioria (77,3%) dos estudantes respondeu não ter feito uso de maconha no ano anterior. Os resultados apontam associação estatisticamente significativa com a variável país, o que indica que os franceses declararam que fizeram mais uso da maconha nos últimos 12 meses que os brasileiros (34,7% contra 10,6%) [$\chi^2 = 38,97$; gl =1; $p < 0,001$]. Com relação à etnia não houve associação estatisticamente significativa para os brasileiros [$\chi^2 = 0,37$; gl =1; NS], nem para os franceses [$\chi^2 = 0,81$; gl =1; NS].

Tabela 27. Fumo de maconha por país.

País		Fumou maconha		Total
		Não	Sim	
Brasil		210	25	235
		89,4%	10,6%	100,0%
França		154	82	236
		65,3%	34,7%	100,0%
Total		364	107	471
		77,3%	22,7%	100,0%

A grande maioria (88,4%) respondeu não ter feito uso de outros tipos de drogas (ver Tabela 28), além da maconha, no último ano, estando estes resultados distribuídos em

proporções semelhantes entre os estudantes brasileiros e franceses [$\chi^2 = 5,13$; gl =1; NS].

Com relação à etnia não houve associação estatisticamente significativa para os brasileiros

[$\chi^2 = 1,78$; gl =1; NS], nem para os franceses [$\chi^2 = 0,43$; gl =1; NS].

Tabela 28. Uso de outra droga por país.

País		Experimentou ou usou alguma droga		Total
		Não	Sim	
Brasil		212	19	231
		91,8%	8,2%	100,0%
França		199	35	234
		85,0%	15,0%	100,0%
Total		411	54	465
		88,4%	11,6%	100,0%

Dimensão conduta protetora

Uso do preservativo

Com relação ao uso do preservativo, os brasileiros declaram utilizá-lo em todas as relações, mais que os franceses (55,8 % contra 45,7%), o uso em algumas relações ficou homogeneamente distribuído entre os dois países (25,4% para os brasileiros, contra 25,5% para os franceses), enquanto os franceses são maioria em declarar o não uso do preservativo (26,1% contra 19,8% dos brasileiros). Porém, essas diferenças não foram estatisticamente significativas. [$\chi^2 = 4,41$; gl = 3; NS].

Tabela 29. Uso do preservativo por país.

		Caso tenha tido relações sexuais, foi utilizado preservativo?				
		Não	Sim, em todas as relações	Sim, em algumas relações	Não sei	Total
País	Brasil	39 19,8%	106 53,8%	50 25,4%	2 1,0%	197 100,0%
	França	48 26,1%	84 45,7%	47 25,5%	5 2,7%	184 100,0%
Total		87 22,8%	190 49,9%	97 25,5%	7 1,8%	381 100,0%

O uso do preservativo continua distribuído homogeneamente com relação ao sexo dos participantes, com meninas sendo maioria a declarar o não uso do mesmo (27,2% contra 18,9%) e meninos sendo maioria a declarar o uso em todas as relações (53,7% contra 45,6%). Mas não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis sexo e uso do preservativo na amostra geral [$\chi^2 = 5,18$; gl = 3; NS]. Além disso, também não houve associação estatisticamente significativa entre sexo e uso do preservativo para a amostra brasileira [$\chi^2 = 1,78$; gl = 3; NS], tampouco para a francesa [$\chi^2 = 5,88$; gl = 3; NS].

Quanto à etnia, as amostras dividiram-se homogeneamente nos dois países conforme Figura 30. No Brasil, ambos os grupos declararam em maioria utilizar sempre o preservativo, com os afrodescendentes utilizando-o mais que os brancos (51,5% dos brancos e 56,4% dos afrodescendentes), além disso, os brancos foram maioria em não utilizar o preservativo (23,3% contra 16% dos afrodescendentes). Na França, também uma grande parte de ambos os grupos declarou utilizar sempre o preservativo (47,7% dos brancos contra 42,7% dos afrodescendentes), enquanto 30,7% dos afrodescendentes e 22,9% dos brancos declararam não utilizá-lo. Não houve associação estatisticamente

significativa entre o uso do preservativo e a etnia para o Brasil [$\chi^2 = 1,66$; gl = 3; NS], nem para a França [$\chi^2 = 2,44$; gl = 3; NS].

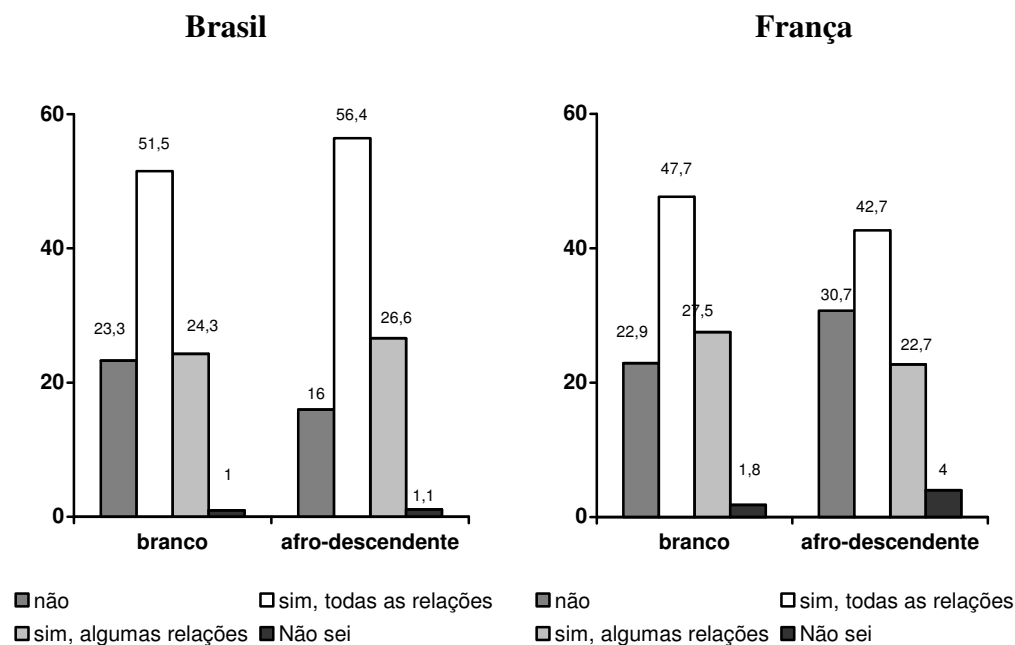


Figura 30. Uso do preservativo por país e etnia.

Considerando somente aqueles que relataram já ter tido relações sexuais, observou-se que o fato de ter tido relações sexuais nos últimos 12 meses com apenas uma pessoa diminui o uso do preservativo para a amostra como um todo [$\chi^2 = 9,89$; gl = 3; $p < 0,05$]. Além disso, realizando-se essa mesma análise com a variável país como independente, observa-se que o padrão anteriormente descrito torna-se verdadeiro somente para os jovens franceses, pois dentre aqueles que relataram ter tido relações sexuais com a mesma pessoa nos últimos 12 meses 27,3% não usaram preservativo, enquanto, dentre os que tiveram relações com mais de uma pessoa, apenas 8,8% declararam não ter usado. O percentual dos que usaram em somente algumas relações também variou conforme o número de parceiros:

dentre os primeiros (relação com a mesma pessoa) 23,6% declaram ter usado algumas vezes e dentre os que tiveram relações com mais de uma pessoa, o uso aumenta para 36,8%. A porcentagem dos que relataram terem utilizado sempre o preservativo se manteve homogênea entre os dois grupos (48,2% contra 49,1%). Houve associação estatisticamente significativa entre o número de parceiros sexuais dos últimos 12 meses e o uso do preservativo para os franceses [$\chi^2 = 11,43$; gl = 3; $p < 0,05$].

Para a amostra brasileira, esse padrão também se confirma. Dentre os que afirmaram terem tido relações sexuais com a mesma pessoa, 53,2% usaram sempre o preservativo, enquanto dentre os que tiveram relações com mais de uma pessoa, esse percentual aumenta para 69,8%, porém sem associação estatisticamente significativa entre as proporções. [$\chi^2 = 3,63$; gl = 2; NS].

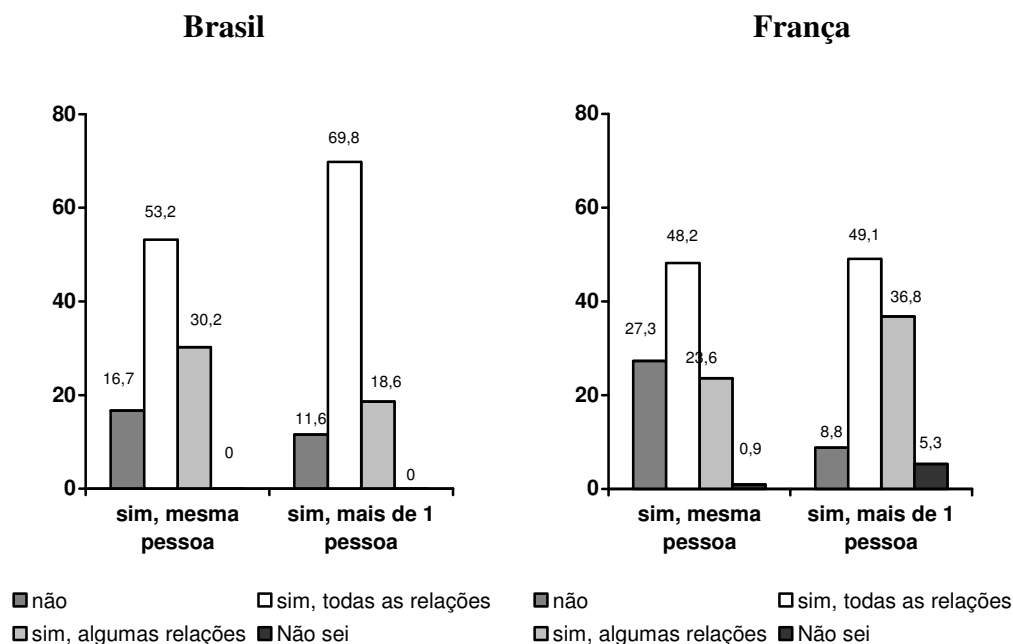


Figura 31. Uso do preservativo por número de parceiros e por país.

Com relação à etnia dos participantes, a associação entre essas variáveis acontece entre os afrodescendentes, pois dentre os que relataram ter tido relações sexuais com apenas 1 pessoa nos últimos 12 meses, 20,2% afirmaram não ter utilizado preservativo, enquanto esse percentual cai para 8,5% dentre os que tiveram relações com mais de uma pessoa. O percentual referente ao uso sistemático do preservativo se manteve semelhante com entre os dois grupos (ter ou não namorado (a)) [$\chi^2 = 9,49$; gl = 3; $p < 0,05$].

Esse padrão se mantém para os brancos, porém sem associação estatisticamente significativa entre as variáveis, uma vez que dentre os que relataram ter namorado (a), 48,2% afirmaram ter utilizado o preservativo em todas as relações sexuais, e esse percentual sobe para 62,3% dentre os que tiveram relações com mais de uma pessoa. [$\chi^2 = 4,40$; gl = 3; NS].

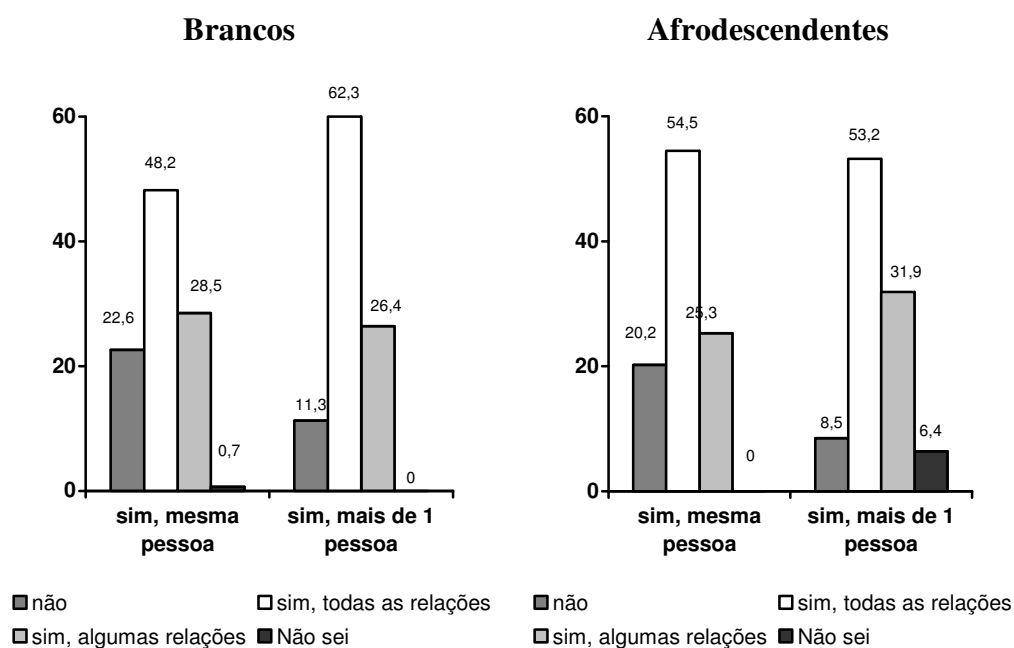


Figura 32. Uso do preservativo por número de parceiros e por etnia.

O uso do preservativo também variou conforme o fato de ter ou não namorado (a). Para os brasileiros, dentre os que não têm namorado (a), 18,5% afirma não utilizar o preservativo, 46,7% declaram utilizar sempre e 34,8% diz utilizar em algumas relações. Já dentre os que namoram, o percentual dos que não utilizam o preservativo sobe para 21,2% , enquanto 60,6% diz utilizar em todas as relações e 16,3% em algumas. Houve associação estatisticamente significativa entre namoro e uso do preservativo para os brasileiros [$\chi^2 = 10,31 = 3; p < 0,05$].

Para os franceses, esse padrão também se confirma, pois dentre os jovens com namorado(a), 28,1% declara não utilizar o preservativo, 42,2% diz utilizar sempre e 27,3% em algumas relações; Dentre os jovens sem namorado (a), o uso do preservativo aumenta para um percentual de 53,6% e 21,4% afirmam não utilizar. Porém não houve associação estatisticamente significativa para os franceses entre o uso do preservativo e o fato de ter namorado (a). [$\chi^2 = 2,52; gl = 3; NS$].

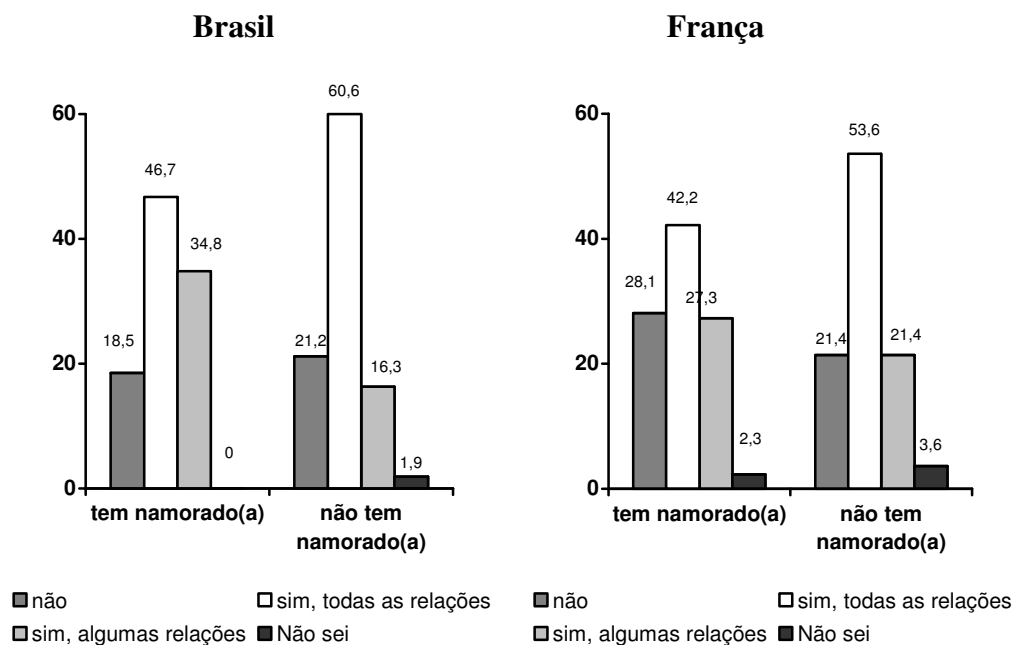


Figura 33. Uso do preservativo e ter namorado, por país.

Com relação a etnia dos participantes, dentre os brancos que afirmam ter namorado (a), a maior proporção (47,2%) afirmou ter utilizado preservativo em todas as relações sexuais, e esse percentual aumenta para 52,8% dentre os que afirmaram não ter namorado (a). As proporções dos que declararam não ter utilizado o preservativo se mantiveram semelhantes entre os que têm namorado (a) e os que não tem (24,4% e 21,3% respectivamente). Dentre os afrodescendentes, a diferença entre os grupos se acentua, pois, dentre os que afirmaram ter namorado, também a maior proporção (40,2%) afirmou ter utilizado sempre o preservativo, porém a proporção do uso do preservativo sobe bastante (64,8%) para os que não tem namorado (a). Assim, não houve associação estatisticamente significativa entre ter namorado e o uso do preservativo para brancos [$\chi^2 = 5,39$; gl = 3; NS]. Porém houve para afrodescendentes [$\chi^2 = 12,43$; gl = 3; $p < 0,05$].

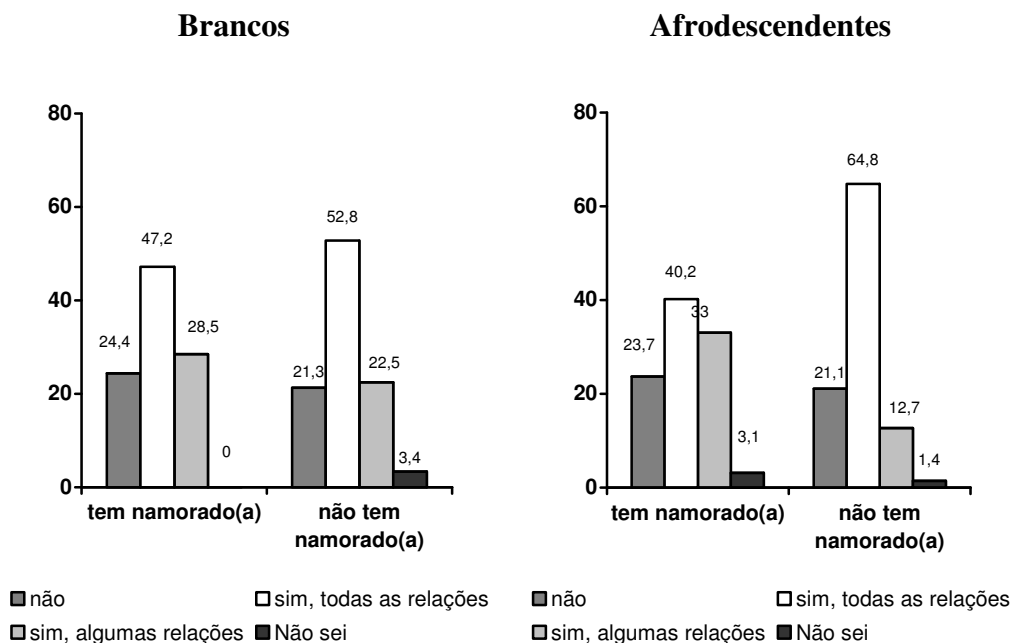


Figura 34. Uso do preservativo e ter namorado por etnia.

Por fim realizou-se uma regressão linear para verificar a existência de correlação entre o uso do preservativo e outras seis variáveis (atitude frente o preservativo, país, sexo,

etnia, nível sócio cultural e conhecimento sobre o HIV/Aids). Como pode ser observado na Tabela 30, não houve correlação com nenhuma dessas variáveis.

Tabela 30. Correlação entre o uso do preservativo e outras variáveis.

	t	p
Atitude	,257	,797
País	,464	,646
Sexo	-1,182	,238
Etnia	,076	,939
Nível sociocultural	-1,815	,070
Conhecimento	1,909	,057

Para os que afirmaram não ter utilizado o preservativo nos últimos 12 meses, perguntaram-se os motivos da não utilização. As respostas primeiramente foram agrupadas em categorias separadamente para brasileiros e franceses. E após esta categorização, com auxílio do software SPAD, procedeu-se com uma Análise Fatorial de Correspondência (AFC) para cada um dos corpus. A Análise Fatorial de Correspondência é um procedimento estatístico que permite distinguir os vínculos estabelecidos entre as características dos participantes que constituem um grupo e suas respostas a uma determinada questão.

Dentre os brasileiros percebe-se de acordo com a Figura 35 que para os participantes que não utilizaram o preservativo em algum momento nos últimos 12 meses, a maior inferência foi de não tê-lo no momento (20,11%), seguido do fato da jovem tomar o anticoncepcional oral (17,24%); o esquecimento (12,06), o “não querer” de um dos dois (10,34%), a confiança no parceiro (9,19%), o desconforto (7,47%), a empolgação (7,47%), o fato de ser casado (7,47%), e o fato de querer engravidar (2,87%) também são citados como impedimento ao uso do preservativo.

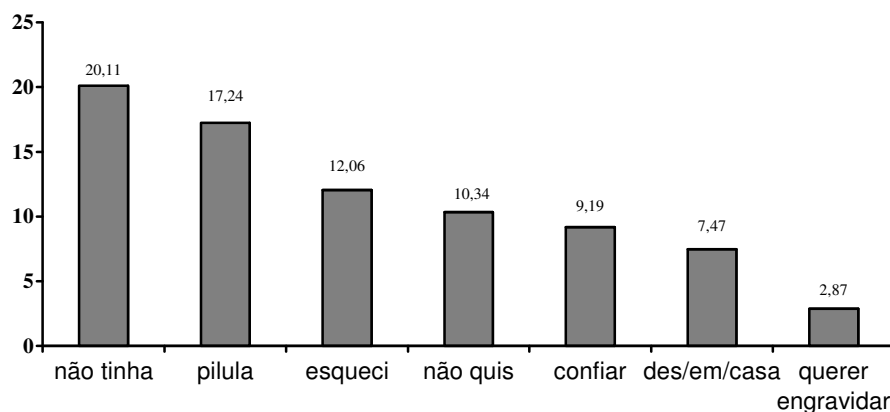


Figura 35. Motivos para o não uso do preservativo entre os brasileiros nos últimos 12 meses.

Com a análise fatorial, selecionaram-se os três primeiros eixos fatoriais. O fator 1 explica 17,72% da variância total das modalidades (palavras-respostas) processadas; o fator 2 explica 14,43% e o terceiro fator explica 9,85%, perfazendo um total de 41,99%. O espaço fatorial constituído pelos 3 primeiros fatores revela a existência de explicações diversas, para o fato de não haver utilizado preservativo nas relações sexuais, de acordo com a pertença a grupos diferentes.

O fator 1 foi claramente marcado pela questão do compromisso. Os jovens que namoram ou estão casados se associam mais fortemente a esse fator e as palavras que mais contribuem para ele são: *bastante-tempo, começo, consciência, ela-não-quis, ele-não-quis, namorando, não-gostamos, somos-casados, virgindade, toma-pilula, anal.*

Ao fator 2 associaram-se mais fortemente as variáveis homem e afro. Esse fator teve um campo semântico associando o não uso do preservativo, claramente a palavra *impulso*, a que mais contribui (em 13,8%) para sua explicação. Além disso, esse fator sugere que o não uso do preservativo acontece entre esses meninos por questões relativas à vontade de sentir melhor o corpo do outro apesar de conhecerem o outro há

terem utilizado preservativo, perpassam pelo pedido do parceiro em não utilizar, pelo não querer de um dos dois, pelo fato de que um dos dois era virgem, por uma questão de momento, e quando associado à modalidade homem surge também a questão do impulso para o sexo.

Para os que namoram ou estão casados, as explicações giram em torno da confiança no parceiro, do conhecer bem e ser fiel ao parceiro, o desconforto do uso do preservativo, o não gostar de usar, o uso da pílula anticoncepcional, etc. Entre os casados, surge ainda a noção de que o uso do preservativo foi feito no início da relação e abandonado atualmente.

Para os franceses percebe-se de acordo com a Figura 37 que dentre os jovens que não utilizaram o preservativo em algum momento nos últimos 12 meses, a maior inferência foi de já ter realizado teste de HIV (22%), seguido do fato da jovem tomar o anticoncepcional oral (14%); não haver preservativo no momento da relação foi o terceiro maior motivo, com 13 %, conhecer bem o parceiro (12%) a confiança no mesmo (11%), e o fato de querer sentir mais prazer (10%) também são citados como impedimento ao uso do preservativo.

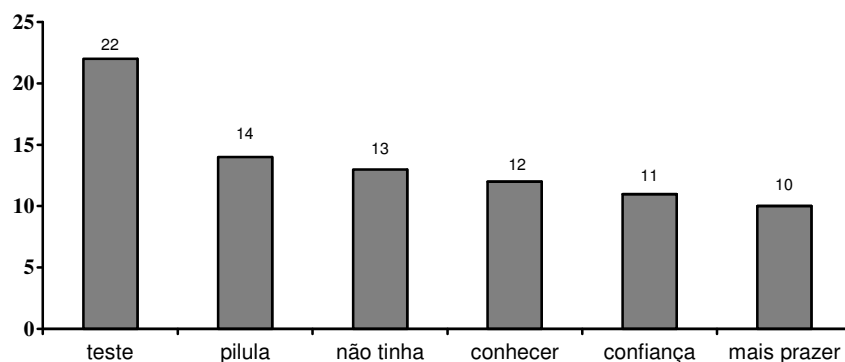


Figura 37. Motivos do não uso do preservativo pelos franceses nos últimos 12 meses.

Com a análise fatorial das respostas dos franceses, selecionou-se os três primeiros eixos fatoriais. O fator 1 explica 31,61% da variância total das modalidades (palavras-respostas) processadas; o fator 2 explica 18,96% e o terceiro fator explica 14,13%, perfazendo um total de 64,71%.

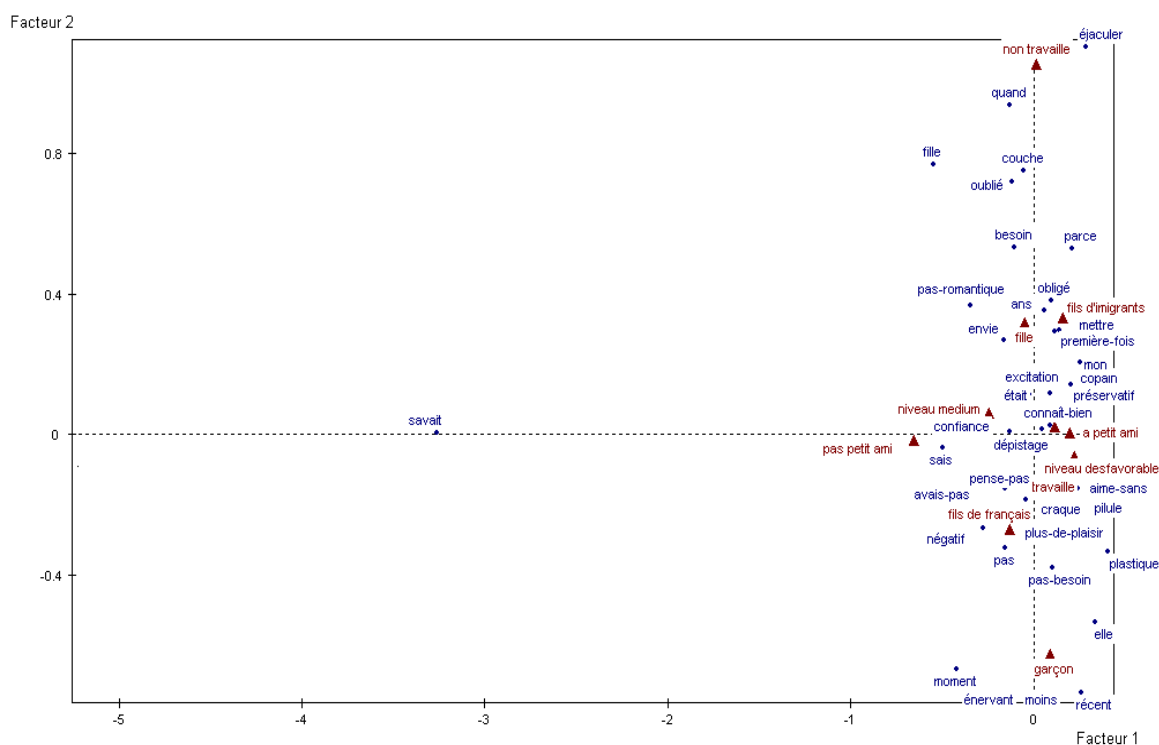


Figura 38. Gráfico AFC. Análise fatorial das respostas dos franceses sobre porque não usaram preservativo nos últimos 12 meses (em francês).

O fator 1 associou-se mais fortemente com a variável “não ter namorado” e as palavras que mais contribuíram para este fator foram: *outr*, *rien* et *savait* (outro, nada e sabia). Ao fator 2 associaram-se mais fortemente as variáveis homem e filho de imigrante (afrodescendente). Esse fator teve um campo semântico associando o não uso do preservativo a questões relativas a excitação, a querer sentir mais prazer, não ter preservativo no momento, ter esquecido do mesmo, etc. As palavras que contribuíram

para o fator 2 foram: *aucune-sensation, avais-pas, couche, dehors, elle, excitation, fille, oublié, plus-de-plaisir, preservatif, zizi, éjaculer* (nenhuma sensação, não tinha, transa, fora, ela, excitação, garota, esquecer, mais prazer, preservativo, pênis, ejacular).

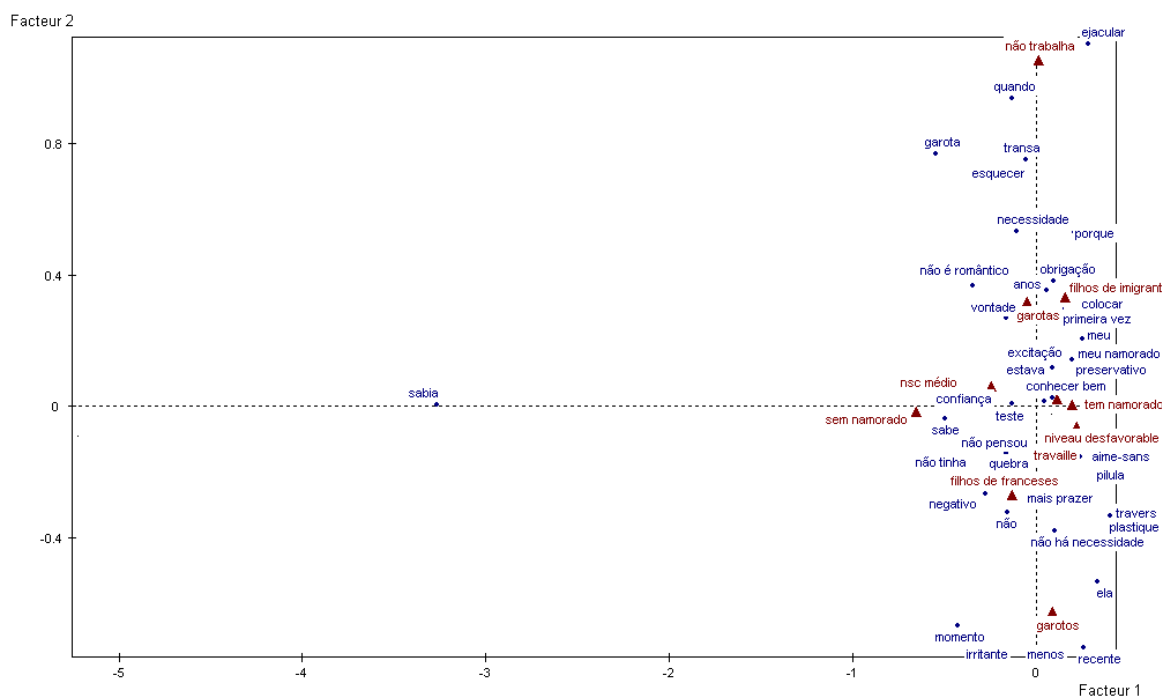


Figura 39. Gráfico AFC. Análise fatorial das respostas dos franceses sobre porque não usaram preservativo nos últimos 12 meses (em português).

O fator 3 revela um campo semântico que gira em torno de outras explicações para o não uso do preservativo dentre esses jovens, como o fato de haver confiança entre os parceiros, do preservativo não ser romântico, da parceira tomar pílula, etc. As palavras que mais contribuíram para esse fator foram: *confiance, connait-bien, coupe, envie, fille, moment, négatif, pás-romantique, pilule, prends* (confiança, conhecer bem, corta, vontade, garota, momento, negativo, não romântico, pílula, pega).

Analisando-se o gráfico da AFC percebe-se que as variáveis homem e mulher se opõem no campo fatorial. As explicações próximas da variável mulher para a não utilização do preservativo giram em torno da confiança nos parceiros, do fato de estar com o namorado e de que o preservativo não seria romântico. Para os homens a não utilização se aproxima dos campos semânticos de “momento”, marcando uma relação onde o impulso impera, além de ser “irritante” a utilização do mesmo.

Realização do teste de HIV

Quanto a ter realizado o teste para detecção do vírus HIV, 53,1% dos participantes disse nunca ter realizado o mesmo, e 46,9% afirmou já tê-lo feito. Comparando-se as amostras dos dois países percebe-se uma grande diferença entre eles: a grande maioria 75,2% dos participantes brasileiros afirmam nunca terem feito o exame, enquanto, para os franceses a maioria (69,4%) afirma já ter realizado o exame. Houve associação significativa entre ter realizado o teste de HIV e o país [$\chi^2 = 94,31$; gl =1; $p < 0,001$]. Ver Tabela 31.

Tabela 31. Realização do teste de HIV por país.

		Você já fez teste de AIDS?		Total
		Sim	Não	
País	Brasil	59 24,8%	179 75,2%	238 100,0%
	França	163 69,4%	72 30,6%	235 100,0%
Total		222 46,9%	251 53,1%	473 100,0%

Inserindo-se a variável etnia, as proporções se mantiveram semelhantes a distribuição anterior, não havendo grandes diferenças entre brancos e afrodescendentes nas análises internas dos dois países. No Brasil, dentre os brancos, 28,6% afirma ter realizado o exame, e 71,4% não o realizou. Dentre os afrodescendentes brasileiros, 21% fez o teste e 79% não o fez. Na França, dentre os brancos, 68,3% fez o teste e 31,7% não fez, e dentre os afrodescendentes, 70,4% fez o teste e 29,6% não fez. Não houve associação estatisticamente significativa entre ter realizado teste de HIV e etnia para o Brasil [$\chi^2 = 1,82$ gl =1; NS], nem para a França [$\chi^2 = 0,12$; gl =1; NS].

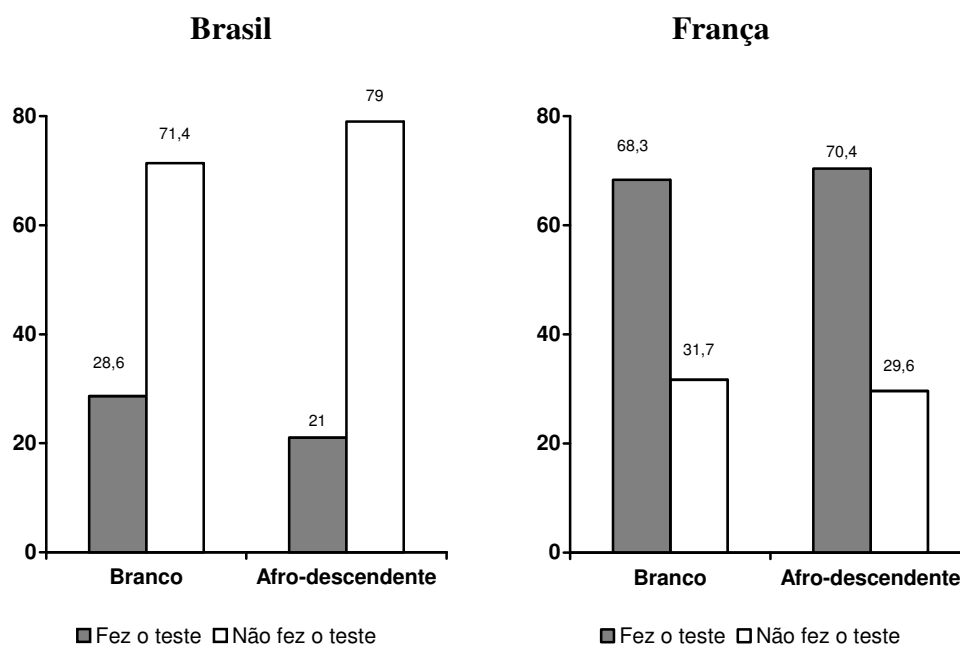


Figura 40. Realização do teste de HIV por país e etnia.

A respeito da relação entre ter usado preservativo e fazer teste de aids, dentre os brasileiros que afirmaram já terem feito o teste, 48,2% disse ter utilizado preservativo em todas as relações sexuais e 26,8% disse ter usado em algumas relações, enquanto 23,2%

disse não ter usado. Dentre os que disseram não terem feito o teste, 56,4% usou em todas as relações, 25% em algumas e 17,9% não usou.

Para os franceses que afirmaram já terem feito o teste de HIV, 51,8% usou preservativo em todas as relações, 26,4% em algumas e 19,1% não usou. Dentre os franceses que não fizeram o teste, igual proporção (36,1%) afirmou ter usado em todas as relações e não ter usado, enquanto 25% disseram ter usado em algumas relações. Não foi observada associação significativa entre o uso de preservativo nas relações sexuais e o fato de ter ou não realizado teste de aids para o Brasil [$\chi^2 = 1,59$; gl =3; NS], nem para a França [$\chi^2 = 7,26$; gl =3; NS].

Adicionando-se a variável etnia como controle, também não foi verificada associação significativa entre o uso de preservativo nas relações sexuais e o fato de ter ou não realizado teste de aids para os brancos [$\chi^2 = 3,14$; gl =3; NS], nem para os afrodescendentes [$\chi^2 = 1,48$; gl =3; NS].

Ao realizar o cruzamento das variáveis sexo e uso de preservativo na relação sexual, mantendo-se a variável país como controle, foi observado que entre os brasileiros a maior proporção de rapazes disse ter usado o preservativo em todas as relações sexuais (58,3%). Entre as meninas, 48,9% disseram ter usado em todas as relações e 28,7% em algumas. Entre franceses, 49% dos meninos disseram ter usado preservativo em todas as relações e 27,6% em algumas. Entre as meninas, houve maior equilíbrio entre as que disseram ter usado em todas as relações (41,9%) e as que declararam não terem utilizado (33,7%). A associação entre sexo e uso do preservativo não foi significativa para os brasileiros [$\chi^2 = 1,78$; gl = 3; NS] tampouco para os franceses [$\chi^2 = 5,88$; gl = 3; NS], (ver Figura 41).

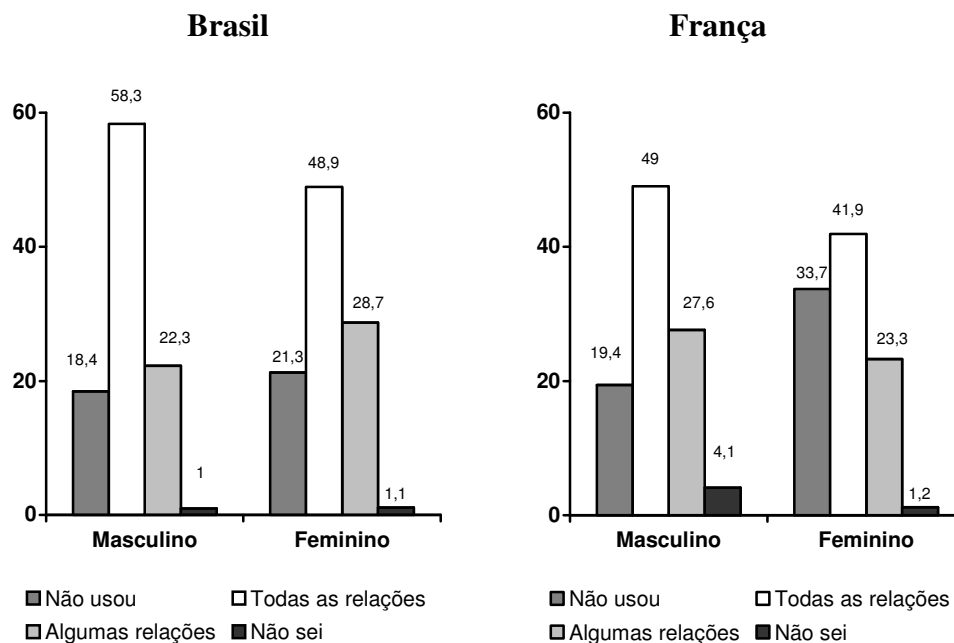


Figura 41. Relação entre sexo e uso do preservativo, em função do país.

Adicionando-se a variável etnia como controle, também não foi verificada associação significativa entre o uso de preservativo nas relações sexuais e o sexo para os brancos [$\chi^2 = 2,26$; gl =3; NS], nem para os afrodescendentes [$\chi^2 = 3,11$; gl =3; NS].

Foi realizada uma MANOVA 2 X 3 com etnia e experiência em relações sexuais (nunca ter tido relações, ter tido algumas relações ou ter tido várias relações) como variáveis independentes e as escalas de atitude frente ao uso do preservativo e o teste de conhecimento sobre aids como variáveis dependentes. Foi encontrado efeito significativo na interação da variável experiência sexual com atitude [$F(3, 466) = 12,96$; $p < 0,001$; lambda de Wilks: 0,99] e com conhecimento [$F(3, 466) = 7,25$; $p < 0,001$; lambda de Wilks: 0,99]. Não foram encontrados efeitos multivariados significativos para a variável etnia [$F(1, 466) = 3,71$; p NS; lambda de Wilks: 0,99] e para a interação entre etnia e experiência sexual [$F(3, 466) = 1,14$; p NS; lambda de Wilks: 0,99].

De acordo com a Figura 42, o teste post-hoc de Tukey diferenciou as pessoas que nunca tiveram relações sexuais das demais com relação à atitude frente o preservativo ($p < 0,001$). Foi observado que as pessoas sem experiência sexual tiveram atitudes mais favoráveis ao uso do preservativo, isto é, uma média maior na escala (brancos = 4,0; desvio padrão 0,12 e afrodescendentes = 3,80; desvio padrão de 0,07) que os participantes que tiveram até algumas (brancos = 3,43; desvio padrão 0,07 e afrodescendentes = 3,48; desvio padrão de 0,07) ou muitas relações sexuais (brancos = 3,60 e desvio padrão 0,06 e afrodescendentes = 3,5 e desvio padrão de 0,06).

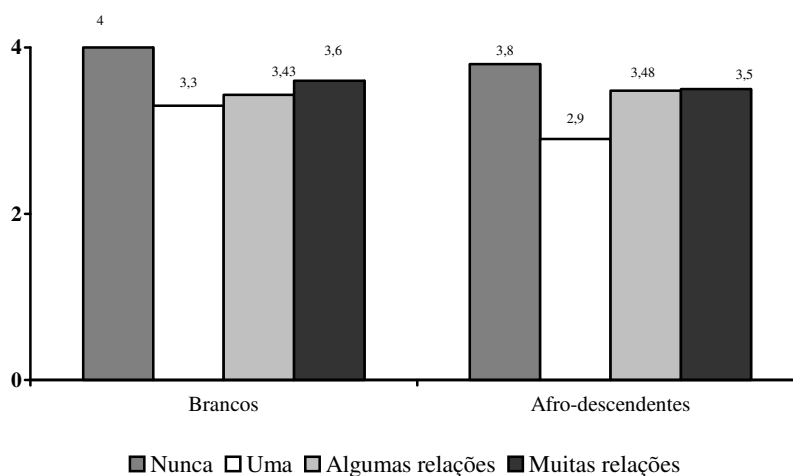


Figura 42. Teste Post-hoc de Tukey.

Por outro lado o teste post-hoc de Tukey também diferenciou as pessoas que nunca tiveram relações sexuais das demais com relação ao conhecimento sobre aids ($p < 0,001$). Foi observado que as pessoas que tiveram relações sexuais algumas vezes (brancos = 5,43; desvio padrão 0,2 e afrodescendentes = 5,39; desvio padrão de 0,2) e muitas vezes (brancos = 5,89; desvio padrão 0,2 e afrodescendentes = 5,82; desvio padrão de 0,2) obtiveram um escore maior no teste de conhecimento sobre aids que os que nunca tiveram relações

sexuais (brancos = 4,96; desvio padrão 0,3 e afrodescendentes = 4,21; desvio padrão de 0,2).

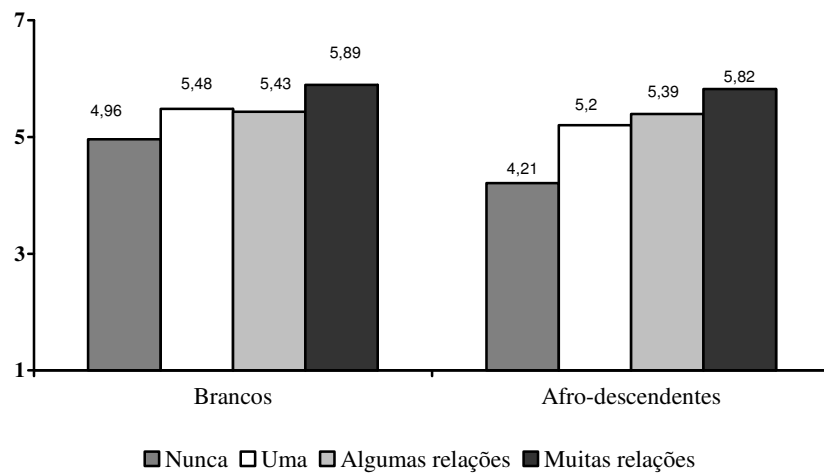


Figura 43. Teste Post-hoc de Tukey

5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através da presente Tese de Doutorado procurou-se estudar aspectos culturais e interacionais da epidemia da aids no âmbito do grupo étnico dos jovens afrodescendentes, fazendo uma comparação com jovens brancos (ou não afrodescendentes), em dois países: o Brasil e a França, com intuito de melhor compreender as idiossincrasias das suas vulnerabilidades às DST, HIV/Aids, considerando a sua percepção, práticas de risco, atitudes frente o preservativo, atribuição de causalidade, bem como o conhecimento sobre a doença e a representação social da mesma. Observaram-se ainda as diferenças culturais e de gênero que influenciam nessas vulnerabilidades dos participantes.

Para isso, a pesquisa foi realizada em duas etapas: uma primeira etapa mais qualitativa, onde foram entrevistados estudantes brasileiros do ensino médio, com objetivo de adaptar o instrumento utilizado posteriormente, e uma segunda etapa, onde foi utilizado o questionário auto-administrado com estudantes brasileiros e franceses.

Os dados, portanto, serão discutidos em dois momentos: primeiramente os resultados das entrevistas (primeira etapa) e logo após, os dados obtidos na segunda etapa com a aplicação dos questionários no Brasil e na França.

5.1 – Discussão dos Resultados da Primeira etapa

Com base na série de entrevistas realizadas, pode-se destacar que o material textual apresenta, em linhas gerais, indicações de representações sociais da aids e suas relações com a sexualidade dos adolescentes e suas práticas. Foram encontradas diferenças nos conteúdos representacionais quanto ao sexo e à etnia. A respeito de sexo, os participantes

do sexo masculino e feminino diferiram a respeito do que disseram sobre aids. Entre as participantes do sexo feminino surgiram indicações de uma representação social da aids como doença próxima, abordando assuntos como relações com familiares soropositivos e com pessoas soropositivas que pertencem a sua rede social. Além disso, elas referem a importância da realização do exame para detecção do HIV. Entre os participantes do sexo masculino surgem indicadores de uma representação social da aids como uma doença sem cura e mortal. Os meninos falaram mais de seu conhecimento sobre a aids, incluindo formas de contágio e conseqüências da doença, além de encontros noturnos e relacionamentos amorosos com pessoas do sexo oposto.

As participantes do sexo feminino associaram-se ainda, mais às classes sobre contracepção, preservativo e gravidez, trazendo preocupações com o uso da camisinha e sobre as conseqüências da gravidez na adolescência. As representações sociais são criadas e compartilhadas pelos grupos em sua comunicação cotidiana, denominada na literatura científica de teorias do senso comum (Moscovic & Hewstone, 1986). Elas são uma reorganização significativa na qual se estruturam o pensar e o agir do homem (Moscovici, 1978; Jodelet, 1989). Dessa forma, pensar nas representações sociais da aids significa afirmá-las como regendo as relações sociais que se estabelecem em torno dessa realidade, assim como organizando comunicações e condutas e, por isso, pode-se dizer que denotam, em sua organização e articulações, o vivido, a experiência do concreto e os interesses que os mobilizam (Jodelet, 2001).

Assim, entre as moças observa-se uma preocupação que faz parte do seu cotidiano de mulher (identidade social) e como constituinte desse grupo surgem representações únicas, que não são apresentadas pelos rapazes, o que remete a tendência da diferenciação intergrupala demonstrada por Vala (2002) se referindo aos achados de Tajfel (1978). Para

Contarello e cols (2007), o tema da identidade e ainda mais, o tema da identificação social, são de fato conceitos chave para a teorização sobre os processos psicossociais, que atravessando diversos níveis de análise, podem ser empregados para descrever, tanto os processos individuais de construção do self a partir da pertença grupal, quanto as características das relações entre os grupos, ou ainda a relação entre o indivíduo e o contexto social e cultural de referência.

A Teoria da Identidade Social (Tajfel, 1978) se refere, portanto, à parte da imagem que o indivíduo faz de si mesmo, derivada da consciência de pertencimento a determinado grupo ou grupos sociais, somada ao valor e ao significado emocional de tal pertencimento. De acordo com Breakwell (1993), apesar das teorias da representação social e identidade social representarem em suas formas originais dois paradigmas distintos, apresentam uma relação dialética entre si, pois uma influencia reciprocamente a outra. Além disso, ambas refletem a cognição social, estando no centro do debate sobre construção social, tão importante para o campo de pesquisa da psicologia social. A autora defende a idéia de que uma união entre essas duas teorias criaria um modelo de explicação de ação mais poderoso e poderia ser um passo importante em direção a uma mudança de paradigma dessa disciplina.

Além das representações já citadas, surge entre as mulheres uma representação do preservativo como uma importante forma de prevenção à aids, porém elas encontram barreiras na negociação da sua utilização com seus parceiros que relatam não “gostar” de utilizá-lo. Para Costa, Moreira e Camino (2007), do ponto de vista das atitudes, o não gostar constitui um elemento afetivo com relação ao preservativo que quando associado ao comportamento do uso eventual, favorece a não prevenção.

Outros fatores são dificultadores dessa negociação, dentre eles aparece a “confiança entre os parceiros”, pois as jovens relatam que os parceiros pedem a elas para que haja confiança entre eles e que o não uso seja ainda uma prova de amor da menina. O uso do preservativo torna-se então, uma exigência em contradição com o modelo de fidelidade imposto pela confiança recíproca, que é um valor em nossa sociedade. O preservativo passa a ser considerado como uma invasão do espaço de prazer e liberdade (Carvalho, 1998). Além disso, segundo Fazekas e cols. (2001) o fato de não usar preservativo é algumas vezes considerado uma maneira efetiva de demonstrar ou criar confiança entre os casais. Essa tendência da confiança como fator interveniente do não uso do preservativo surge também na segunda etapa da pesquisa, como será analisado mais adiante.

As diferenças encontradas no que diz respeito às etnias dos participantes foram pequenas. Os participantes afrodescendentes associaram-se às classes sobre a proximidade com a aids, enquanto que os brancos não se associaram a nenhuma classe sobre a doença. No que diz respeito aos relacionamentos interpessoais, houve maior associação dos participantes brancos na classe sobre relacionamentos amorosos, sobre namoro, ficar, e primeiras experiências sexuais, enquanto que os participantes afrodescendentes associaram-se mais à classe sobre encontros noturnos entre rapazes e meninas. Não houve associação específica de etnia nas classes sobre contracepção e camisinha, conhecimento sobre aids e amizades.

Nesta primeira etapa, as diferenças foram mais importantes em relação ao sexo dos participantes que à etnia. As meninas são mais próximas dos doentes, e falam disso quando se colocam questões sobre a aids, enquanto os rapazes se referem principalmente aos conhecimentos mais abstratos da doença. Elas se lembram da contracepção e dos problemas da gravidez, enquanto eles falam principalmente de relações sexuais e amorosas.

As diferenças são menos pronunciadas em termos de etnia, mas também aparecem: os afrodescendentes aparentam ter mais proximidade com os doentes que os brancos. Os brancos evocam, por outro lado, principalmente as relações amorosas, e os afrodescendentes, as relações sexuais.

Esta primeira etapa do estudo foi exploratória e não respondeu conclusivamente sobre as diferentes vulnerabilidades entre os adolescentes. Tanto os resultados da classificação hierárquica descendente quanto uma apreensão qualitativa das UCEs e a experiência obtida do campo permitem uma primeira aproximação dos hábitos e comportamentos dos adolescentes a respeito de namoro, relações sexuais, aids, contracepção e gravidez, o que forneceu contribuições relevantes para a composição do questionário que foi utilizado na segunda etapa da pesquisa.

Dentre as variáveis incluídas no questionário, indicadas pelos resultados, pode-se mencionar as seguintes: nível sócio-cultural, prática religiosa, comportamentos relativos às relações amorosas, conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis e exposição à violência. O questionário na versão final em português e francês está reproduzido no Anexo 2. Portanto, essa primeira etapa auxiliou como passo preliminar para um estudo comparativo entre países e etnias, realizado por meio de levantamento de dados, acerca das variáveis psicossociais e culturais associadas à vulnerabilidade à aids.

5.2 – Discussão dos Resultados da Segunda etapa

Esta segunda etapa da pesquisa refere-se ao estudo comparativo entre o Brasil e a França, no qual foi utilizado o questionário construído com auxílio dos resultados da primeira etapa. Utilizar-se de um estudo comparativo entre dois países, auxilia na

suspensão da naturalização das verdades ancoradas nas raízes de cada cultura e de cada arranjo societário (Fassin, 2001).

Os dados obtidos mostram que com relação ao nível sócio-cultural dos participantes, 67,29 % da amostra foi classificado como *Desfavorável*. Fazendo-se uma análise comparativa entre os dois países, observa-se uma associação estatisticamente significativa entre o país e o nível sócio-cultural dos participantes, demonstrando que os brasileiros são maioria em ocupar o nível *Desfavorável* (79,1% contra 55,8% dos franceses), enquanto os franceses são mais numerosos a ocupar o nível *Médio* (38,3% contra 17,6% dos brasileiros). Além disso, houve associação significativa entre a etnia dos participantes e seu nível sócio cultural para os franceses, o que indica que há proporcionalmente mais afrodescendentes com nível sócio cultural *Desfavorável* que brancos, e mais brancos com nível sócio cultural *Médio* que afrodescendentes na França; Mas não houve para a amostra brasileira, pois nessa, a grande maioria dos jovens (tanto brancos, quanto afrodescendentes) foi classificado com o nível sócio-cultural *Desfavorável*. Porém, em estudo anterior realizado por Camargo, Giacomozzi, Wachelke e Aguiar (2007) no Brasil, nas mesmas cidades, com uma amostra maior que a atual (715 jovens), houve associação estatisticamente significativa entre etnia afrodescendente e nível sócio cultural *Desfavorável*, mostrando que essa associação tende a se reproduzir, portanto, em ambos os países.

Isso acontece porque a origem étnico/cultural está freqüentemente associada com a classe social e que uma proporção importante de imigrantes e minorias étnicas pertencem aos estratos sócio-econômicos mais carentes. Tal fato está relacionado com uma maior freqüência de mortalidade, de doenças graves e com a presença de uma maior gama de comportamentos de risco para a saúde (álcool, tabaco, sedentarismo, drogas, não uso do

preservativo, etc), com um nível mais elevado de estresse, uma mais fraca integração social, menor rede de suporte social e com mais baixa esperança de vida (Dohrenwend, 1973; Brown & Harris, 1978; Berkman et al 1979; Marrot et al 1984; Cohen et al 1985; Ramos, 2006).

Com relação à experiência sexual, a maioria dos participantes (78,34%) declarou já ter tido pelo menos uma relação sexual com penetração. Comparando-se os participantes por país, observou-se que a amostra distribuiu-se homoganeamente, sendo que os franceses superam os brasileiros em ter tido relações sexuais algumas vezes (31,5% contra 25,6%) e os brasileiros superam os franceses em ter tido relações sexuais muitas vezes (47,1% contra 36,6%).

Comparando estes resultados com os obtidos em estudo anterior (Camargo & Bertoldo, 2006), realizado pelo Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e da Cognição Social – LACCOS - UFSC, no Brasil, na cidade de Florianópolis, observa-se uma diferença importante desta amostra, no que tange à iniciação sexual, em relação à amostra representativa dos adolescentes estudantes do ensino médio utilizada anteriormente. No estudo de Camargo e Bertoldo (2006), que utilizou amostragem por conglomerado das mesmas cidades brasileiras (Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú), envolvendo tanto o ensino noturno como o ensino diurno (público e particular), 64,5% entre os primeiros declararam já ter tido relações sexuais com penetração, e apenas 49,8% dos alunos do período diurno do ensino público e 42,6% do diurno particular declararam ter tido este tipo de experiência. Quanto aos jovens franceses, pesquisa anterior realizada por Lert (prelo para publicação) na região de Ile-de-France, também com amostra representativa, levanta uma percentagem menor que o estudo atual: 62% dos jovens interrogados afirmam já ter tido relação sexual com penetração, além disso, houve

associação entre estudar em *filière professionnelle* (cursos profissionalizantes) e já ter tido relação sexual. Assim, os participantes da atual pesquisa, com experiência sexual com penetração, foram proporcionalmente muito mais numerosos que aqueles das amostras representativas do ensino médio em geral das pesquisas já mencionadas em ambos os países.

Isso pode ter acontecido em função de que a amostra utilizada na presente pesquisa, diferente da dos estudos mencionados, foi intencional. Foram escolhidas escolas situadas na periferia das cidades envolvidas (tanto no Brasil quanto na França), e privilegiou-se na França, escolas de formação profissionalizante (*filières courtes, filière professionnelle*), onde é maior o número de pessoas de camadas populares e portanto maior o número de afrodescendentes. No Brasil, além da periferia das cidades mencionadas, privilegiou-se o turno noturno (somente no Brasil, pois na França não encontramos estudo noturno em escolas do ensino médio) também para que se obtivesse um contingente maior de afrodescendentes. Estes dados sobre a precocidade do comportamento sexual desses jovens são indicadores da maior vulnerabilidade dos alunos de escolas de periferia diante das DST e do HIV/Aids nos dois países e de alunos do turno noturno para o Brasil e de cursos profissionalizantes para a França; Esses fatores demonstram uma relação estreita de maior vulnerabilidade ao HIV de jovens de camadas populares em ambos os países.

Ainda com relação a já ter tido experiência sexual, as diferenças encontradas no Brasil foram maiores com relação ao sexo dos participantes que a etnia. As meninas são maioria em declarar nunca ter tido relações sexuais e essa associação foi estatisticamente significativa, não havendo diferenças significativas entre etnias. Para a amostra francesa estabeleceu-se o contrário: As diferenças foram estatisticamente significativas com relação à etnia dos participantes e não com relação ao sexo, com afrodescendentes sendo maioria

em declarar nunca ter tido relações sexuais.

Com relação à etnia, entre os brasileiros, os brancos apresentaram percentual de participantes que já haviam tido 'relações sexuais muitas vezes', superior ao dos afrodescendentes (50,8% contra 43,2%), enquanto houve proporcionalmente mais afrodescendentes que nunca haviam tido relações (27,1% contra 15,8 % dos brancos), mas, sem associação estatisticamente significativa entre estas variáveis. Porém entre os franceses, houve uma diferença muito grande entre brancos e afrodescendentes no que tange a nunca ter tido relações sexuais (37,3% para os afrodescendentes contra 7,5% dos brancos). Tal diferença encontrada refere-se principalmente com relação ao sexo dos participantes, pois se percebe que entre os jovens afrodescendentes franceses existe uma diferença do comportamento sexual entre meninos e meninas, havendo um grande percentual de meninas que nunca tiveram relação sexual.

Analisando mais profundamente os dados, observou-se que essa diferença entre o comportamento sexual de meninos e meninas tende a acontecer porque de acordo com Hamel (2003), as dificuldades sociais, a baixa escolaridade e a falta de informação sobre DST somadas ao racismo sofrido pelos afrodescendentes na França, além de sua religiosidade mais presente, como será analisado mais adiante, tende a reforçar as relações de classe e induz a uma rigidez maior nas relações entre homens e mulheres, devido a um controle mais forte da sexualidade das meninas.

Esses dados são ainda corroborados por pesquisa realizada na França por Lhomond (1999) que observou uma forte pressão da moral social e do controle familiar que atrasa o início do exercício da sexualidade das moças de educação islâmica (em sua maioria os descendentes de imigrantes africanos seguem a religião muçulmana). Em contrapartida, os rapazes islâmicos não têm comportamentos diferentes dos outros rapazes com relação ao

início das atividades sexuais, como também foi encontrado na atual pesquisa. Encontra-se aqui, portanto, a presença forte do chamado “duplo padrão”, que autoriza os rapazes a ter atividade sexual e a proíbe às moças afrodescendentes na França e às brasileiras em geral.

Quanto às relações afetivas, houve mais diferenças entre os dois países que entre as etnias: pouco mais da metade dos participantes, 52%, afirma ter namorado(a), 41,4% dos brasileiros e 62,7% dos franceses. Houve diferença significativa nas proporções conforme o país e o fato de ter namorado, indicando que os participantes franceses namoram mais que os brasileiros, porém os namoros dos jovens brasileiros são mais duradouros que os dos franceses. Além disso, no Brasil os namoros dos jovens brancos são ainda mais duradouros que os dos jovens afrodescendentes e as meninas namoram mais que os meninos, tais diferenças não ocorreram na amostra francesa. Para os jovens dos dois países, o fato de namorar aumenta muito a probabilidade de ter tido relações sexuais com somente um parceiro nos últimos 12 meses, além de diminuir o uso do preservativo, como será analisado mais adiante.

Com relação à religião, as diferenças encontradas entre os dois países começaram já na aplicação do questionário, pois, como explicado nos procedimentos de pesquisa, esta foi uma das questões que precisou passar por uma modificação para ser aplicada na França, pois a forma como a questão foi colocada na versão brasileira do questionário não seria aceita pelos franceses e teve de ser modificada. Além disso, entre os jovens franceses, observaram-se diferenças relevantes quanto à importância atribuída à religião por etnia enquanto para os brasileiros não houve esta diferença. Para a maioria dos jovens brancos franceses, a religião não é importante, enquanto para a maioria dos jovens afrodescendentes ela o é. A importância atribuída à religião mostrou influenciar na experiência sexual dos jovens. Entre os que consideram a religião importante tem-se menos experiência sexual,

pois 52,5% daqueles que declararam não ter tido relações sexuais nos últimos 12 meses disseram considerar a religião muito importante. Esses dados confirmam os encontrados por Lhomond (1999) em estudo realizado na França, de que os filhos de imigrantes africanos mantêm a religião muçulmana e a filosofia islâmica. A religião faz parte da vida destes jovens assim como de suas famílias, regulando e normatizando suas práticas, valores e crenças e acentuando as diferenças entre brancos e afrodescendentes naquele país.

Dentre os brasileiros a prática religiosa dos adolescentes também mostrou influenciar na experiência sexual tanto dos brancos, quanto dos afrodescendentes. Entre os praticantes tem-se menos experiência sexual, e isto é mais acentuado entre os afrodescendentes.

De acordo com Geertz (1989) a religião é um sistema que atua para estabelecer poderosas e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatorialidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas. Para o autor, a religião ajusta as ações humanas a uma certa “ordem cósmica” imaginada, bem como, projeta imagens da ordem cósmica no plano da experiência humana.

Assim, a perspectiva religiosa, como outras perspectivas (histórica, científica, estética, etc), dá ao indivíduo um determinado modo de ver as coisas, uma forma particular de olhar a vida e construir o mundo. Além disso, a religião tem uma grande importância na sua capacidade de influenciar tanto o indivíduo como os grupos em suas concepções gerais do mundo, de si próprio e das relações entre tais concepções, influenciando assim, também as atitudes dos mesmos frente a determinados objetos sociais e podendo ser nesse caso, um importante aliado na reflexão dos jovens sobre a adoção de práticas preventivas.

No que diz respeito à dimensão informativa, as diferenças também foram mais significativas entre os países que entre as etnias: houve diferenças estatisticamente significativas nos escores obtidos no sub-teste usado para medir o conhecimento sobre HIV/aids entre os estudantes brasileiros e franceses. Os brasileiros apresentaram mais acertos (uma média de 5,80 itens dos 10) do que os franceses (média de 4,96 itens). No entanto o ponto de corte para se considerar o respondente bem informado sobre HIV/Aids é de 7 itens. Fazendo a mesma comparação com relação à etnia dos participantes, observou-se que os participantes brancos obtiveram a média de 5,59 (desvio padrão de 2,06), e os afrodescendentes a média de 5,18 (desvio padrão de 2,20), porém essa diferença não foi estatisticamente significativa. Além disso, ainda que também não estatisticamente significativo, as meninas obtiveram um escore maior neste sub-teste de conhecimento sobre aids, 5,41 acertos (desvio padrão 2,11) contra 5,36 (desvio padrão 2,17) dos meninos.

Sabe-se que o fator conhecimento é bastante importante para adoção de condutas protetoras, um baixo escore neste tipo de teste associado a outros determinantes, pode ser um fator de risco e vulnerabilidade do indivíduo. Calazans (2005) observou que jovens com maior escolaridade e renda familiar referem informações mais corretas sobre aids. Camargo e Bertoldo (2006) reportaram que adolescentes que dispunham de informações adequadas sobre aids apresentavam uma atitude mais positiva sobre o uso sistemático do preservativo. Além disso, se os acertos no sub-teste de conhecimento sobre HIV/Aids indicaram que os participantes apresentam problemas sobre isto, os franceses, que comparativamente tem um menor conhecimento, são os que apresentaram uma auto-percepção menos realista sobre seu conhecimento, já que há maior proporção de participantes franceses que pensam ter bom nível de conhecimento sobre aids (55,5%) e menor de indivíduos que pensam não ser bem informados (23,1%) enquanto que dentre os brasileiros, 46,4% pensam ser bem

informados e 32,2% acredita não o ser, embora tenham se saído melhor que os franceses no subteste de conhecimento. Contudo, tais diferenças não foram estatisticamente significativas.

Com relação à etnia e auto-percepção do conhecimento, observou-se que entre os brasileiros, uma maior proporção de brancos pensa ser bem informados sobre HIV/Aids (49,2% contra 43,7% dos afrodescendentes), enquanto uma maior proporção de afrodescendentes pensam não ser bem informados (39,5% contra 25% dos brancos) sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Entre os franceses, este padrão se mantém, com uma maior quantidade de brancos pensando serem bem informados (60,2% dos brancos e 55,5% dos afrodescendentes), e uma maior proporção de afrodescendentes pensando não o ser (27,5% contra 18,6% dos brancos) apesar de que na França, estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Tais dados demonstram a internalização da força do pertencimento grupal relacionada à vulnerabilidade social ao HIV. Os jovens brancos tendem, portanto, a se perceberem como menos susceptíveis de serem contaminados, além de atribuírem o risco aos afrodescendentes e estrangeiros (no caso dos franceses, como será analisado mais adiante) enquanto os afrodescendentes se vêem mais perto da doença. Assim como, os jovens brasileiros sentem-se mais vulneráveis ao vírus que os franceses em geral. E as meninas, nos dois países, também se sentem com mais medo frente à aids, embora não sendo estatisticamente significativo.

Quanto às fontes de informação sobre aids, a escola, a televisão e os folhetos explicativos aparecem, por ordem, como principais para os adolescentes participantes desta pesquisa. Houve diferenças estatisticamente significativas quanto à importância da escola para os jovens dos dois países, pois para os franceses a escola é uma fonte mais importante

de informação sobre aids que para os brasileiros. Apesar disso, a escola também foi citada como uma importante fonte de informação na primeira etapa dessa pesquisa nas entrevistas com os jovens brasileiros. Além disso, a escola e a televisão também foram as duas fontes de informação mais importantes no estudo de Camargo e Botelho (2007) realizado no Brasil, e a escola também foi fonte principal de informação em estudo realizado por Bousfield (2007) em Florianópolis.

Quanto à etnia, no Brasil a escola como fonte principal de informações, dividiu-se equivalentemente pelos grupos (48,3% para os jovens brancos e 50,9% para os jovens afrodescendentes). Na França, a diferença entre os grupos se acentuou: a escola foi citada como principal fonte, por 65,5% dos jovens brancos contra 56,3% dos afrodescendentes, sem apontar, porém associações estatisticamente significativas entre grupo étnico para as fontes de informação escola para o Brasil, nem para a França.

Para a fonte de informação TV, também houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois países. Ela é uma fonte de informação sobre aids mais importante para os jovens brasileiros que para os franceses. Além disso, apesar de não significativo, tanto no Brasil, quanto na França, a TV foi citada como principal fonte de informação mais por afrodescendentes que por brancos.

Em terceiro lugar como fonte principal de informações ficou o folheto explicativo. Em relação a esta fonte de informação, encontrou-se também uma diferença entre os dois países: este tipo de fonte de informação foi mais relevante para os brasileiros do que para os franceses, não havendo diferenças étnicas no interior dos países.

A fonte de informação profissionais de saúde ficou em quarto lugar como fonte principal para cerca de um terço dos participantes (28,9%), não havendo diferenças entre participantes dos dois países, nem com relação à etnia. A família aparece em quinto lugar

como a principal fonte de informação para 27% dos jovens. Porém ela se mostrou mais importante para os brasileiros que para os franceses, visto que no Brasil a família foi citada como principal fonte por 33,8% dos participantes e como fonte de algumas informações por 39,4%, enquanto na França, ela foi citada como principal fonte por 20,4% e como fonte de algumas informações por 37,9%. Houve associação estatisticamente significativa entre país e família como fonte de informação. Mas não houve diferenças com relação à etnia nem ao sexo dos participantes.

A família demonstra ser um território muito promissor como fonte de informações para os jovens, porém ainda pouco explorado, pois em pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Estadística na Espanha (2004), observou-se uma grande disparidade entre a fonte de informação sobre sexualidade preferida pelos jovens e a fonte real de onde vieram estas informações. Com relação às informações advindas da família, por exemplo, 53,1% dos jovens apontaram essa fonte como preferida, porém somente 12,4% afirmaram que receberam informações dos pais sobre sexualidade. Os pesquisadores encontraram ainda diferenças quanto ao sexo dos participantes, observando que a família seria fonte de informações apreciada mais pelas mulheres que pelos homens (58,8% contra 47,4%). Essa diferença, porém não foi encontrada neste estudo.

Além do aspecto informacional positivo com relação à família, esta pode ser também uma aliada no que tange a direta influência nos comportamentos sexuais dos jovens, pois em pesquisa realizada com dois grupos de adolescentes do sexo feminino, sendo um grupo com DST e outro sem, Taquette (2005) observou que a família desempenha um papel de proteção contra as DST, pois não ser portadora de DST associou-se a viver com ambos os pais, com relacionamento de qualidade com os mesmos e a não presença de violência intrafamiliar.

Com relação aos jornais e revistas como principais fontes de informação, a maior parte dos participantes, 54,6%, respondeu que esse material forneceu-lhes apenas algumas informações, sendo considerados fontes secundárias de conhecimento. Porém, houve associação estatisticamente significativa em relação a essa fonte e o país indicando que para os jovens brasileiros, jornais e revistas são fontes de informação mais importantes que para os franceses, não havendo, porém diferenças entre etnias.

Os amigos aparecem como fontes de algumas informações para quase a metade dos participantes (48,8%) e como fonte da maioria das informações para 23,1%, revelando que os mesmos se mostram como fontes importantes de conhecimento para uma parcela significativa da amostra, não havendo associação estatisticamente significativa entre a fonte amigos e o país. Porém para os jovens dos dois países, essa fonte de informação foi mais importante para os afrodescendentes que para os brancos. E embora não exista associação estatisticamente significativa nas proporções conforme a variável etnia para o Brasil, houve para a França. Em estudo de Camargo, Botelho e Souza (2001) com 1386 estudantes do ensino médio de Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú, identificou-se que a qualidade do conhecimento sobre a aids dos adolescentes está ligada à fonte de informação, pois jovens que declararam terem os amigos como principais fontes de informação apresentaram problemas no nível de conhecimento sobre a transmissão sanguínea do HIV.

Observou-se, portanto diferenças importantes com relação às fontes de informação sobre HIV/Aids entre os jovens dos dois países, uma vez que para os brasileiros as fontes principais de informações obtidas (TV e jornais e revistas) são mais ligadas ao entretenimento, enquanto que as obtidas pelos franceses (escola) são fontes mais formais de transmissão de conhecimento. Porém apesar do menor grau de cientificidade das informações obtidas pelos jovens brasileiros, eles relatam terem tido a família como fonte

importante de informações sobre aids, o que não acontece com os franceses. Com relação a etnia, a única diferença estatisticamente significativa encontrada foi entre os jovens franceses, onde afrodescendentes declararam obter mais informações sobre aids dos amigos que jovens brancos.

A forma como a sociedade passa informações sobre sexualidade e saúde para os jovens também pode ser um elemento revelador de seus aspectos culturais. Percebe-se, portanto, a escolha da sociedade francesa por formas mais formais de transmissão de conhecimento para os jovens, enquanto a sociedade brasileira adota fontes de informação mais ligadas ao entretenimento diário da vida desses jovens. Além disso, percebe-se que os jovens brasileiros possuem a importante presença do diálogo com a família, enquanto os franceses afrodescendentes obtêm mais informações dos amigos.

Porém sabe-se que somente passar a informação ao jovem não basta. De acordo com Bousfield (2007) existe a necessidade de criar estratégias de prevenção e divulgação que não estejam preocupadas apenas em transmitir os conhecimentos científicos, mas em fornecer uma relação (interação) com o conhecimento, que venha servir aos interesses e necessidades do jovem para interagir na sociedade, a fim de que o adolescente se sinta capaz de utilizar seus saberes para participar da sociedade como cidadão, enfatizando a importância da aplicabilidade prática desses conhecimentos para sua relação com o mundo.

Com relação à dimensão atitude frente o uso do preservativo, ambos os grupos (brasileiros e franceses) apresentaram atitude favorável (respectivamente 3,67 e 3,45 numa escala onde o ponto médio é 3). Não havendo diferenças significativas entre etnias. Porém observou-se que as meninas têm uma atitude mais favorável ao uso do preservativo que os meninos. Estes dados confirmam os encontrados na primeira etapa desta pesquisa, quando surgem representações sociais das meninas referindo a importância do uso do preservativo

como método anticonceptivo e também como proteção frente às DST e a aids, porém as barreiras na negociação do seu uso com seus parceiros dificultava tal ação. Neste caso, como também na primeira etapa, os dados mostram uma maior diferença entre sexo do que entre a etnia dos participantes e essas diferenças apontam para uma maior vulnerabilidade feminina ao vírus do HIV e isso se confirma com dados epidemiológicos brasileiros que demonstram que a partir do ano de 1998, na faixa etária entre 13 e 19 anos, as meninas já ultrapassam os casos de aids, estando em uma proporção de 6 meninos contaminados para cada 10 meninas (Boletim epidemiológico, 2007).

Essa relação entre as representações sociais coletadas na primeira etapa e as atitudes mensuradas na segunda é possível, uma vez que as atitudes impregnam as representações sociais e estas últimas determinam as condutas desejáveis ou permitidas. A compreensão das representações sociais proporciona o acesso às justificativas utilizadas para orientar julgamentos e ações acerca do mundo e permite conhecer as estratégias dos seres humanos quando estão diante da tarefa de compreender fatos desconhecidos. Assim, reconstroem-se as situações como conhecimentos que regem o processo de comunicação e ação em relação aos fenômenos (Moscovici, 1978).

Uma vez considerado que as representações sociais e as práticas estão estreitamente ligadas, determinando não só comportamentos distintos, como também atitudes específicas diante de um problema (Abric, 2001), o sentido que os indivíduos atribuem à aids pode influenciar na retenção de informações preventivas e, conseqüentemente, na adesão às práticas de prevenção.

Com relação ao uso do preservativo, os resultados ficaram homogeneamente distribuídos entre os dois países, com brasileiros declarando utilizá-lo em todas as relações, mais que os franceses (55,8 % contra 45,7%), e franceses sendo maioria em declarar o não

uso do preservativo (26,1% contra 19,8% dos brasileiros). Porém, sem associação estatisticamente significativa entre as proporções.

Acrescentando a variável etnia, as amostras continuaram a dividirem-se homogeneamente nos dois países. No Brasil, ambos os grupos declararam em maioria utilizar sempre o preservativo, com os afrodescendentes utilizando-o mais que os brancos (51,5% dos brancos e 56,4% dos afrodescendentes), além disso, os brancos foram maioria em declarar o não uso do preservativo (23,3% contra 16% dos afrodescendentes). Na França, também uma grande parte de ambos os grupos declarou utilizar sempre o preservativo, porém com brancos utilizando mais que afrodescendentes (47,7% dos brancos contra 42,7% dos afrodescendentes), e com afrodescendentes sendo maioria em declarar o não uso (30,7% dos afrodescendentes contra 22,9% dos brancos). Porém, também sem associação estatisticamente significativa entre as proporções para os dois países.

O uso do preservativo continua distribuído homogeneamente com relação ao sexo dos participantes, com meninas sendo maioria a declarar o não uso do mesmo (27,2% contra 18,9%) e meninos sendo maioria a declarar o uso em todas as relações (53,7% contra 45,6%). Mas novamente não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Os dados do uso / não uso do preservativo dessa pesquisa revelam uma incongruência com os dados epidemiológicos para a amostra brasileira, uma vez que no Brasil os dados apontam para um crescimento na incidência de HIV entre afrodescendentes (Boletim Epidemiológico, 2007), necessitando, portanto de outras pesquisas para aprofundar a compreensão do fenômeno.

Para os franceses, os dados do uso / não uso do preservativo confirmam os dados epidemiológicos de uma maior incidência de HIV/Aids entre os afrodescendentes. Além

disso, apesar de não ter havido associação estatisticamente significativa entre as variáveis, tal dados somado ao fato dos afrodescendentes franceses terem obtido menor índice na escala de conhecimento sobre HIV/Aids e menor índice na escala de atitudes frente o uso do preservativo contribuem para o aumento da vulnerabilidade dos franceses afrodescendentes frente a essa doença.

Para os que responderam não ter utilizado o preservativo nos últimos 12 meses, formulou-se uma questão aberta sobre os motivos da não utilização. Dentre os participantes franceses que não utilizaram o preservativo em algum momento nos últimos 12 meses, a maior inferência foi de já ter realizado teste de HIV, seguido do fato da jovem tomar o anticoncepcional oral; não haver preservativo no momento da relação foi o terceiro motivo, conhecer bem o parceiro, a confiança no mesmo, e o fato de querer sentir mais prazer, também são citados como impedimento ao uso do preservativo.

Com relação à Análise Fatorial de Correspondência (AFC) das respostas dos franceses, percebe-se que as variáveis homem e mulher se opõe no campo fatorial. Observou-se que se associaram mais fortemente às variáveis homem e filho de imigrante (afrodescendente) os campos semânticos explicando o não uso do preservativo por questões relativas a excitação, a querer sentir mais prazer, não ter preservativo no momento, ter esquecido do mesmo, etc. As explicações próximas da variável mulher para a não utilização do preservativo giram em torno da confiança nos parceiros, do fato de estar com o namorado e de que o preservativo não seria romântico.

Dentre os brasileiros para os participantes que não utilizaram o preservativo em algum momento nos últimos 12 meses, a maior inferência foi de não tê-lo no momento, seguido do fato da jovem tomar o anticoncepcional oral, o esquecimento, o “não querer” de

um dos dois, a confiança no parceiro, o desconforto, a empolgação, o fato de ser casado, e o fato de querer engravidar, também são citados como impedimento ao uso do preservativo.

Com a análise fatorial de correspondência das respostas dos brasileiros, percebe-se uma clara contraposição entre os indivíduos que não namoram e ficam de um lado e aqueles que namoram ou estão casados e não ficam, de outro. Para os primeiros, as explicações dadas para o fato de não terem utilizado preservativo, perpassam pelo pedido do parceiro em não utilizar, pelo não querer de um dos dois, pelo fato de que um dos dois era virgem, por uma questão de momento, e quando associado à modalidade homem surge também a questão do impulso para o sexo.

Para os que namoram ou estão casados, as explicações giram em torno da confiança no parceiro, do conhecer bem e ser fiel ao parceiro, o desconforto do uso do preservativo, o não gostar de usar, o uso da pílula anticoncepcional, etc. Entre os casados, surge ainda a noção de que o uso do preservativo foi feito no início da relação e abandonado atualmente.

Tais dados resultantes da análise fatorial das respostas abertas sobre a não utilização do preservativo, tanto dos brasileiros quanto dos franceses, corroboram os dados encontrados na etapa quantitativa dessa pesquisa, que relacionam para os jovens dos dois países a não utilização do preservativo quando da presença de uma relação de confiança entre os parceiros.

Com relação à realização do teste para a detecção do HIV, houve diferença estatisticamente significativa entre brasileiros e franceses, mostrando que a proporção de estudantes franceses que já realizaram o teste é muito superior a dos brasileiros. Isso se dá, porque de acordo com o *Bulletin de Santé* da ORS (2006) após 20 anos de trabalho de prevenção com jovens franceses, atualmente eles têm incorporado o hábito de utilizar o preservativo e realizar o teste como medida preventiva. Além disso, segundo dados do

INPES / INVS (2006) a França é o país europeu que realiza o maior número de testes de HIV, são 84 testes por cada 1000 habitantes. O número de testes realizados aumentou 8% entre 2004 e 2005, foram 5,3 milhões de testes em 2005. Tal fato, porém, pode se tornar um impedimento para a utilização do preservativo, pois apesar de não ter havido associação estatisticamente significativa entre já ter realizado teste de HIV e o não uso do preservativo, dentre os motivos para a não utilização do mesmo entre os franceses, o mais citado é o de já ter realizado teste de HIV. Já entre os brasileiros, apesar dos recentes projetos do Programa Nacional de DST e Aids (PN DST/Aids) de incentivo à realização do teste (Programa “Fique sabendo”, por exemplo), esse comportamento ainda não faz parte do cotidiano dos jovens brasileiros.

Quanto ao sentimento experimentado diante da aids, observou-se que os brasileiros têm mais medo do que os franceses, os afrodescendentes têm mais medo que os brancos, e as meninas, mais que os meninos. Assim, percebe-se que o sentimento de medo frente a esta doença revelado pelos grupos estudados nesta pesquisa reflete novamente as desigualdades sociais vivenciadas pelos mesmos: a desigualdade de posição do país onde se vive frente aos demais, a desigualdade de etnia, e a de gênero. Isso acontece porque de acordo com Bozon (2004) as desigualdades sociais e econômicas, as diferenças culturais e étnicas, as relações de colonização e dominação, se manifestam também na sexualidade dos indivíduos e inclusive atuam nas suas relações sexuais.

O sentimento de medo também surgiu como dado importante nos resultados da primeira etapa desta pesquisa, quando a palavra aids aparecia associada às palavras doença e medo, demonstrando que o medo de se contaminar pela doença era um sentimento compartilhado por vários jovens entrevistados e está vinculado ao receio de ser excluído socialmente. Este sentimento pode favorecer, mas dependendo da sua intensidade pode ser

prejudicial para a adoção de condutas preventivas como a realização do teste para o HIV, por exemplo. (Camargo, Botelho & Souza, 2001). No caso dos participantes desta pesquisa, percebe-se, portanto que ambos os grupos (brancos e afrodescendentes) em geral, possuem atitude favorável ao uso do preservativo, e apesar dos afrodescendentes, dos brasileiros e das meninas sentirem-se particularmente vulneráveis frente à doença, a utilização do preservativo é uma constante entre todos os grupos.

Porém, quanto à dimensão risco observou-se que em algumas circunstâncias, o uso do preservativo é diminuído, expondo os jovens à possibilidade de contaminação pelas DST e HIV. Um dos comportamentos mais associados à conduta arriscada é o de estar namorando, pois tanto para brasileiros, quanto para franceses (embora somente estatisticamente significativo para os primeiros), este é um fator que diminui muito o uso de preservativo, e isso é estatisticamente significativo entre os afrodescendentes, mas não entre os brancos.

Outro fator que influenciou na diminuição do uso do preservativo para brasileiros e franceses (porém com associação estatisticamente significativa somente para franceses) foi o fato de ter tido relações sexuais com somente uma pessoa nos últimos 12 meses. Este fator tem estreitas ligações com o anterior (o fato de estar namorando), pois houve associação estatisticamente significativa entre o fato de ter namorado e ter tido relações sexuais com somente uma pessoa nos últimos 12 meses tanto para brasileiros, quanto para franceses, e isso é novamente significativo entre os afrodescendentes. Tais dados são ainda corroborados com a análise fatorial de correspondência das respostas dos participantes sobre porque não utilizaram preservativo nos últimos 12 meses, como será explicado mais adiante.

Vários estudos anteriores do LACCOS (Giacomozzi & Camargo, 2004; Giacomozzi, 2005; Oltramari & Camargo, 2004) demonstram que o fato de estar em uma relação estável, e com a presença de confiança entre o casal diminui o uso do preservativo. Na primeira etapa desta pesquisa, também se observou que as meninas sentem dificuldade em negociar o uso do preservativo com seus parceiros sexuais, pois segundo elas, os meninos relatam não gostarem da utilização do mesmo e referem como uma “prova de confiança/amor” o fato de elas aceitarem manterem relações sexuais desprotegidas. O uso de outros métodos anticoncepcionais, como a pílula, também contribui para a prática do sexo sem proteção.

Além disso, observa-se neste estudo uma vulnerabilidade específica das meninas com relação aos meninos, pois elas obtiveram maior escore no teste de conhecimento sobre aids, (ainda que não estatisticamente significativo), posicionaram-se mais favoravelmente frente o uso do preservativo e mesmo assim, declaram utilizar menos o preservativo que os meninos. A desigualdade de gênero é, portanto, um fator complicador para a adoção de condutas protetoras frente o HIV para as estudantes participantes desse estudo, uma vez que as meninas, tanto no Brasil quanto na França foram maioria em afirmar terem tido relações sexuais com somente um parceiro nos últimos 12 meses, o que indica serem maioria a estar em uma relação de confiança.

Tal fato torna evidentes as diferenças entre homens e mulheres no que tange os aspectos da sexualidade que interferem sobre ações preventivas e que a ação de colocar o preservativo no momento do ato sexual está sob domínio masculino. Isso ocorre porque de acordo com Fazekas, Senn e Ledgerwood (2001), o uso do preservativo pode ser classificado como um comportamento para o homem (e comportamentos estão sob controle

do indivíduo), enquanto para a mulher, ele pode ser considerado uma meta (e metas dependem de outras pessoas e eventos para serem realizadas).

Observa-se aqui, grande influência das questões de gênero nos comportamentos de risco frente ao HIV. E estas questões somadas às culturais e econômicas, têm grande peso no comportamento sexual da mulher e evidentemente influem nas questões de poder e de tomada de decisões: “... especialistas em gênero e comportamento sexual notam que gênero é obviamente importante para definir como serão as negociações nos encontros sexuais e quem determinará quais práticas irão prevalecer” (Ehrhardt & Wasserheit, 1991, p. 99).

Tais diferenças, como já demonstrado tendem a ser ainda mais intensas entre os franceses afrodescendentes, onde se observa um controle bastante rígido sobre a sexualidade das meninas. Além disso, a aids para as populações imigrantes da França é ainda vista com muito preconceito, pois quando uma mulher descobre-se soropositiva, em geral seu marido separa-se dela, em muitos casos ela sofre violência da parte dele, sendo obrigadas a deixar a casa e os filhos e ficando nas ruas abandonadas e estigmatizadas.³¹

Com relação a auto-percepção do risco de contrair aids houve mais franceses que disseram não saber se haviam se arriscado a contrair a doença (14,2%, contra 8,8% dos brasileiros) e mais brasileiros que afirmaram não ter se arriscado (74,4%, contra 45,4% dos franceses), havendo associação estatisticamente significativa entre essas variáveis, o que indica que os brasileiros declararam ter se arriscado menos que os franceses. Adicionando-se a variável etnia, observou-se que dentre os brasileiros, a grande maioria afirmou não ter se arriscado a pegar aids (77,1% dos brancos contra 71,7% dos afrodescendentes), e houve mais afrodescendentes que disseram não saber se haviam se arriscado do que brancos (13,3% contra 4,2%). Dentre os franceses, 45% dos brancos disseram ter se arriscado,

³¹ Sinon, Aminata. Comunicação pessoal, Paris, França, setembro de 2007.

contra 35,8% dos afrodescendentes, enquanto 19,3% dos afrodescendentes e 10% dos brancos afirmaram não saber se haviam se arriscado. Houve associação estatisticamente significativa entre ter se arriscado e etnia para os brasileiros, mas não houve para os franceses.

Foi perguntado aos participantes se eles pensam que existem pessoas que correm mais risco de serem contaminadas pelo vírus HIV, 54,5% dos brasileiros acredita que sim, contra 45,5% dos franceses. Houve associação estatisticamente significativa entre esta variável e o país demonstrando que os brasileiros são maioria em acreditar que existem determinados grupos de pessoas que correm mais risco, porém os franceses também têm uma visão de grupos bem específicos com relação ao risco frente à aids, como será explicitado.

As respostas dos jovens foram agrupadas em categorias para os dois países. Tanto nas respostas dos brasileiros, quanto nas dos franceses surgiram para esta questão referências a grupos de risco, porém já com a internalização dos chamados comportamentos de risco.

Para os brasileiros as pessoas que correm mais risco frente ao HIV, são as pessoas que não usam o preservativo, as profissionais do sexo, os usuários de drogas, aquelas pessoas que saem com qualquer um e ou têm vários parceiros, os irresponsáveis e afobados, as pessoas sem informação sobre a doença, e os homens que saem com profissionais do nesta ordem.

Com a análise fatorial de correspondência, das respostas dos participantes brasileiros a essa questão, observou-se uma contraposição das variáveis homem-mulher, afro-branco, e nível sócio cultural *desfavorável* e *médio*. Enquanto as variáveis mulher e

afro se aproximam mais do nível sócio cultural *desfavorável*, a variável homem, se aproxima mais do nível sócio cultural *médio*.

Os campos semânticos gerados proximamente à variável nível sócio cultural *desfavorável* marcam uma atribuição interna ao risco frente à aids (não se cuidam, cabeça fraca, etc). Enquanto que os campos próximos ao nível sócio cultural médio demonstram a preocupação com a prevenção e o cuidado com os “contaminadores”. Ambos os campos trazem em suas explicações características das atribuições de causalidade já citadas no marco teórico dessa Tese: a) As pessoas têm a tendência de atribuir a “culpa” ao outro e retirá-la de si mesmo (é uma causa geralmente exaustiva e primeira, a teoria do “bode expiatório”); b) Existe a tendência entre as pessoas em crer que sempre alguém tem a “culpa”, acreditando ainda em uma só causa, os acontecimentos não tem causas múltiplas, (esta é a teoria da conspiração).

As mulheres fazem referência ao risco, associando-o com relações de longa duração e de confiança, já referida nas entrevistas, bem como a pessoas com vários parceiros, enquanto os homens associam o risco aos amigos que gostam de ser “comilões”. Observa-se, portanto, a tendência à atribuição do comportamento quase que somente às ações do ator e a se ignorar o meio como determinante desse comportamento. Isso caracteriza o “erro fundamental na atribuição” (Ross, 1977; 1978). Para “sanar” esse erro, ou contribuir para ampliar essa compreensão, é necessário que se estude mais profundamente o saber social, seu conteúdo e suas origens e isso é possível no âmbito da teoria das representações sociais. Segundo Moscovici (1981) a teoria das atribuições ficará mais frutífera e menos mecânica quando reconhecer a importância do conteúdo das representações, assim como seu caráter social. Nesse caso, a atribuição de risco feita pelas mulheres associado a relações estáveis pode ser melhor compreendida quando relacionada com os dados da primeira etapa dessa

pesquisa, onde as mulheres reconhecem a importância do uso do preservativo, porém relatam a dificuldade da negociação desse uso com seus parceiros.

Além disso, o fato dos homens associarem os riscos aos amigos “comilões” também encontra relações com os dados das entrevistas, nas quais nos discursos masculinos surge uma representação social da aids associada a encontros noturnos e a relacionamentos amorosos com pessoas do sexo oposto.

Com relação à etnia, os brancos associam o risco aos usuários de drogas e homossexuais, enquanto os afrodescendentes associam o risco às pessoas das favelas, aos desinformados e aos que “pegam prostitutas”. Dentre os franceses os participantes atribuíram maior risco de contaminação aos usuários de drogas, àqueles que não usam preservativo, aos homossexuais, às pessoas de países pobres, e às profissionais do sexo, nesta ordem.

A análise fatorial de correspondência das respostas dos franceses também revelou uma divisão das atribuições do risco ligadas à infecção pelo HIV: o fator 1 foi marcado por uma atribuição do risco ligada à prostituição, à pessoas com a saúde mais frágil, quem fuma maconha, jovens, quem abusa de bebidas alcoólicas. Enquanto que o fator 2 demonstra a atribuição do risco relacionada com as pessoas de países subdesenvolvidos, quem não tem atenção, não se protege, não usa preservativo, toxicômanos, negros e africanos. Houve ainda um terceiro fator que associou-se mais fortemente a variável homem, e observa-se a atribuição de maior risco às pessoas com múltiplos parceiros e também mais especificamente às meninas que têm relação sexual com muitos garotos, aos estrangeiros, aos homossexuais e a determinadas práticas sexuais como a anal, a sodomia, etc.

Observa-se em tais dados que a tendência de ver a aids como uma doença do outro ainda permanece entre os jovens, e está relacionada com as características da atribuição de

causalidade citadas anteriormente, pois ela surge entre os jovens de ambos os países, porém de uma forma diferenciada. Enquanto para os jovens brasileiros a aids está relacionada aos “outros” de certa forma mais próximos (usuários de drogas, homossexuais, profissionais do sexo, etc) para os franceses a atribuição continua sendo também com esses mesmos próximos, porém com uma atribuição específica: os jovens de outro continente (países em desenvolvimento) além de estrangeiros, imigrantes, afrodescendentes que vivem na França. Essa é uma forma de colocar o risco para ainda mais longe, mesmo que esses mesmos jovens tenham revelado um sentimento de medo frente à doença. Assim, “a desigualdade dos grupos sociais e culturais se expressa em relações assimétricas entre os corpos e em representações sexuais estereotipadas do outro cultural ou social, que mais reforçam do que deslocam essas situações de desigualdade. Ou seja, existe uma tradução sexual das relações desiguais” (Bozon, 2004).

Além disso, a atribuição de causalidade pelos jovens utiliza-se de termos que funcionam como uma forma de categorização que é geradora de estereotipia, com conteúdos de cunho pejorativo, que valoram negativamente os indivíduos desses grupos, revelando preconceito com relação ao imigrante afrodescendente. A forma como os estudantes se reconhecem e reconhecem o outro, sua identidade pessoal e grupal, interferem nas relações que estabelecem com os demais e isso se reflete em suas crenças, valores e práticas sociais.

Além disso, os homossexuais e as profissionais do sexo, foram apontados como sofrendo maior risco de contaminação nos dois países com uma distribuição homogênea entre as diversas variáveis grupais. Observa-se, como já anteriormente colocado, que ainda persiste a idéia antiga da existência dos “grupos de risco”. Essa idéia pode interferir prejudicialmente na auto-percepção de risco e conseqüentemente na adoção de

comportamentos de proteção frente às DST e à aids. Dessa forma, observa-se que os preconceitos também interferem na adoção de práticas protetoras frente à doença, uma vez que se correlacionam com as atribuições de maior risco ao “outro” dificultando a adoção de comportamentos de proteção frente à infecção.

Além disso, pode-se pensar no preconceito com relação aos homossexuais, pois em pesquisa realizada pela UNESCO (2004a) no Brasil, sobre juventude e sexualidade, revelou atitudes e valores homofóbicos no ambiente escolar, onde cerca de 25% dos estudantes disse que não gostaria de ter um colega homossexual. O Brasil há vários anos se mantém como um dos países que apresentam os mais altos índices de assassinato de natureza homofóbica. Os professores também se revelam preconceituosos com relação a esse tema, pois 59,7% declararam ser inadmissível que uma pessoa tenha experiências homossexuais. Em virtude de tais dados, existem no Brasil alguns programas sociais com objetivo da diminuição da homofobia, que tem sido desenvolvidos com apoio do governo brasileiro e de ONGs, como o “Brasil sem homofobia”, por exemplo.

Em pesquisa comparativa entre Brasil e França sobre homofobia, Nardi (2008) observa que na França a homofobia visível no debate público francês emerge somente das periferias povoadas por imigrantes. Das outras esferas da sociedade surge um discurso que tende para a aceitação das diferenças, porém, para o autor, existe uma “incipiência” das políticas públicas francesas com relação a homofobia, o que passaria a idéia de que se os programas não existem, é porque o clima cultural é favorável e a sociedade francesa não sendo homofóbica, não tem necessidade de programas específicos.

Porém, a França é um país que se orgulha de ter uma divisão entre os espaços públicos e privados bastante eficaz, na qual o lugar da sexualidade está no espaço privado e não caberia discutí-la na escola, por exemplo. Porém ao procurar desnaturalizar esta

argumentação, Nardi (2008) observou uma divisão interna na sociedade francesa que se esconderia sob o manto do universalismo, evitando confrontar temas como a racialização e a homossexualidade nos espaços públicos franceses.

Essa evitação de assuntos referentes à esfera do privado nas escolas foi observada durante a coleta dos dados, quando em várias ocasiões os estudantes franceses deixaram claro para a pesquisadora, que estavam se sentindo de certa forma “incomodamos” pelo teor das questões da pesquisa, fato que não ocorreu na coleta de dados no Brasil. Tais manifestações dos jovens franceses aconteceram muito freqüentemente por escrito ao final do questionário, como na seguinte frase deixada por uma jovem: *Merci...De rien, mais la prochaine fois ne me pose meme plus se genre de question, ok?*³²

O uso abusivo de drogas neste estudo foi uma variável psicossocial importante para a compreensão das especificidades dos grupos estudados. 42,5% dos participantes declararam ter ficado bêbado nos últimos 12 meses, não havendo diferenças significativas entre brasileiros e franceses, tampouco entre brancos e afrodescendentes. Esta proporção é bem superior às encontradas no estudo de Camargo e Bertoldo (2006) realizado no Brasil, onde 31,5% dos alunos de escolas particulares, 24,1% dos alunos de escola pública no diurno e 23,4% no noturno, tiveram esta mesma experiência.

A declaração do uso da maconha ficou em torno de 22,7% dos participantes, com os franceses declarando ter usado mais que brasileiros (34,7% contra 10,6%). O uso de outras drogas ficou em 11,6% não havendo diferenças significativas entre país ou etnia. O uso de drogas revela-se, bastante prejudicial para a adoção de comportamentos preventivos frente às DST e ao HIV/Aids, pois vários outros estudos (Taquette, Andrade, Vilhena & Paula, 2005; Cook, Pollock, Rao & Clark, 2002; Scivoletto, Tsuji, Abdo, Queiroz, Andrade &

³² Obrigada, De nada, mas da próxima vez, não me faça mais este tipo de questões, ok?

Gattaz, 1999; Tapert, Aarons, Sedlare & Brown, 2001) observaram uma associação entre o uso de bebidas alcoólicas e ou outras drogas ilícitas e ter DST. Essa associação também foi encontrada em estudo comparativo entre adolescentes do sexo feminino com e sem DST, onde Taquette (2005) observou uma associação entre o uso de bebidas alcoólicas no mês anterior da pesquisa e ou outras drogas ilícitas e ter DST. Observou também a associação entre a violência intrafamiliar era mais freqüente no grupo de jovens com DST.

De acordo com a UNODC³³ o uso de drogas é um fenômeno mundial e acompanha a humanidade desde as primeiras civilizações. Hoje, apesar de variar de região para região, afeta praticamente todos os países. Entretanto, nas últimas décadas, as tendências do uso de drogas - especialmente entre jovens - começaram a convergir. No mundo todo, cerca de 200 milhões de pessoas - quase de 5% da população entre 15 e 64 anos - usam drogas ilícitas pelo menos uma vez por ano. Cerca de metade dos usuários usa drogas regularmente; isto é, pelo menos uma vez por mês. A droga mais consumida no mundo é a cannabis (maconha e haxixe). Cerca de 4% da população mundial entre 15-64 anos usa cannabis enquanto 1% usa estimulantes do grupo anfetamínico, cocaína e opiáceos. O uso de heroína é um grave problema em grande parte do planeta: 75% dos países enfrentam problemas com o consumo da droga.

O uso abusivo de álcool e outras drogas consiste num fator indireto de risco em relação à infecção pelo HIV, pois ele traz dificuldades para o adolescente viabilizar uma conduta preventiva diante do vírus. Tal fato também surgiu como fator presente na vida dos entrevistados na primeira etapa desta pesquisa, confirmando a proximidade e exposição desta população à esse tipo de substâncias.

³³ Disponível em: http://www.unodc.org/brazil/pt/prevencao_drogas.html

Outra variável psicossocial interveniente na vida dos participantes desse estudo foi a violência. Mais da metade dos participantes (55,3%) declarou ter presenciado cenas de violência nos últimos 12 meses, com os brasileiros sendo maioria em ter presenciado cenas de violência, porém com os franceses tendo participado mais de brigas que os brasileiros. Este dado parece fazer sentido, diante dos achados de Santos, Santos e Borges (2005), de que 55% dos jovens entrevistados (com mesma faixa etária dos participantes da presente pesquisa, 15-24 anos), preocupam-se com a sua segurança. E quase metade dos jovens entrevistados (46%), disse já ter experimentado tal situação. Ainda cabe observar que esta realidade foi mais vivenciada por jovens afrodescendentes do que brancos, pois 52% dos negros disseram ter perdido alguém de forma violenta, enquanto isto aconteceu a 49% dos pardos e 42% dos jovens brancos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), a violência inclui diferentes configurações como a autoinfligida (suicídio, entre outras), a interpessoal que se desdobra em violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, o parceiro(a) e o idoso; a comunitária contra vizinhos e desconhecidos e finalmente a violência coletiva, englobando a social, a política e a econômica. De acordo com Minayo (2002) as violências constituem a segunda causa de morte para a população em geral e a primeira para crianças e adolescentes com idade entre 5 e 19 anos. No Brasil, entre todas as crianças que morrem com idade entre 5 e 9 anos, 47% são vítimas de violência; entre 10 e 14 anos, esse percentual sobe para 54,6% e no grupo de 15 a 19 anos, corresponde a 70,8%. Pode-se afirmar, portanto que o contingente infanto-juvenil da população brasileira está morrendo mais por causas ligadas à violência do que por doenças.

Além disso, de acordo com Gordillo (2007)³⁴, existem claras relações entre violência e vulnerabilidade frente à infecção pelo HIV, e estas relações estão mais presentes principalmente na vitimização das adolescentes do sexo feminino e crianças, pois em ambientes violentos, existe uma maior probabilidade de ocorrer infecção por sexo forçado; as mulheres têm menor capacidade para negociar o sexo seguro com seus parceiros; e existe também maior probabilidade de ocorrer abuso físico e sexual na infância, o que pode acarretar em adoção futura de comportamentos sexuais de risco da criança que sofreu o abuso. Além destes fatores que interferem diretamente na prevenção primária da doença, existem outros, que interferem na prevenção secundária da mesma, pois em ambientes violentos, mulheres já infectadas que descobrem sua soropositividade, geralmente sofrem ainda mais violência por parte do seu companheiro, além da discriminação na comunidade, e isto faz com que a violência limite o impacto da prevenção, pois mulheres soropositivas em comunidades como essas preferem se calar e não revelar sua condição, o que as impede de acessar um tratamento eficaz e pode fazer com que ela seja uma disseminadora do vírus.

³⁴ Gordillo, V. (2007) Comunicação Pessoal : La prevención del VIH/SIDA en la adolescencia : necesidad de nuevas estrategias. Universidad Complutense de Madrid, Florianópolis/UFSC.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa indicam uma multiplicidade de fatores de risco às DST e ao HIV/Aids entre os jovens estudados. E essa multiplicidade varia de acordo com o grupo de pertença dos participantes, revelando desigualdades vivenciadas por membros de alguns grupos, que os expõe a maior vulnerabilidade, como por exemplo, as meninas em relação aos meninos e os afrodescendentes em relação aos brancos.

Porém observou-se que ambos os grupos, brasileiros e franceses estão de certa forma vulneráveis às DST's e ao HIV/Aids, pois apresentaram baixo índice no subteste de conhecimento, sexo desprotegido, além da presença da violência, do uso/abuso de álcool e outras drogas, entre outros.

No Brasil, as diferenças encontradas foram mais importantes com relação ao sexo do que à etnia dos participantes. Enquanto na França houve diferenças importantes com relação à etnia e também diferenças sexuais no interior da etnia afrodescendente.

Para Bozon (2004), existe uma tradução sexual das relações desiguais, isto é, nos comportamentos sexuais dos indivíduos, as práticas, os relacionamentos e os significados estão enraizados no conjunto das experiências constituidoras dessas pessoas como seres sociais, no interior dos cenários culturais das sexualidades dominantes em suas respectivas sociedades. Assim, os fatores que contribuem para modelar essa experiência da sexualidade de maneira diferenciada de acordo com os diferentes grupos sociais são inúmeros. Nesta pesquisa observou-se que alguns destes fatores destacaram-se nessa contribuição, dentre eles, as trajetórias de vida, a influência da religião, as condições de vida, relações familiares, os processos migratórios, as redes de sociabilidade, os padrões de relação entre

os sexos, usos do corpo, escolarização, vivência de preconceito e violência, posição na estrutura social, dentre outros.

Isso acontece porque as relações sociais de sexo, de etnia, de idade e de classe nas quais os indivíduos estão inscritos influenciam e condicionam seus comportamentos e mesmo o sentido dados a esses. De acordo com Hamel (2003) essas relações sociais se articulam entre elas produzindo uma grande variedade de posições sociais e de atitudes correspondentes, o que tende a deixá-las de modo pouco perceptível.

A experiência sexual dos grupos pesquisados revelou ainda diferenças importantes com relação a valores e práticas femininas e masculinas, apontando para as inter-relações entre gênero, sexualidade e suas práticas sexuais. Além disso, a especificidade dos jovens afrodescendentes estudados, tanto no Brasil, quanto na França, leva em conta uma posição de acúmulos de inferioridade em várias instâncias (etnia, classe, etc.) e não uma particularidade étnico/cultural que determine a priori seus comportamentos. Suas ações, como as de todos os indivíduos, são determinadas pelas relações sociais nas quais eles estão inseridos. Dessa forma, ao invés de seus comportamentos serem determinados por um sistema de valores pré-existentes a estas relações sociais, as ações individuais e também as práticas sexuais são o produto do sistema de valores construído por tais relações sociais. As relações de poder estabelecidas nesse grupo podem ser da seguinte forma: pertencer a um grupo dominado nas relações de classe pode induzir a um início sexual precoce; estar em posição de dominação nas relações de etnia reforça essa precocidade; estar em posição de dominação nas relações de sexo (ou de gênero) tende a reforçar ainda mais essa precocidade entre os meninos, mas a diminuí-la entre as meninas, uma vez que sua sexualidade tende a ser mais controlada e principalmente na França, as meninas de origem dos países muçulmanos devem manter sua virgindade até o casamento.

Existe ainda a relação entre a camada sócio-econômica e a etnia dos participantes que reflete claramente na sua saúde e se deve às desigualdades de oportunidades e às diferenças quanto à exposição a agressões ambientais, nos estilos de vida, nas condições habitacionais e laborais, nas estratégias de adaptação social e controle pessoal, no suporte social, no nível de estresse, no acesso aos serviços de saúde e na distribuição da riqueza (Ramos, 2006; Carrol e col. 1993). A saúde, a mortalidade e as doenças graves variam enormemente de acordo com as condições sócio-econômicas nos diferentes países, tanto em homens, quanto em mulheres (Arber, 1989; Marmot, 1991; Wilkinson, 1992) e muitos dos fatores que aumentam a vulnerabilidade às doenças, nos grupos sociais mais desfavorecidos, afetam igualmente muitos indivíduos migrantes e de minorias étnicas (Goldeberg e cols., 1988; Robinson e cols., 1984).

Percebe-se, portanto que a organização das relações entre os sexos e as regras que regem a sexualidade não são iguais para todos. Mesmo que elas sejam mundialmente marcadas pela dominação masculina e pela indução à heterossexualidade, o grau de violência e de opressão varia de acordo com a sociedade e com a cultura. Os resultados obtidos neste estudo mostram que entre brasileiros e franceses há mais semelhanças do que entre franceses brancos e franceses afrodescendentes. Pois na França, brancos e afrodescendentes representam culturas totalmente diferentes, com valores, crenças, práticas, e religiosidades diferentes. Tais diferenças culturais refletem em seu comportamento de uma maneira geral e também em suas práticas sexuais e de saúde. A sexualidade é construída culturalmente, no interior das relações de poder existentes. Para Butler (2003) não há como recorrer a um corpo que já não tenha sido sempre interpretado por meio de significados culturais.

Ao conjunto de desigualdades sociais e econômicas encontrado entre os participantes da pesquisa, deve-se agregar fatores igualmente agravantes, (Parker e Camargo, 2000) tais como a baixa incorporação dos valores da cidadania, que é menor para os jovens de camadas populares, afrodescendentes e mulheres em virtude da marginalização e preconceito vivenciados, além da precariedade de acesso à informação.

Assim, é importante ressaltar que a pobreza não deve ser vista como a causa única da maior vulnerabilidade da população estudada, pois de acordo com Parker e Camargo, (2000), ela funciona, em quase todas as circunstâncias, em conjunção com um leque de outros fatores sociais e culturais na articulação de formas variadas de vulnerabilidade ao HIV/Aids. Tendências amplas, como a pauperização, a feminização ou a interiorização são inegáveis, mas a análise simplista destas categorias pode mascarar a real complexidade social dos processos de vulnerabilização.

Na presente pesquisa, observou-se que a pobreza associada aos processos migratórios, à falta de informação, ao poder associado ao gênero, à violência e discriminação sexual e racial, à confiança no parceiro (a) ao uso de álcool e outras drogas contribuiu para a maior vulnerabilidade dos participantes. Tais interações precisam ser confrontadas em pesquisas futuras para que se possa ir adiante na análise da epidemia ou na intervenção em sua trajetória.

Para se obter uma diminuição dos fatores que intervêm na vulnerabilização dos jovens com relação ao HIV/Aids, são necessários de acordo com Taquete (2005) investimentos sociais estruturais, especialmente no que diz respeito ao acesso universal à educação e à saúde. Em relação ao consumo de álcool e outras drogas, por exemplo, o meio social de modo geral, aí se incluindo profissionais de saúde, pais e educadores, precisa ser menos tolerante em relação a seu uso e abuso, sem, contudo, apelar para atitudes

repressivas, punitivas, que, muitas vezes, acabam por produzir e reforçar reações indesejadas. Nesse sentido, é necessário que se invista em prevenção ao uso de álcool e drogas com adolescentes. Pensar na articulação entre o trabalho dos redutores de danos com o dos CAPS ad (que atualmente, em grande maioria, trabalham somente com tratamento de drogadição e não com prevenção) pode ser um elemento importante na criação de novas estratégias de redução de danos e prevenção ao uso /abuso de álcool e drogas e também às DST, ao HIV/Aids.

De acordo com a UNODC, a melhor parceira da prevenção é a informação. É preciso saber sobre as drogas, especialmente sobre seus riscos. Drogas podem causar danos à saúde, além de diminuir a percepção de perigos. Por alterar o nível de consciência, o uso de drogas pode levar à práticas arriscadas, como sexo sem preservativo ou compartilhamento de seringas e outros materiais que podem transmitir doenças, como o HIV/Aids e a hepatite, além disso, o uso do crack está relacionado à tuberculose.

Quanto ao preservativo, para Taquete (2005) a intervenção das equipes de saúde deve incidir primordialmente na promoção de seu uso constante em todas as relações sexuais, visto que a redução dos outros fatores de risco parece depender mais de ações que abarcam outras esferas. As campanhas de incentivo à utilização das camisinhas masculina e feminina devem ser intensificadas. Esta é a principal tarefa a ser abraçada pelas equipes de saúde que trabalham com adolescentes. No Brasil, o preservativo é muito pouco usado pelos jovens. Segundo dados do Ministério da Saúde, os menores índices de uso se encontram entre 15 e 19 anos.

Além disso, é necessário que se amplie o acesso da população jovem de camadas populares aos serviços, insumos e informações em HIV/Aids, visto que dentre os jovens brasileiros, participantes desta pesquisa, o motivo mais citado por não ter utilizado

preservativo nos últimos 12 meses, foi o de não ter consigo este insumo. Porém tais informações e insumos não devem restringir-se aos ambientes escolares e de saúde, visto que muitos destes jovens não frequentam escolas ou serviços de saúde. Na França, por exemplo, eles estão sendo distribuídos em salões de beleza com públicos específicos (salões afro), bares e lugares de encontro da comunidade, entre outros.

Outro aspecto importante a ser trabalhado é o estabelecimento de políticas de prevenção, assistência e direitos humanos para a população de camadas populares, bem como o fomento à pesquisa e ao conhecimento sobre aids, preconceito, pobreza, equidade, racismo, para que se possa avançar na compreensão das interações destas variáveis psicossociais e suas relações com a vulnerabilização ao HIV/Aids.

7- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abric, J. (1994). Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses Universitaires de France.

Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. Em A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.). Estudos interdisciplinares de representação social (pp. 27-38). Goiânia: AB.

Allport, (1954). The historical Background of Moderns Social Psychology. Em Lindzey, G. & Aronson, E. (Orgs.), The Handbook of Social Psychology. New York: Randon House.

Amaro, H. (1995). Love, Sex, and Power: Considering Women's Realities in HIV Prevention. American Psychologist, (50), 437-447.

Amâncio, L. (2001). O Gênero na Psicologia: uma história de desencontros e rupturas. Psicologia (XV), 9-26.

Anderson J, Melville, R. & Jeffries, D.J. (1996). Ethnic differences in women with HIV infection in Britain and Ireland. The study group for the MRC collaborative study of HIV infection in women. Em AIDS, (10), 89-93.

Ayres, J. R. (1994). Epidemiologia sem números: Outras reflexões sobre a ciência epidemiológica, a propósito da AIDS. Seminário Epidemiologia Social da AIDS, Anais, (pp. 8-19). Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ.

Ayres, J. R. França, J., Calazans & Saletti, F. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. Em M. R. Barbosa & R. Parker (Orgs.), Sexualidade pelo avesso: Direitos, identidades e poder (pp. 49-72). Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: ED. 34.

Aggleton, P. (1996). Global priorities for HIV/AIDS intervention research. International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS, (7), 13-16.

Arcuri, L. & Boca, S. (1999). Posicionamento político: Racismo sutil e racismo flagrante em Itália. Em J. Vala (Org.) Novos Racismos: Perspectivas comparativas. Celta Editora: Oeiras.

Arber, S. (1989). Gender and class inequalities in health: understanding the differentials. Em J. Fox (Org.) Health inequalities in european countries. Aldershot: Goer Publishing Company.

Azevedo, F. L. (2005) Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. Em Saúde da população negra no Brasil – Contribuições para a promoção da Equidade – FUNASA. Brasília: Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde.

Bangerter, A. (1995). Rethinking the relation between science and common sense, a comment on the current state of social representations. Theory and Papers in Social Representations, 4(1), 61-78.

Bayley, S. L.; Pollock, M. P. H.; Martin, C. S. & Lynch, K. (1999). Risky sexual behaviors among adolescents with alcohol use disorders. Journal of Adolescent Health, (25), 179-181.

Barth, F. (1976). Los grupos étnicos. México: Fondo de Cultura Economica.

Batista, L. E. (2005). Masculinidade, raça/cor e saúde. Em Ciênc. saúde coletiva, 10 (1), Rio de Janeiro jan./mar.

Bastos, F.I., Telles, P.R., Castilho, E. & Barcellos, C. (1999). A epidemia de Aids no Brasil, Em M.C.S. Minayo (Org.) Os muitos brasis: saúde e população na década de 80, (2), 245-268, São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

Bauer, M. W. & Aarts, B. (2000). A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. Em M. W. Bauer (Org.) Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes.

Bento, M. A. (2003). Branqueamento e branquitude no Brasil. Em I. Carone & M. A. Bento (Orgs.) Psicologia Social do Racismo. Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes.

Berger, P. & Luckman, T.(1985). A construção social da realidade.(Trad.) Floriano de Souza Fernandes, Petrópolis, Vozes.

Camargo, B. V. ; Bertoldo, R. Comparação da vulnerabilidade em relação ao HIV de estudantes da escola pública e particular.. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 23, p. 369-379.

Berry, J. W., Kim, U., Powers. S., Young, M. & Bujaki, M. (1989). Acculturation Attitudes in Plural Societies, Em Applied Psychology: An International Review, 38 pp 185-206.

Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation and Adaptation, Em Applied Psychology: An International Review, (46), 5-68.

Bourdieu, P. (1989). O Poder simbólico. (Fernando Tomás, Trad.) Lisboa: Difel.

Bourhis, R. Y. Moise, L.C. Perreault, S. & Senecal, S. (1997) Towards an Interactive Acculturation Model : A Social Psychological Approach, Em International Journal of Psychology, (32), 369-386.

Bozon, M. (2004) Comportamentos sexuais, pertença de classe, migrações e relações interculturais. (M. de Lourdes Menezes, Trad.). Em M. Bozon (Org.) Sociologia da Sexualidade, FGV, Rio de Janeiro.

Brasil. Ministério da Saúde (2002). Anuário Estatístico de Saúde do Brasil. Brasília, DF.

Brasil (2003). Boletim epidemiológico. Disponível em: www.aids.gov.br

Breakwell, G.M. (1993). Social Representations and Social Identity, Em Papers on Social Representations, (2), 198-217.

Brown, G. & Harris, T. (1978). Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. New York: Free Press.

Buchalla, C. M. & Paiva, V. (2002). Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. Revista de Saúde Pública, (36).

Buletin de Santé (2005). ORS, Paris, France.

Burns, P.M. (2002). Turismo e antropologia: uma introdução. São Paulo: Chronos.

Carael, M.; Buve, A. & Awusabo-Asare, K. (1997). The making of HIV epidemics: What are the driving forces? Em AIDS, 11 (Sup. B): 23-31.

Camargo, B. V. (2005). ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Em A. S. P. Moreira; B. V. Camargo, J. C. Jesuíno, S. M. Nóbrega (Orgs.), Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais (pp. 511-540). João Pessoa: Editora Universitária – UFPB.

Camargo, B. V., Botelho, L. J. & Souza, E. S. B. (2001). AIDS, sexualidade e atitudes sobre a proteção contra o HIV: Um estudo descritivo com adolescentes do nível médio da rede de ensino (Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú) (Relatório Técnico de Pesquisa, 42 p.). Florianópolis: UFSC/LACCOS.

Camargo, B. V., Barbará, A & Bertoldo, R. (2005). Um instrumento de medida da dimensão informativa da representação social da aids [Trabalho Completo]. Em IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira sobre Representações Sociais: Teoria e Abordagens Metodológicas. João Pessoa: JIRS.

Camargo, B. V. & Bertoldo, R. (2006). Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. Estudos em Psicologia, 23 (4), 369-379.

Camargo, B. V., Giacomozzi, A., Wachelze, J. F. & Aguiar, A. (2007). Variáveis psicossociais associadas à vulnerabilidade ao HIV/AIDS: estudo comparativo da população negra com a população branca. Relatório Técnico, p. 88.

Camargo, B. V. & Botelho, L. J. (2007). Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. Rev. Saúde Pública, 4(1), 61-68.

Camino, L, Maciel, C. Brandão, C. e Gomes, G. (1996). O conhecimento do outro: Explicações em termos de Cognição Social. Em L. Camino (Org.) Monografias em Psicologia Social, v. 1. Ed. Universitária: João Pessoa.

Cardoso, F. H. , Ianni, O. (1960). Cor e mobilidade social em Florianópolis. São Paulo: Nacional.

Carrol, D. e cols (1993). Health and social material circumstances: their origins and implications. Psychology and health, (8), 295-316.

Cochran, S. D. & Mays, M. (1989). Women and AIDS-Related: Concerns Roles for Psychologists in Helping the Worried Well. American Psychologist, March vol44 n.3, 529-535.

Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, (109), 5-24.

Cook RL, Pollock NK, Rao AD, Clark DB. (2002). Increased prevalence of herpes simplex virus type 2 among adolescent women with alcohol disorders. Adolesc Health,(30),169-74.

Contarello, A, Nencini, A. & Sarrica, M. (2007). Sé, identità e cultura. Em B. Mazzara (Org.), Prospettive di psicologia culturale. Modelli teorici e contesti d'azione. Carocci editore, Roma.

Costa, S. e Werle, D. (2000). Reconhecer as diferenças: Liberais, comunitaristas e as relações raciais no Brasil. Em Scherer-Warren, T. Benakouche, H.R. Leis, S. Costa, D. Werle, N. Fiori, A. Lisboa (Orgs.), Cidadania e multiculturalismo: A teoria social no Brasil contemporâneo. Socius: Lisboa.

Chauvin, B. & Hermand, D. (2006). Influence des variables distales sur la perception des risques : une revue de la littérature de 1978 à 2005. Les cahiers Internationaux de Psychologie Sociale,(72), 65-84.

Cunha E.M.G.P. (2001). Condicionantes da mortalidade infantil segundo raça/cor no Estado de São Paulo, 1997-1998. Tese de doutorado não publicada. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

De Marchi, V. (1993) Blood and Honour. Rapporto internazionale sulla destra skinhead, Koiné, Roma.

Deans, A. & Singh, N., (1999). Psychological factors which influence sexual practices of homeless youth in Seattle. Journal of Adolescent Health, (24), 125-126.

Díaz, R.; Ayala, G.; Bein, E., (2004). Sexual Risk as an Outcome of Social Oppression: Data From a Probability Sample of Latino Gay Men in Three U.S. Cities. Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology. 10 (3), 255-267.

Doise, W. (2001). Atitudes e representações sociais. Em D. Jodelet (Org.) As representações sociais. (pp. 187- 204). Rio de Janeiro: ed. Uerj.

Dohrenwend, B. (1973). Social Status and stressful life events. Journal of personality and social psychology, (28), 225-235.

Dumont, L. (1992). “Introdução”, “Gênese I” e “Gênese II”, Em Ensaio sobre o Individualismo, (pp. 13-109) Lisboa, Publicações Dom Quixote.

_____, (1992). Homo Hierarchicus, São Paulo, EDUSP.

Duveen, G. (2004). Uma psicologia social do conhecimento. (P. Guareschi, Trad.). Em S. Moscovici (Org.) Representações Sociais: Investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes.

Echabe, A. E. (1997). Sócio-psychological approaches to racism: A critical review. papers on social representations – texts sur les representations sociales. 6 (1), 1-11.

Ehrhardt, A. & Wasserheit, J. N. (1991). Age, gender, and sexual risk behaviors for sexually transmitted diseases in the United States. Em J. N. Wasserheit, S. O. Aral, K. K. Holmes, & P. J. Hitchcock (Eds.), Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era. 97-121

Ellison, R. (1990). Homem Invisível. São Paulo: Marco Zero.

Fasulo, A. (2007). Pratiche di interazione e modelli di manutenzione della cultura. Em B. Mazzara (Org.) Prospettive di psicologia culturale: Modelli teorici e contesti d'azione. Carocci editore S.p.A., Roma.

Fazekas, A. . Senn, C. & Ledgerwood, D. , (2001) . Predictors of Intention to Use Condoms Among University Women: An Application and Extension of the Theory of Planned Behavior Canadian Journal of Behavioural Science. April , Vol. 33 , No. 2, 103-117.

Fassin, E. (2001) Same sex, different politics : gay marriage debates in France and in the United States. Public culture, 13 (2):215-232.

Flament, C. (1994). Structure et Dynamiques des representations sociales. Em J. C. Abric (Org.), Pratiques sociales et representations. Paris: Presses Universitaires de France. 37 – 57.

Fergusson, D. M., (1996). Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking. Adolescence, (28), 91-96.

Fisher (2002). La psychologie de la santé: Problématique et enjeux. Em G. Nicolas-Fisher (Org.), Traité de psychologie de la santé. Dunod, Paris.

Fishbein, M e Ajzen, I. (1975) *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Francisco, D. (2000). Comunicação, identidade cultural e racismo. Em Brasil afro brasileiro.

Garcia, S.M. (1998). Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. Em Arilha M, Ridenti GU, Medrado B, (Orgs.) Homens e masculinidades. Outras palavras. São Paulo: Editora 34; p. 31-50.

Geertz, C. (1989) A interpretação das culturas. LTC: Rio de Janeiro.

Giacomozzi, A. I. Camargo, B. V. (2004) Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre a prevenção da AIDS. Psicologia Teoria e Prática, 6 (4), São Paulo, 31-44.

Giacomozzi, A. I. (2006). Casamento e Aids: uma questão de confiança. São Paulo: Mackenzie.

Goldeberg, E. e Comstock, G. (1980). Epidemiology of life events: frequency in general populations. American Journal of epidemiology, (111), 736-752.

Godin, (1991). L'éducation pour la santé: Lês foudaments psychosociaux de la définition des messages éducatifs. Sciences Sociales et Santé. (IX), 1, 67-94.

Goffman, E. (1982). Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahar.

Grosselli, R. M. Vencer ou Morrer: Camponeses Trentinos (Vênets e Lombardos) nas florestas brasileiras. Florianópolis: Editora da UFSC, 1987.

Guimarães (1996). Nas raízes do silêncio: A representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In R. Parker & J. Galvão (Orgs.), Quebrando o silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil (pp. 89-113), Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ. (História Social da AIDS; n.7)

Gutnik, L. A., Hakimzada, A. F., Yoskowitz, N. A., Patel, V. L. (2006). The role of emotion in decision-making: A cognitive neuroeconomic approach towards understanding sexual risk behavior. Journal of Biomedical Informatics, 39, 720–736.

Hamel, C. (2003) L'intrication dès rapports sociaux de sexe, de "race", d'age et de classe: sés effers sur la gestion dès risques d'infection par lê VIH chez lês français descendent de migrants du Maghreb. Thèse pour l'obtention du grade de docteur de l'EHESP. Anthropologie sociale et ethnologie.

Hamilton, D. L. (1979). A Cognitive- Attributional Analysis of Stereotyping. Em Berkowitz, L. (ed.) Advances in Experimental Social Psychology, (6), 65-80.

Hasenblag, C. (1979). Discriminação e desigualdades raciais no Brasil. Rio de Janeiro: Graal.

Hasenbalg & Valle Silva, (1999). Educação e diferenças raciais na mobilidade ocupacional no Brasil. Em C.Hasenbalg, ; N. Valle Silva, & M. Lima, .(Orgs.), Cor e estratificação social. Rio de Janeiro: Contracapa.

Heilborn, M. L. (1996). Violência e mulher. Em G. Velho & M. Alvito, (Orgs.), Cidadania e Violência, (89-98), Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora FGV.

----- (1998). Gravidez na Adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. Em Vieira, E. M., Fernandes, M. E. L., Bailey, P. & McKay, A. (Orgs.) Seminário Gravidez na Adolescência, (pp. 23-32). Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família.

Heilborn, M. L. & Gouveia, P. (1999). “Marido é tudo igual”: Mulheres populares e sexualidade no contexto da AIDS. Em R. Barbosa & R. Parker (Orgs.), Sexualidades pelo avesso: Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; São Paulo: Ed. 34.

Heilborn, M. L. (1999). Construção de si, gênero e sexualidade. Em: M. L. Heilborn (Org.) Sexualidade o olhar das ciências humanas. Rio de Janeiro: Zahar editores.

Heine, S. J. (2001) Self as a cultural product: na Examination og East Asian and North American Selves, Journal of Personality, 69 (6) 881-906.

Hewstone, M. (2001). Representações sociais e causalidade. (L. Ulup, Trad.), Em D. Jodelet (Org.), As Representações Sociais (pp 155-172), Rio de Janeiro: Ed. UERJ.

Henriques, (2001) Desigualdade racial no Brasil: Evolução das condições de vida na década de 90. Rio de Janeiro, Texto para discussão IPEA.

Howitt, D. & Owusu – Bempah, J. (1994). The racism of psychology, London, Harvester- Wheatsheaf.

Hopeyhayn, M. (2001). La vulnerabilidad reintrepretada: Asimetrías, Cruces , y Fantasmas. Santiago: CELAD/CEPAL.

INPES / INVS (2006). Lês nouvelles actions de lutte et de prévention contre le sida et lês infections sexuellement transmissibles. Ministère de la Santé et des solidarités. Dossier de Presse.

Ismael, E., Maciel, C., & Camino, L. (1996). O conhecimento do outro: Explicações em termos de Cognição social. Em L. Camino (Org.) Monografias em Psicologia Social, v. 1. Ed. Universitária: João Pessoa

Jessor e Jessor (1977). Problem behavior and psychossocial development: A longitudinal study of youth. New York, NY: Academic Press.

Jodelet, D. (1989). Représentations sociales: Un domaine en expansion. Em D. Jodelet (Ed.), Les représentations sociales (pp. 31-61). Paris: PUF.

Jodelet, D (1995). Représentations de la contagion et SIDA. Em Connaissances, représentations, comportements, sciences sociales et prévention du SIDA. Paris: ANRS.

Jodelet, D. (1999). Os processos psicossociais da exclusão. Em Sawaia, Bader (Org.) As artimanhas da exclusão: a análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis, Vozes.

----- (2001) Representações sociais: um domínio em expansão. Em D. Jodelet (Org.) As representações sociais. (pp.17-44). Rio de Janeiro: ed. Uerj.

Jones, J. M. (1988). Racism in black and white. A bicultural model of reaction and evolution. Em P. A. Katz & D. A. Taylor (Eds.), Eliminating racism. New York, Plenum Press.

Joseph, J. G.; Guagliardo, M. F. & D'angelo, L. J., (1999). Sexual and drug use behaviors as risk factor for sexually transmitted diseases among urban African American adolescents: A case-control study. Journal of Adolescent Health (24), 131.

Katz, D. & Braly, D. W. (1933). Racial Stereotypes of 100 Colegues Students. Journal of Abnormal Social Psychology (28), 280-290.

_____ (1935). Racial Prejudice and Racial Stereotypes. Journal of Abnormal and Social Psychology (30), 175- 193.

Keels, C. L. (2005). Saving a generation: North Carolina public health department partners with state's Black colleges to raise awareness about HIV/ Aids. Em Black Issues in Higher Education.

Laraia, R. B. (2002) Cultura: um conceito antropológico. Jorge Zahar editor: Rio de Janeiro.

Lebart & Salen (1988). Analyse statistique des donnés textuelles. Paris: Dunod.

Leite, I. B. (2006). O mito das três raças repaginado. Acessado em 05/01/2006. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~nuer/artigos/mito%20das%20racas.htm>

Leite, I. B. (1996). Descendentes de Africanos em Santa Catarina: invisibilidade histórica e segregação. Em I. B. Leite (Org.) Negros no Sul do Brasil: Invisibilidade e territorialidade. Florianópolis: Letras contemporâneas.

Lévi-Strauss (1981). La identidad. (Beatriz Dorriots, Trad.). Barcelona: Petrel.

Licata, L; Provost, V. & Linden, N. V. Introuction à l'étude des représentations sociales et des stéréotypes. Disponível em: <http://www.ulb.ac.be/psycho/psysoc/cours.htm>

Lhomond, B. (1999) Sexualidade e juventude na França. Em M. L. Heilborn (Org.), Sexualidade. Jorge Zahar editor, Rio de Janeiro.

Lippman, W. (1922). Public Opinion. Baltimore, Penguin.

Lopes, F (2003). Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no Estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades. Tese de Doutorado não publicada. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 208 pp.

Lopes, F & Batista LE (2003). A questão racial/étnica da vulnerabilidade ao HIV/Aids. Boletim Epidemiológico do CRT-DST/Aids 1:3-8. São Paulo.

MacIver, R. M. (1942). Social Causation. New York: Ginn and Company.

Mann, J. M; Tarantola, D. & Netter, T. W., (1993). A AIDS no Mundo. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.

Mann, J. M; Tarantola, D. & Netter, T. W. (1996). From epidemiology to vulnerability to human rights. AIDS. AIDS in the World II. New York: Oxford University Press.

Mann, J. & Tarantola, D., (1996). AIDS in the World II. New York: Oxford University Press.

Mantovani, G. (2007). Dalla psicologia culturale alla prospettiva interculturale. Um percorso di ricerca. Em B. Mazzara. (Org.) Prospettive di psicologia culturale: Modelli teorici e contesti d'azione. Carocci editore S.p.A., Roma

Markus, H., Kitayama, S. (1991). Self-Schemata and Processing Information about the Self, Journal of Personality and Social Psychology, (35), 63-78.

Marmot, M e cols (1991). Health inequalities among british civil servants: the whitehall study. Lancet. 337, 1387-1392.

Marques, J. F. (1995). O estilhaçar do espelho. Da raça enquanto principio de compreensão do social a uma compreensão sociológica do racismo. Ethnologia, (3 – 4), 39-57.

Martins AL & Tanaka ACA (2000). Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. Revista Brasileira de Desenvolvimento Humano 10 (1), 27-38.

Mazzara, B. (1997). Stereotipi e pregiudizi. Il Mulino, Bologna.

Mazzara, B. (1998). Appartenenza e pregiudizio: Psicologia sociale delle relazioni interetniche. Carocci, Roma.

Mazzara, B. (2003).

Mazzara, B.M. (2007) La natura socioculturale della mente. Alle radici della psicologia sociale. Em B. Mazzara (Org.) Prospettive di psicologia culturale: Modelli teorici e contesti d'azione. Carocci editore S.p.A., Roma.

Meertens, R. & Pettigrew (1999). Será o racismo subtil mesmo racismo? Em J. Vala (Org.) Novos Racismos: Perspectivas comparativas. Celta Editora, Oeiras.

Monteiro, Simone (1999). Gênero, sexualidade e juventude numa favela carioca. Em M.L. Heilborn (Org.) Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editores.

Moliner e Gutermann (2004). Dynamique des descriptions et des explications dans une representation sociale. Papers on Social Representations, 13, pages 2.1-2.12. Disponível em: <http://www.psr.jku.at>

Mota , M.P. (1998). Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos de AIDS. Em Cad. Saúde Pública,(14), 145-55.

Motu e Zamboni (2001). Tra stereotipi e malintesi interculturali Tesi finale Francia – Itália. Università degli study di Padova.

Morin, e Apostolidis (2002). Contexte social e santé. Em G. Nicolas-Fisher (Org.)Traité de psychologie de la santé. Dunod, Paris.

Moscovici, S. (1961). La psychanalyse son image et son publique. Paris: Presses Universitaires de France. (2ème edition 1976).

Moscovici, S. (1978). A Representação Social da Psicanálise. (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar editores.

Moscovici, S. (1985). On social representations. Em J. P. Forgas, Social cognition: Perspectives on everyday understanding (pp. 181-209). London: Academic Press.

Moscovici, S. & Hewstone, M. (1986). De la ciencia al sentido común. Em S. Moscovici (Org.), Pensamiento y vida social (pp. 679-710). Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, Psicología Social, Vol. 2.

Moscovici, S. (2004). Representações Sociais: Investigações em psicologia social. 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes.

Milner, D. (1981). Intergroup Behavior. Oxford. Turner e Giles ED.

Michael D.; Wyatt, Gail E.; Romero, Gloria J.; Tucker, M. Belinda; Wayment, Heidi A.; Carmona, Jennifer Vargas; Solis, Beatriz; Mitchell-Kernan, Claudia (1998) Acculturation, sexual risk taking, and HIV health promotion among Latinas. Journal of Counseling Psychology, 45(4), Oct, 454-467.

Minayo, MCS, (2002). A violência como desafio à saúde pública. Cad. Saúde Pública.

Ministério da Saúde e Ministério da Educação (2008). Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Saúde e Prevenção das Escolas. Série Manuais n. 76.

Nardi, H. (2008). Políticas de combate à homofobia na educação na França e no Brasil: racialização e desigualdade como componentes do dispositivo da sexualidade. Trabalho completo: Fazendo gênero 8: corpo, violência e poder.

Ochs E. e Schieffelin, B. (1984). Language Acquisition and Socialization: Three Developmental Stories and Their Implications, in R. Shweder, R. LeVine (Orgs), Culture Theory: Essays on mind, self and emotion, Cambridge university press, new york

Oliveira, F. & Werba, G. (2000). Representações Sociais. Em: Strey, M. N e cols. Psicologia social contemporânea (pp.104-117) 4ed. Petrópolis: Vozes.

Oliveira, R. C. (1976). Identidade, Etnia e Estrutura Social. São Paulo: Livraria Pioneira Editora.

Oltramari, L. C.; Camargo, B.V. (2004). Representação social de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS. Estudos de Psicologia, 9 (2), 317-324.

ONUSIDA (2001). A mobilidade da população e o SIDA. Coleção boas práticas da ONUSIDA.

Osório, R. G. (2004). A mobilidade social dos negros brasileiros. Texto para discussão. Publicação do Ipea: Instituto de pesquisa econômica aplicada. n.1033

Parker, Rochel & Camargo (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad. Saúde Pública (16) supl.1 Rio de Janeiro.

Pedro, J. M.; Czesnat, L.; Falcão, L. F.; Lima e Silva, O.; Cardoso, P.F.J. & Cherem, R. M. (1996). Escravidão e preconceito em Santa Catarina: História e historiografia. Em I. B. Leite (Org.) Negros no Sul do Brasil: invisibilidade e territorialidade. Letras contemporâneas.

Peettigrew, T. F. (1987) The intergroup contact hypothesis reconsidered. Em M. Hewstone e R. Brown (Orgs), Contact and Conflit in Intergroup Enconters, Blackwell, Oxford (169-195).

Poutignat, P. & Streiff-Fenart, J. (1995).Teorias da etnicidade. São Paulo: ENESP.

Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. Psychologica. Coimbra (329-350).

Rateau, P. (2000). Idéologie, représentation sociale et attittude : Étude expérimentale de leur hiérarchie [Resumo]. Revue Internationale de Psychologie Sociale, 13(1), 29-57.

Ribeiro, G. L. (2002). O que faz o Brasil Brazil. Jogos identitários em São Francisco. Serie Antropologia, n. 237. Brasília: departamento de Antropologia da UNB.

Reinert, Max (1990). - " Une méthode d'analyse des données textuelles et une application : Aurelia de G. de Nerval ", Bulletin de Méthodologie Sociologique (26), pp. 24-54

Rodrigues, A. Jablonski, B., Monnerrat, M., Corga, D., Diamico, K., Pereira, M & Ferraz, A. (1989). Imagem do político brasileiro. Psicologia Teoria e pesquisa, 5(4): 2-11.

Rodrigues, A. (1996). Mudança de atitudes. Em A. Rodrigues (Org.) Psicologia Social. Petrópolis: Vozes.

Rios, L. F., Pimenta, C., Brito, I., Terto Júnior, V. & Parker, R. (2002). Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. Cadernos CEDES, 22 (57), 45-61.

Ross, L. (1977). The intuitive Psychologist and His Shortcomings: Distortions in the Attribution Process". Em Berkowitz, L. (Org.), Advances in Experimental Social Psychology. New York: Academic Press, v. 10.

_____ (1978). "Some Afterthoughts on the Intuitive Psychologist." Em Berkowitz, L. (Org.). Cognitive Theories in Social Psychology. New York: Academic Press, v. 10.

_____ (1980). e Anderson, C. Shortcomings in the Attribution Process: On the Origins and Maintenance of Erroneous Social Assessments. Em Tversky, A. et al. (Orgs). Judgement under Uncertainty: Heuristics and Biases. Nova Iorque: Cambridge University Press.

Saraiva de Souza, C. K. (2002). Identidade, território e interesses entre os índios Jenipapo – Kanindê do Ceará - 23^o ABA – FORTALEZA,CE.

Savignoni, A. E cols. (1999). Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France, Paris : Institut de Veille Sanitaire.

Scivoletto S, Tsuji RK, Abdo CHN, Queiroz S, Andrade AG, Gattaz WF. (1999). Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de segundo grau de São Paulo. Rev Bras Psiquiatria 1999; 21:87-94.

Secord, P. F., Bevan, W. & Katz, B. (1956). The negro Stereotype and Perceptual Accentuation. Journal of Abnormal of Social Psychology (53), 78-83.

Silva, M. M. G.(2005). Em preto e branco: estudo sobre representações da propaganda por afrodescendentes em Florianópolis. Dissertação de Mestrado não publicada. UFSC

Souza, J. (1997). Multiculturalismo Racismo e Democracia: Porque comparar Brasil e Estados Unidos? Em Souza, J (Org.) Multiculturalismo e racismo: uma comparação Brasil/EUA. Brasília, Paralelo 15.

Sweat, M. D. & Dennison, J. A., (1995). Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. AIDS, 9 (Sup. A): S251-S257.

Singer, M., (1998). The Political Economy of AIDS. Amityville: Baywood Publishing Co.

Sherif, M. & Sherif, C. W (1969). Social psychology. New York: Harper & Row.

Stroebe, W. & Stroebe, M. (1995). Psicologia Social e Saúde. Lisboa: Instituto Piaget

Tafani, E. (2001). Attitudes, engagement et dynamique des représentations sociales: études expérimentales [Resumo]. Revue Internationale de Psychologie Sociale, 14(1), 7-29

Tamburo, E.M.G. (1987). Mortalidade infantil da população negra brasileira – 1960-1980: notas preliminares, (pp. 104-28). Em E. Berquó. Nupcialidade da população negra no Brasil. (Textos Nepo 11).

Tajfel, H, Billig, M.L., Bundy, R.P. e Flament, c. (1971). Social Categorization and Intergroup Behavior. European Journal of Social Psychology, 1: 149-178.

Tajfel, H (1957) Value and the Perceptual Judgement of magnitude. Psychological review. 64: 192-204.

Tajfel, H. & Turner, J. (1979) An integrative theory of social conflict. Em Austin, W. G. & Worchel, S (Orgs.), The Social Psychology of Intergroup Relations. Monterey: Calif. Books.

Tajfel, H. (1981) Human Groups and Social Categories. London, Cambridge University Press.

Tajfel e Wilkes (1963) Classification and quantitative Judgement. British Journal Psychology. 54: 101-114.

Taquette, S., Ruzany, R., Meirelles, R. (2003) Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/aids. Cad. Saúde Pública. [online]. Sept./Oct., vol.19, no.5 [cited 10 April 2006], p.1437-1444. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500022&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X.

Taquette, S, Andrade, R. B., Vilhena, M. Paula, M. (2005). A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. Rev. Associação médica Brasileira, 51 (3) 148-152.

Tapert SF, Aarons G, Sedlar G, Brown SA. Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. J Adolesc Health 2001; 28:181-9.

Tura, L. F. R. (2004). A aids: Repensando a prevenção. Em L. F. R. Tura & S. P. Moreira (Orgs.), Saúde e representações sociais (pp. 167-190). João Pessoa: Editora universitária.

Tawil, O.; Verter, A. & O' Reilly, K. R., (1995). Enabling approaches for HIV/AIDS prevention: Can we modify the environment and minimize the risk? AIDS, (9), 1299-1306.

Turshen, M., (1995). Response: Societal instability in international perspective: Relevance to HIV/AIDS Prevention. Em Assessing the Social and Behavioral Science Base for HIV/AIDS Prevention and Intervention [Workshop Summary], (pp. 117-128), Washington, D.C.: National Academy Press.

Taquette, S. T.; Vilhena, M. & Paula, M. C. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública (20) no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb.

Taquette, Ruzany e Ricardo (2003) Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. Cad. Saúde Pública v.19 n.5 Rio de Janeiro set./out.

Toneli, J. F. (1997). A constituição da identidade masculina: alguns pontos para discussão. Psicol. USP vol.8 n.1 São Paulo.

_____ (2004). Direitos sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. Psicologia e Sociedade. (16) no. 1 Porto Alegre.

Tajfel, H. (1981). Human Groups and Social Categories. London, Cambridge University Press.

Tura, L. F. R. (2004). A aids: Repensado a prevenção. Em L. F. R. Tura & A. S. P. Moreira (Orgs.), Saúde e representações sociais (pp. 167-190). João Pessoa: Editora Universitária.

Vala, J. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. Em J. Vala & B. Monteiro (Orgs.), Psicologia social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (pp. 457-502).

Van Dijk, T. A. (1989). Structures and strategies of discourse and prejudice. Em J.P. Van Ouden & T.M. Willemsen (Eds), Ethnic minorities. Amsterdam, Swets & Zitlinger.

Villela, W. (1998). Homem que é homem também pega AIDS? Em Arilha M, Ridenti GU, Medrado B, (Orgs). Homens e masculinidades. Outras palavras. São Paulo: Editora 34; p. 129-42.

Villano, P. & Zani, B. (2007) Processi psicosociali nelle esperienze di migrazione. Em B. Mazzara (Org.) Perspettive di psicologia culturale. Modelli teorici e contesti d'azione. Carocci editore. Roma.

Werneck, J. (2001). A vulnerabilidade das mulheres negras. Em Jornal da Rede Saúde 23:31-33, São Paulo.

Wetherell, M. & Potter, J. (1992). Mapping the language of racism, London, Harvester-Wheatsheaf.

Weber, M. (1992). Relações Comunitárias Étnicas. Em Economia e sociedade. Brasília: Ed. Universidade de Brasília.

(Weinstein, 1980, 1984, 1987) PEGAR REFERENCIA NO LIVRO DO MORIN – PARCOURS SANTE.

Wilkinson, M.(1992). Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal*, 304, 165- 168.

Zani, (2002). Theories et modèles en psychologie de la santé. Em G. Nicolas-Fisher (Org.) Traité de psychologie de la santé. Dunod, Paris.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 1 e o valor do χ^2	101
Tabela 2. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 4 e o valor do χ^2	104
Tabela 3. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 3 e o valor do χ^2	106
Tabela 4. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 5 e o valor do χ^2	108
Tabela 5. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 2 e o valor do χ^2	110
Tabela 6. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 7 e o valor do χ^2	112
Tabela 7. Distribuição da frequência de ocorrência das principais palavras associadas à classe 6 e o valor do χ^2	114
Tabela 8. Delineamento da segunda etapa.....	116
Tabela 9. Nível sócio cultural por país.....	117
Tabela 10. Relação sexual por país.....	119
Tabela 11. Frequência das relações sexuais por país.....	121
Tabela 12: Tempo de namoro por país.....	126
Tabela 13. Ter religião por etnia entre brasileiros.....	129
Tabela 14: Informações obtidas da escola por país.....	135
Tabela 15. Informações obtidas pela TV por país.....	136
Tabela 16. Informações obtidas em folhetos explicativos por país.....	138
Tabela 17. Informações obtidas de médicos ou profissionais de saúde por país.....	139
Tabela 18. Informações obtidas da família por país.....	140
Tabela 19. Informações obtidas através de jornais e revistas por país.....	142
Tabela 20. Informações obtidas através de amigos por país.....	142
Tabela 21. Relação entre auto-percepção do conhecimento sobre aids e país.....	146
Tabela 22. Sentimento de medo frente à aids por país.....	151
Tabela 23. Auto-percepção do risco de pegar aids por país.....	152
Tabela 24. Crença no grupo de risco por país.....	154
Tabela 25. Ter presenciado violência por país.....	161
Tabela 26. Ter participado de briga por país.....	162

Tabela 27. Fumo de maconha por país.....	162
Tabela 28. Uso de outra droga por país.....	163
Tabela 29. Uso do preservativo por país.....	164
Tabela 30. Correlação do uso do preservativo com outras variáveis.....	170
Tabela 31. Realização do teste de HIV por país.....	176

Lista de Figuras

Figura 1. Classificação hierárquica descendente referente às entrevistas.....	99
Figura 2. Nível sócio cultural dos participantes por etnia e país.....	118
Figura 3. Relação entre a experiência sexual em função da etnia por país.....	120
Figura 4. Relação entre a frequência de relações sexuais em função da etnia por país.....	122
Figura 5. Relação entre a frequência de relações sexuais em função do sexo por país.....	123
Figura 6. Ter namorado por etnia e país.....	124
Figura 7. Ter namorado por sexo e país.....	125
Figura 8. Tempo de namoro por etnia e país.....	126
Figura 9. Relação entre a frequência sexual por namoro e por país.....	127
Figura 10. Relação entre a frequência sexual por sexo e por país.....	128
Figura 11. Relação entre religião e relações sexuais em função de etnia.....	131
Figura 12. Importância atribuída à religião na França, por grupo étnico.....	132
Figura 13. Importância atribuída à religião e a frequência das relações sexuais.....	133
Figura 14. Distribuição das proporções de participantes que indicaram fontes de informação como principais.....	134
Figura 15. Distribuição das proporções de participantes que indicaram escola como fonte de informação por país e etnia.....	135
Figura 16. Distribuição das proporções de participantes que indicaram televisão como fonte de informação por país e etnia.....	137
Figura 17. Distribuição das proporções de participantes que indicaram folhetos como fonte de informação por país e etnia.....	138
Figura 18. Distribuição das proporções de participantes que indicaram família como fonte de informação por país e etnia.....	141
Figura 19. Distribuição das proporções de participantes que indicaram os amigos como fonte de informação por país e etnia.....	143
Figura 20. Distribuição das proporções de participantes que referiram já ter tido DST por país e etnia.....	145
Figura 21. Distribuição das proporções de participantes quanto a autopercepção de informação sobre aids por país e etnia.....	147
Figura 22. Quantidade de acertos no sub-teste sobre conhecimento acerca de aids por nível de auto-avaliação do conhecimento.....	148
Figura 23. Esquema explicativo de relação entre atitudes, conhecimento e experiência sexual.....	150
Figura 24. Distribuição das proporções de participantes quanto à auto-percepção de ter se arriscado por país e etnia.....	153

Figura 25. Atribuição a grupos/comportamentos de riscos pelos jovens brasileiros.....	155
Figura 26. Análise fatorial de correspondência às respostas dos participantes brasileiros sobre grupos que correm mais risco frente o HIV/AIDS.....	156
Figura 27. Atribuição a grupos de riscos pelos jovens franceses.....	157
Figura 28. Análise fatorial de correspondência às respostas dos participantes franceses sobre grupos mais vulneráveis ao HIV/Aids.....	159
Figura 29. Proporção de menção de exposição a situações de risco nos 12 meses anteriores.....	160
Figura 30. Uso do preservativo por país e etnia.....	165
Figura 31. Uso do preservativo por número de parceiros e por país.....	166
Figura 32. Uso do preservativo por número de parceiros e por etnia.....	167
Figura 33. Uso do preservativo e ter namorado, por país.....	168
Figura 34. Uso do preservativo e ter namorado por etnia.....	169
Figura 35. Motivos para o não uso do preservativo entre os brasileiros nos últimos 12 meses.....	171
Figura 36. Gráfico AFC das respostas à questão: “Porque não usou preservativo”, dos brasileiros.....	172
Figura 37. Motivos do não uso do preservativo pelos franceses nos últimos 12 meses	173
Figura 38. Gráfico AFC. Análise fatorial das respostas dos franceses sobre porque não usaram preservativo nos últimos 12 meses (em francês).....	174
Figura 39. Gráfico AFC. Análise fatorial das respostas dos franceses sobre porque não usaram preservativo nos últimos 12 meses (em português).....	175
Figura 40. Realização do teste de HIV por país e etnia.....	177
Figura 41. Relação entre sexo e uso do preservativo, em função do país.....	179
Figura 42. Teste Post-hoc de Tukey.....	180
Figura 43. Teste Post-hoc de Tukey.....	181

Anexos

8 – ANEXOS

8.1 – Roteiro de Entrevista semi-diretiva

- 1- Gostaria que você me falasse como são os relacionamentos (namoros e “ficadas”) do teu grupo de amigos.
- 2- E você, fica mais ou namora mais? O que acontece, como é?
- 3- O que você sabe sobre aids?
- 4- Como você vê a aids hoje, ela está aumentando na população? Entre quem? Como?
- 5- Teus amigos se previnem da aids? Como?
- 6- Você se previne da aids? Como?
- 7- Você pensa que mudaria alguma coisa no que você me falou, se você fosse branco/negro?
- 8- Conhece alguém com a doença?
- 9- Gostaria de falar mais alguma coisa a respeito?

8.2 –Questionário versão português.

Questionário

Estamos realizando uma pesquisa científica sobre o que os jovens pensam sobre saúde e sexualidade. É por isso que pedimos sua contribuição respondendo este questionário sobre o assunto. As informações irão ajudar nas ações de prevenção nas escolas. Sua participação é voluntária.

Não escreva seu nome nas folhas, suas respostas serão anônimas: Não existe resposta correta ou errada, o que nos interessa é a sua opinião sincera sobre o que for perguntado.

1) Cidade: _____

2) Série: _____

3) Sexo: masculino feminino

4) Idade: _____ anos.

5) Você é:

Negro Branco Mulato Pardo Outro

Especifique: _____

6) Você já teve ou tem um trabalho remunerado (pago)?

Sim Não

7) Relação atual dos seus pais:

Casados Separados Outro Especifique: _____

8) Qual é a atividade profissional do seu pai ou padrasto? (*Indique precisamente sua profissão e sua função*)

9) Qual é a atividade profissional da sua mãe ou madrasta? (*Indique precisamente sua profissão e sua função*)

10) Qual é o nível de estudo dos seus pais? (*Marque as duas casas correspondentes ao seu caso*)

	Pai	Mãe
Não estudou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino médio completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino superior incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino superior completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Você tem uma religião?

Sim e sou praticante Sim, mas não sou praticante Não

Em relação a relacionamentos amorosos,

12) Atualmente você costuma ficar?

Sim Não

13) Você tem um (a) namorado(a)?

Sim Não

14) Você já teve uma relação sexual com penetração?

Nunca Uma vez Algumas vezes Muitas vezes

15) Nos últimos 12 meses, você teve uma ou várias relações sexuais com penetração ?

Não Sim, com a mesma pessoa Sim, com mais de uma pessoa

16) Caso você tenha tido relações sexuais nos últimos 12 meses você ou seu (sua) parceiro(a) utilizaram o preservativo?

Não Sim, em todas as relações Sim, em algumas relações Não sei

17) Você sabe o que é doença sexualmente transmissível (DST)?

Sim Não

17.1) Se sim, cite o nome de duas DSTs:

18) Você já teve uma DST? Sim Qual? _____ Não Não Sei

19) A seguir apresentamos algumas situações. Imagine-se em cada uma delas e marque com um "X" a casa que melhor corresponda ao que você sente. Não esqueça de dar sua opinião em todas as frases e marcar somente uma resposta para cada frase.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo e nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	Não sei
Quando a gente ama não tem vontade de usar o preservativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para mim o preservativo tornou-se um reflexo, é natural utilizá-lo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O preservativo tira a sensibilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se eu encontrar alguém numa boate... na excitação eu poderei esquecer o preservativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O preservativo corta o barato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu teria preocupação com o que ele (a) pensaria de mim caso eu propusesse usarmos preservativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depois das primeiras relações, quando a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

gente se conhece melhor, não é preciso utilizar preservativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sei que existe risco, mas às vezes pode ser que eu não me importe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando a gente escolhe bem nosso (a) parceiro (a) não precisa utilizar preservativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu acho que é difícil colocar o preservativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O preservativo nem sempre é seguro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu não sei o momento que se deve falar sobre o preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20) Você conhece uma pessoa portadora do HIV ou com AIDS?

	Não	Sim
Na minha família uma pessoa está contaminada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho um (a) amigo (a) contaminado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uma outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Especifique) _____

21) Favor ler cada afirmação cuidadosamente e decidir se a afirmação é VERDADEIRA (V) ou FALSA (F), ou se você realmente não sabe (?) a resposta. (Favor colocar um "X" no quadro apropriado para cada item)

A AIDS é uma doença que surge a partir da infecção pelo vírus HIV.	V	F	?
A AIDS é uma síndrome decorrente da deficiência no sistema imunológico.	V	F	?
O HIV não necessita do organismo humano como hospedeiro para sobreviver.	V	F	?
A infecção pelo vírus HIV, quando não controlada, pode causar uma deficiência imunológica generalizada nas pessoas.	V	F	?
O HIV não pode ser transmitido na primeira relação sexual com o parceiro.	V	F	?
Se houver um indivíduo infectado, o compartilhamento de agulhas ou seringas pode infectar os demais usuários	V	F	?
A mãe soropositiva deve amamentar seu bebê porque sua carga viral não afetará a criança.	V	F	?
A saliva transmite o vírus HIV no beijo.	V	F	?
Os resultados positivos do teste de detecção do HIV, não significam que uma pessoa apresentará, em curto espaço de tempo, os sintomas da doença da AIDS.	V	F	?
No Brasil, o maior número de casos notificados da infecção pelo HIV é em indivíduos do sexo masculino.	V	F	?

22) As informações que você tem sobre a AIDS foram obtidas: (Favor colocar um "X" no quadro apropriado para cada item)

	A maioria	Algumas	Nenhuma
Através de jornais e revistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pela televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em folhetos explicativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De médicos ou profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De outra maneira. Especifique-a:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23) Você acha que é bem informado (a) sobre a aids?

Sim Não Não Sei

24) Você tem medo de vir a ter AIDS?

Nenhum Um pouco Mais ou menos Muito Não sei

25) Você pensa que se protege o suficiente da AIDS?

Sim Não Não sei

26) Você já se arriscou a pegar AIDS?

Sim Não Não sei

27) Quanto ao risco de ser contaminado(a) pelo vírus da aids, em comparação à maior parte dos habitantes do Brasil você acha que corre:

Muito menos risco Menos risco Mais risco Muito mais risco Não sei

28) Quanto ao risco de ser contaminado(a) pelo vírus da aids, em comparação aos seus conhecidos (amigos, colegas...), você acha que corre:

Muito menos risco Menos risco Mais risco Muito mais risco Não sei

29) Você já fez um teste para identificação do vírus da AIDS?

Sim Não

30) Nos últimos 12 meses você :

Não **Sim**

Foi roubado(a).....

Participou de uma briga.....

Ficou bêbado

Fumou maconha

Experimentou ou usou algum outro tipo de droga.....

Qual? _____

31) Nos últimos 12 meses você presenciou cenas de violência?

Não Sim

32) Nos últimos 12 meses você foi ao médico?

Sim Não

Quando você terminar, levante a mão que a pessoa responsável irá recolher seu questionário. Pedimos que permaneça em seu lugar, em silêncio, até que todos seus colegas tenham terminado.

Muito Obrigado pela sua participação!

8.3 – Questionário versão francês

Questionnaire

Le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS Ile-de-France) souhaite connaître votre opinion concernant la santé et la sexualité. Les informations ainsi recueillies viendront enrichir notre compréhension des outils de prévention et orienteront nos actions. Nous vous invitons à remplir le questionnaire ci-après et à le remettre à l'enquêteur du CRIPS présent parmi vous. Toutes vos réponses resteront confidentielles: en aucun cas elles ne seront analysées ou divulguées individuellement. Nous ne rendrons compte que de l'ensemble des réponses du groupe. **Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous voulons seulement connaître votre opinion. Les résultats de cette enquête vous seront transmis par le biais de votre lycée.**

1) Dans quel département habitez-vous ? _____

2) Êtes-vous un garçon ou une fille ?:

garçon fille

3) En quelle année êtes-vous né(e) ? : _____.

4) Dans quelle classe êtes-vous ? _____.

5) Avez-vous déjà travaillé en étant payé(e) ? oui non

6) Est-ce que vos parents sont nés :

	mère	père
En France métropolitaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans un département ou territoire d'outre mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En Afrique au Sud du Sahara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En Asie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En Europe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans un pays du Maghreb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans un autre pays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lequel? _____

Je ne souhaite pas répondre

7) Quelle est la profession de votre père ? _____

8) Quelle est la profession de votre mère ? _____

9) Quelle langue parlez vous le plus souvent dans votre famille?

- Le français
- Une autre langue : laquelle ? _____
- Je ne souhaite pas répondre

10) Est-ce que la religion est pour vous :

- pas du tout importante
- pas importante
- assez importante
- très importante

Concernant votre vie personnelle,

11) Avez-vous un(e) petit(e) ami(e) ?

- oui
- non

11.1) Si oui, depuis combien de temps êtes-vous ensemble ?

- moins de 3 mois
- 3-6 mois
- 6-12 mois
- plus de 12 mois

12) Avez-vous déjà eu une relation sexuelle (avec pénétration)?

- Jamais
- Une fois
- Plusieurs fois
- Régulièrement

13) Au cours des douze derniers mois,

avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration? (*cochez la case qui correspond à votre cas*)

- Non
- Oui, avec 1 personne
- Oui, avec plusieurs personnes

14) dans les derniers 12 mois vous ou votre partenaire avez utilisé le préservatif ?

- Non
- Oui, pour tous les rapports
- Oui, seulement pour quelques rapports

je ne sais pas

15) S'il vous est arrivé de ne pas toujours utiliser de préservatif, pouvez -vous dire pourquoi ?

16) Est-ce que vous savez ce qu'est une Infection Sexuellement Transmissible (I.S.T.) ?

Oui

Non

16.1) Si oui, citez le nom d'au moins deux I.S.T.: _____

17) Avez-vous déjà eu une I.S.T.?

Oui

Non

je ne sais pas

18) Voici un certain nombre de situations. **Imaginez-vous** dans chacune de ces situations et cochez la case qui exprime le mieux votre sentiment. Cochez une seule réponse pour chaque phrase. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ce qui nous intéresse c'est véritablement votre point de vue.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Je ne suis ni d'accord ni contre	Je ne suis pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Quand on s'aime, le préservatif on n'en a pas envie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le préservatif, pour moi c'est devenu un réflexe, c'est naturel de l'utiliser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le préservatif, ça gâche (gâcherait) les sensations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je rencontre (rencontrais) quelqu'un dans une soirée, dans une boîte ... dans l'excitation, il peut (pourrait) m'arriver de ne pas penser au préservatif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le préservatif coupe le plaisir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai (aurais) peur de ce que l'autre va penser de moi si je propose le préservatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après les premières relations, quand on se connaît bien on peut se passer du préservatif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sais (saurais) qu'il y a un risque mais parfois je m'en fiche (ficherais).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand on choisit bien son partenaire, on n'a pas forcément besoin de préservatif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le préservatif, je trouve que c'est difficile à poser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le préservatif, ce n'est pas toujours fiable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je ne sais (saurais) jamais quel est le bon moment pour aborder la question du préservatif.

19) Connaissez-vous une personne séropositive et /ou malade du SIDA :

oui

non

Si oui, :

parmi les personnes qui vous sont proches.....

parmi des personnes que vous connaissez un peu

d'autre(s) personne(s) que vous ne connaissez pas personnellement

.....

20) Lisez chaque affirmation attentivement et cochez si vous la considérez VRAIE (V) ou FAUSSE (F), ou si vous ne savez réellement pas (?). (Cochez une seule réponse pour chaque phrase.)

Le sida est une maladie qui est due au virus VIH	V	F	?
Le sida est un syndrome lié à la défaillance du système immunitaire	V	F	?
Le virus VIH peut survivre en dehors de l'organisme	V	F	?
Sans traitement, l'infection par le virus VIH entraîne une détérioration du système immunitaire	V	F	?
Le VIH ne peut pas être transmis lors du premier rapport sexuel	V	F	?
Le partage de seringues peut infecter les autres utilisateurs	V	F	?
Une maman infectée par le VIH peut allaiter son bébé sans risque	V	F	?
La salive transmet le virus VIH lors du baiser	V	F	?
Le résultat positif d'un test de dépistage du VIH ne signifie pas que la personne présentera les symptômes du sida.	V	F	?
En France, la majorité des personnes porteuses du VIH sont des hommes.	V	F	?

21) Les informations que vous avez sur le sida ont été obtenues: (Cochez une seule réponse pour chaque phrase.)

	La plupart	Quelques-unes	Aucunes
À travers les journaux et magazines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par la Télé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans des brochures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par des médecins ou des infirmières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autrement:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22) Avez-vous l'impression d'être bien informé(e) sur le sida ?

oui

non

Je ne sais pas

23) Avez-vous personnellement peur d'attraper le sida ?

- pas du tout
- un peu
- assez
- beaucoup
- Je ne sais pas

24) A votre avis, vous protégez-vous suffisamment contre le sida ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

25) Diriez-vous que vous avez déjà pris des risques ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

26) Vous-même, par rapport à la moyenne des jeunes, vous considérez que vous avez :

- Plus de risque d'être contaminé par le virus du VIH/sida
- Le même risque d'être contaminé par le virus du VIH/sida
- Moins de risque d'être contaminé par le virus du VIH/sida
- Aucun risque d'être contaminé par le virus du VIH/sida
- Je ne sais pas

28) Pensez-vous qu'il existe des personnes ou des groupes de personnes qui ont plus de risque d'être contaminés par le virus du sida?

- Oui
- Non

29) Si vous avez répondu oui, à qui pensez-vous ?

30) Est-ce que vous avez déjà fait un test de dépistage du VIH/sida ?

- Jamais
- Oui, une fois dans votre vie
- Plusieurs fois dans votre vie

31) Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé :

- | | Non | Oui |
|---|--------------------------|--------------------------|
| d'être victime de vol ou de racket ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| de participer à des bagarres ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|
| d'être ivre?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| de fumer du cannabis (joint,herbe,shit) ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| de consommer une autre drogue? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| d'aller chez le médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d'être témoin de scènes de violence dans la rue ou dans un espace public ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.