

JOVENS E ADOLESCENTES EM TEMPOS DE AIDS REFLEXÕES SOBRE UMA DÉCADA DE TRABALHO DE PREVENÇÃO

Vera Paiva¹, Camila Peres² e Cely Blessa³
Instituto de Psicologia - USP

Este texto discute o curso da epidemia do HIV /Aids nos últimos anos e a revisão de alguns dos pressupostos que informaram as ações de prevenção ao HIV. Refletindo a partir das iniciativas de prevenção ao HIV/AIDS com grupos de jovens e seus educadores em São Paulo em uma década de trabalho, descreve a superação das noções de “grupo de risco” e alguns indicadores dos sucessos do esforço brasileiro diante dos desafios de uma epidemia que cresce ainda entre os mais jovens. O trabalho inicial com alunos de escolas noturnas inspirou inúmeros programas e têm ajudado a estabelecer parâmetros para ações de prevenção, indicadores do contexto e da vulnerabilidade sociais, além de categorias sócio-culturais que informam a vida diária e a atividade sexual dos jovens. A partir de ações interativas que focalizam o sexo e a reprodução, as relações de gênero e outros temas associados pelos jovens, os projetos lidam com desinformação, emoções, a violência estrutural e os caminhos para a cidadania plena. Destaca-se a receptividade e a cooperação dos vários grupos de jovens em contextos mais vulneráveis, assim como dos adultos envolvidos com eles: escolares, internos da FEBEM, ou agrupados em diferentes comunidades e atividades.

Descritores: AIDS. Prevenção. Jovens. Vulnerabilidade social.

-
- 1 Professora Psicologia Social - IPUSP, consultora do Programa de Aids das Nações Unidas (UNAIDS) e do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids (NEPAIDS-USP) (www.usp.br/nepaids). Endereço para correspondência: Instituto de Psicologia. Av. Prof. Mello Moraes, 1721. São Paulo, SP – CEP 05508-900. Endereço eletrônico: veroca@usp.br
 - 2 Mestranda em Epidemiologia, Universidade Federal de São Paulo, equipe de prevenção do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo e NEPAIDS-USP.
 - 3 Psicodramatista, equipe de DST, do Centro de Referência DST/AIDS - São Paulo e NEPAIDS-USP.

A evolução do cenário da epidemia e das idéias sobre prevenção

Em 1990, quando iniciamos o trabalho de prevenção ao HIV nas escolas públicas e noturnas da Cidade de São Paulo, somavam-se 8859 casos de brasileiros com Aids, metade deles infectados pela via da transmissão sexual, 85% de homens, e as previsões para o ano 2000 eram catastróficas: esperavam-se mais de um milhão de brasileiros infectados. Ainda vivíamos sob a hegemonia de uma visão sobre a epidemia carregada de moralismos, que definia “grupos de risco” (“os” homossexuais, trabalhadores do sexo, usuários de drogas e alguns “inocentes” - bebês e transfundidos). A construção simbólica sobre a Aids, mais do que ajudar no controle da epidemia, estigmatizava os portadores e afastava da sensibilização para a prevenção milhares de brasileiros, em especial as brasileiras, que embora vulneráveis à infecção pelo HIV não podiam se perceber como “promíscuos”, “mal comportados”, “quase-mortos” mercedores de tanto isolamento injustificado e discriminação.

Pareceu quase um milagre quando finalmente em 1990 a CECAE-USP e depois a Fundação Mac Arthur⁴ aceitaram apoiar um grupo de alunos nos primeiros anos da graduação e orientadores no Instituto de Psicologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Comunicações para testar outras abordagens. Tentávamos inovar pensando a prevenção e a vulnerabilidade ao HIV não a partir dos fatos biomédicos mas a partir do contexto sociocultural, e de sua construção coletiva, simbólica e psicossocial. Enxergávamos os jovens (“*Todos, também seus filhos e alunos que estão na escola!*”, dizíamos para os mais resistentes) como um grupo prioritário para o esforço de prevenção e ao mesmo tempo uma esperança na co-construção para uma resposta brasileira ao crescimento mundial da epidemia.

Dez anos depois, a Aids explodiu na Ásia onde era invisível no começo da década, continua ruindo países e matando gerações na África e começa a explodir no leste europeu. Desafia ainda os formuladores de políticas de

4 Desde 1987 se buscava apoio para tal iniciativa.

saúde norte-americanos, apesar dos milhares de dólares investidos em programas informados por teorias e abordagens que nos EUA tendem a focalizar o “risco individual” e “informação e treinamento para modificação de comportamentos”, apontando como objetivo e eixo dos programas para os jovens principalmente a promoção da abstinência do sexo e das drogas. Essas abordagens não têm dado conta, nem no país mais rico do mundo, das sexualidades constantemente estimuladas pela mídia e da “sinergia de pragas” que acontece nos bolsões de pobreza e exclusão, fenômeno descrito tanto na África subdesenvolvida ou no chamado *inner city* das grandes cidades norte-americanas (Parker & Camargo Jr., 2000).

No Brasil⁵, no final do ano 2000 contávamos 191.000 casos acumulados de Aids, na proporção de 2 homens para cada mulher, e estimava-se cerca de 500.000 pessoas portadoras do vírus. Embora o epicentro da epidemia tenha sido as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, o crescimento mais acelerado se dá hoje nas cidades brasileiras com menos de 50 mil habitantes, e em todo o país mais rapidamente entre mulheres e grupos de baixa escolaridade (e renda). Apesar da distribuição universal e gratuita do chamado “coquetel anti-HIV”, a Aids era a 4^a causa de morte no grupo de 20 a 49 anos de idade. Certamente o empréstimo do Banco Mundial⁶ para políticas públicas de combate a Aids (que começou no meio da década de 90 e se encerrará em 2002) permitiu acelerar respostas em áreas estratégicas que em geral ficam sem espaço nos orçamentos públicos. Foi um empréstimo que tomou 165 milhões que serão pagos em 15 anos, e que nunca pôde ser investido no programa de acesso à medicação anti-HIV- a política do Banco Mundial para países em desenvolvimento recomendava que não se investisse em medicação, mas só em prevenção. Embora cerca de 85% dos recursos federais gastos anualmente com Aids sejam provenientes do tesouro nacional, depois do

5 Os dados brasileiros citados a seguir tem como fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids (CN-DST/AIDS/SPS/MS, 2000).

6 Comunicação pessoal de Alexandre Granjeiro, do Programa Nacional de DST/AIDS, Ministério da Saúde, em 30 Outubro 2000.

final do acordo a quantia significativa financiada pelo Banco deverá ser garantida por outra fonte de recursos para a Aids no SUS (Sistema Único de Saúde). O investimento em prevenção tem sido sempre menor do que o necessário, mas constante na década, e deverá ser absorvido nos orçamentos e políticas públicas estaduais e municipais. Dependerá, portanto, de iniciativa política além de competências técnicas.

Coincidente com a progressiva desaceleração da epidemia, que crescia a 36% na primeira década e depois de 1992 a 12% ao ano ³, foi o início da distribuição da medicação anti-retroviral gratuitamente, que não enfocaremos aqui, e a discussão de novos paradigmas para análise da epidemia. Na segunda década de epidemia (nos anos noventa), as abordagens que informavam as ações de prevenção puderam ser menos moralistas e radicalizaram sua inspiração nos princípios da Carta de Direitos Humanos, indissociáveis direitos individuais e sociais, integrando propostas que assumem que a vulnerabilidade ao HIV e à Aids é individual e coletiva. Essa visão conquistou espaço defendendo que diminuir a expansão da epidemia depende da disseminação de informações corretas e da possibilidade dos indivíduos nelas se reconhecerem usando-as para sua proteção, mas que isso não acontece independentemente das culturas, do contexto social e político de cada país, e dos programas de saúde, desenvolvimento e educação (cada vez mais dependentes da chamada “globalização”). O ponto de inflexão que abriu mais espaço para essa visão foi a 8ª Conferência Internacional de Aids realizada em 1992 em Amsterdã, e o lançamento do livro *Aids no Mundo* (ver, Mann & Tarantola, 1992). No Brasil tivemos a sorte de poder contribuir para essa revisão por contar com uma tradição de formulação de políticas para saúde baseada na idéia de promoção da cidadania (e não na de consumidores individuais de serviços e produtos), marcada pela tradição de educação popular e pelo pensamento social articulado com os movimentos sociais. A pressão e organização dos afetados pela epidemia a partir de grupos de ativistas por direitos humanos foram fundamentais em todo mundo e a resposta organizada no Brasil, que incluía acadêmicos e profissionais de saúde e educação, foi pioneira na construção de caminhos mais produtivos (ver, Parker, 1997).

Superamos assim as noções de “grupos de risco” ou “comportamentos de risco” - comportamentos e práticas que afinal a pesquisa social dos últimos anos mostrou que não existem sem contexto, sentido e significados socialmente construídos (Paiva, 2000). A 13ª Conferência Internacional de Aids realizada na África do Sul (Julho 2000) consagrou o consenso da comunidade científica de que a expansão da Aids é resultado de fatos biomédicos que explicam a transmissão do vírus, das diferentes atitudes e comportamento individuais, mas principalmente do contexto social e dos programas de saúde e educação existentes que criam a vulnerabilidade coletiva maior ou menor à infecção e ao adoecimento (Ayres, França Jr., Calazans, & Saletti Fo., 1999). O debate com o presidente da África do Sul que questionava a existência do vírus da Aids e o gasto com medicação para 25% de sul-africanos padecendo do HIV, e defendendo que a pobreza é a maior causa da Aids (para isso basta mostrar os mapas de sua expansão) foi emblemático dos dilemas conceituais e necessariamente politizados que enfrentamos nas duas décadas de Aids. Esse debate talvez tenha encontrado seu ponto alto na cerimônia de encerramento desta 13ª Conferência com o pronunciamento de Nelson Mandela⁷, símbolo internacional da luta pelos direitos humanos, no mesmo partido do presidente de seu país. Mandela emprestou seu apoio à comunidade internacional de cientistas e ativistas que tem lutado para derrotar o vírus HIV instalado em mais de 35 milhões de pessoas em todo o mundo, mas lembrando que, sim, a Aids se espalha aproveitando as brechas abertas por crenças, valores, culturas sexuais e ajustes socioeconômicos, que criam as veias abertas e feridas por onde o vírus entra nos corpos de homens e mulheres que habitam cada sociedade. Sabemos que há tantas epidemias diferentes quantas sociedades e culturas.

Os jovens são sempre um grupo vulnerável em todas as sociedades do mundo globalizado. Se continuarmos fazendo apenas o que temos feito, o HIV infectará cerca de 8.500 crianças e jovens por dia, seis por minuto em

7 Texto integral do pronunciamento de Nelson Mandela está publicado no *Boletim ABIA* (ver, Mandela, 2000).

todo mundo.⁸ A previsão lembrada pela fala de Mandela foi de que um em cada dois jovens vai morrer de Aids na África do Sul. Um terço das pessoas vivendo com HIV no final de 1998 eram jovens que tem entre 15-24 anos e metade das novas infecções ocorre nessa faixa etária em todo mundo. No Brasil, 70 % dos casos de Aids se concentram na faixa entre 20 e 39 anos, indicando que as novas infecções pelo HIV (que leva anos para evoluir para Aids) acontecem principalmente também entre os mais jovens. Mas a boa notícia é que onde programas de educação sexual dedicados aos jovens nessa faixa etária acontecem - com informação não-moralista, espaço para desenvolver capacidade de comunicação, consciência e mobilização pelo acesso ao preservativo - os jovens muito mais facilmente que os adultos adotam práticas mais seguras. Isso é verdade na Tailândia, Uganda, Chile, México, oeste europeu e no Brasil onde as vendas de camisinha cresceram de 70 milhões em 1993 para 320 milhões em 1999 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2000).

Em 1986 menos de 5% dos rapazes brasileiros diziam que usaram preservativo na primeira relação sexual, em 1999 chegavam a 50% (aumento de 10 vezes!) (UNAIDS, 2000). A pesquisa de 1999 indicou que, entre os jovens de 16-25 anos, 87% disseram que usavam camisinha consistentemente com os parceiros casuais, 24% em todas as relações sexuais, e 90% declarou que não teria relação sexual com alguém que conheceu recentemente e se recusasse a usar o preservativo (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento [CEBRAP] / Ministério da Saúde [MS], 1999). O uso de preservativo declarado num período de 12 meses pelos participantes da pesquisa nacional é semelhante nos EUA (67%) e no Brasil (63%). Se considerarmos a última relação sexual antes da entrevista, no Brasil 59% dos homens pesquisados usaram preservativo na última relação sexual e nos EUA a taxa encontrada foi de 62%. Entre as mulheres sexualmente ativas na faixa de 16 a 25 anos,

8 Esses dados e os do próximo parágrafo tem como fonte: *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS, 1999a).

a proporção de uso de preservativo nos últimos 12 meses no Brasil é de 35% e nos EUA é de 22%.⁹

A literatura internacional que descreve o trabalho com os jovens para promoção da saúde sexual e a prevenção da Aids pode nos ajudar a entender essa evolução e as dificuldades ainda persistentes. Uma revisão da literatura no início da década (1992) indicava que quatro paradigmas teóricos eram usados na pesquisa sobre sexualidades jovens: uma abordagem centrada nas diferenças individuais (medindo padrões de comportamento sexual, atitudes e níveis de conhecimento), abordagens que analisam a modelagem de comportamento (para comunicação, negociação de preservativo e resistência à pressão dos pares), as que abordavam *scripts* sexuais e discursos (descrevendo significados da atividade sexual em várias comunidades), e finalmente as que procuravam modelos estruturais de explicação (normas para os gêneros, limitações sócio - econômicas). Concluiu-se que todas tinham suas vantagens com exceção da primeira que “contribuiu muito pouco para as tentativas de planejar e introduzir intervenções apropriadas para encorajar a redução de comportamentos arriscados” (Ingham, 1992). Outra revisão, também patrocinada pelo Programa de Aids das Nações Unidas no meio da década (UNAIDS, 1999b), concluiu que as mesmas abordagens permaneciam freqüentes, com ligeiro aumento da preocupação com fatores culturais e estruturais. Aumentaram as pesquisas e experiências com “grupos especiais” - meninos de rua e prostituição juvenil foram temas freqüentes na metade da década - e confirmou-se a consistência nos achados das pesquisas conhecidas como KAPB (knowledge, attitudes, beliefs and practices) revelando que alto nível de conhecimento e informação não se traduzem em mudanças de comportamento e adoção de comportamentos mais saudáveis. As pesquisas com jovens que estão fora da escola têm sido particularmente iluminadoras da inadequação dos modelos de “escolha racional, percepção de risco e tomada de decisão”, porque em situações e cenas de sexo coercitivo, em certas cul-

9 Os dados comparativos com os EUA foram fornecidos pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, Alexandre Grangeiro, que cita como fonte a pesquisa do CEBRAP/MS (1999) e do *Centers for Disease Control* (CDC, 1997).

turas de gênero ou empobrecidas, nas condições de vida carregadas de outros riscos e violência, lidar com a vulnerabilidade ao HIV está mais além da decisão individual.

Finalmente, mais recentemente cresceu a preocupação de organizar estudos que avaliem o impacto da educação sexual entre os jovens, formulem guias de educação sexual, uma iniciativa de vários governos e resultado da pressão de grupos comprometidos com direitos reprodutivos ou com a proteção da infância e adolescência prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Nos últimos anos da década, também cresceu a preocupação, ainda incipiente, de entender melhor como se dá e como se transforma a velha construção da sexualidade masculina heterossexual - o grande nó da prevenção e a parte excluída dos programas de saúde reprodutiva. Este foi o tema escolhido para as campanhas do Dia Mundial da Aids no ano 2000.

No final da década, foi finalmente feito um esforço importante para responder uma das maiores polêmicas no planejamento de programas voltados para jovens, preocupação de pais, religiosos e educadores: *até que ponto a educação sexual que vá além da promoção da abstinência até o casamento e monogamia estimula a precocidade do sexo e a sua maior frequência?* A resposta foi estimulante para a construção de novos programas. Seus principais achados, a partir de estudos nos países desenvolvidos (UNAIDS, 1997) foram:

- Educação sexual ou para prevenção da Aids não estimula mais atividade sexual.
- Programas de boa qualidade ajudam a adiar o início da vida sexual e protegem jovens sexualmente ativos de infecções sexuais e da gravidez indesejada.
- Comportamentos saudáveis e responsáveis podem ser aprendidos
- É melhor começar a educação sexual antes do início da vida sexual - que no Brasil nas gerações mais jovens é em média aos 16 anos e para 15 % começa antes dos 14 anos (CEBRAP/MS, 1999).

- Educação sexual deve levar em conta que existem dois gêneros - masculino e feminino - e ser adaptada às diversas maneiras de ser garoto ou garota.
- A informação sobre saúde sexual tem uma vasta gama de fontes para os jovens que devem ser consideradas e conscientizadas.
- Os jovens são um grupo heterogêneo em termos de desenvolvimento e as tecnologias educativas devem ser diferentes e abertas a essa heterogeneidade.
- Os programas mais eficazes (nos países europeus e norte americanos) são programas baseados em Teorias de Aprendizagem Social; tem um currículo focalizado, tem clareza de metas comportamentais, e descrevem claramente as práticas sexuais a serem evitadas ou as mais seguras; desenvolvem atividades que iluminam as influências do contexto social no que fazemos sexualmente; criam ambientes e espaços para praticar a comunicação e a negociação do sexo seguro; estimulam franqueza nas comunicações sobre sexo; ajudam os jovens a decodificar mensagens da mídia e seus pressupostos e ideologias.

Uma das limitações dessa literatura é a pouca presença de experiências e estudos realizados em países em desenvolvimento, e uma breve reflexão sobre o que aprendemos no NEPAIDS-USP, e no esforço de colaboração com outros grupos que trabalharam com jovens na última década em São Paulo pode nos ajudar a completar este quadro.

Trabalhando com jovens em São Paulo

Afinal, quem são os adolescentes? Acreditam que podem “pegar” o HIV? Acreditam que podem se proteger? O que pensam e fazem a este respeito? Responder a estas perguntas nos últimos 10 anos não foi fácil, encontramos tantos e tão diferentes adolescentes quantos são os brasileiros e suas realidades, oportunidades e cotidianos de garoto ou garota. Basta olhar ao redor e estão por toda parte: na periferia, no shopping, na praça, no centro da

cidade, no interior, no carro, no ônibus, vendendo o corpo para o sexo para produtores de cana ou de drogas, na escola, no trabalho, ou presos como infratores em lugares como a Fundação do Bem Estar do Menor (FEBEM). Pertencem a diferentes “tribos”, cada qual tem seu jeito de vestir, pensar e ser no mundo. Cada jovem expressa o momento em que vive e também o seu lugar social, garotos e garotas que são negros, brancos, amarelos, misturados, heterossexuais, homossexuais, bissexuais, pobres, ricos, mais ou menos, casados, namorados, juntados, solteiros ... Cada qual a seu modo é: inseguro, corajoso, rebelde, capaz, incapaz, apaixonado, tímido, confiante, triste, alegre, responsável, displicente, centrado, perdido... Alguns têm direitos de ser *Adolescente*, direitos descritos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ou adolescente como descrevem os manuais de psicologia ou a mídia: escolhem profissões, escolhem quem vai cuidar de sua saúde, tem acesso a cultura e ao lazer, têm dinheiro para transitar na cidade ou viajar de férias tomando guaraná e comendo pizza, com o tênis da *NIKE*. Adolescentes assim compõem uma parcela jovem das classes média e alta, uma minoria na população brasileira. Preferimos chamar a maioria simplesmente de “jovens” e não de “adolescentes”.

O trabalho de prevenção com os jovens que desenvolvemos ou acompanhamos tem buscado construir espaços para que eles possam se conhecer e se reconhecer em suas diferenças: de raça e credos, de atitudes, de gêneros, de preferências sexuais, em realidades sociais e momentos de vida diferentes. Buscamos colaborar para que se tornem cidadãos, ocupem e transformem seu lugar social através da ação: questionando, discutindo, propondo, escolhendo, decidindo, experimentando, respeitando as diferenças, sendo solidário com a dor do outro e responsável pelo cuidado da vida. Começamos com as perguntas: qual o simbolismo que os jovens atribuem à Aids, esse é um assunto que os interessa, o que cada grupo associa com as propostas de prevenção? Como é possível desconstruir os preconceitos e estigmas que dificultam aos jovens perceberem sua vulnerabilidade ao HIV ou mesmo absorver a informação sobre como se proteger? Quais as dificuldades especiais que cada grupo (a partir de seus valores e credos, nível de escolaridade, classe e raça, lugar onde vive) enfrenta para se proteger da Aids? Como, então,

instrumentalizá-los para as necessárias mudanças e adaptações que o correr da vida exige, ajudá-los a identificar as opções mais aceitáveis para si próprios e para seus parceiros dentre as práticas sexuais seguras para evitar a Aids?

Antes de qualquer programa que “ensina” prevenção, procuramos conhecer seus interesses, fé pessoal, problemas e necessidades. Descobrimos que as garotas em geral queriam conversar sobre namoro, virgindade, relação sexual. Quando propúnhamos discutir sua vulnerabilidade ao HIV, as garotas preferiam discutir sobre *todos* os “perigos” do sexo (gravidez, medo de perder o namorado, de “perder” a virgindade, violência) e também aprender a se defender da insistência dos rapazes para transar e seu medo de perder o controle. Em contrapartida a maioria dos garotos queria aprender “tudo sobre sexo” e como seduzir uma mulher, antes de saber se proteger e proteger a parceira. Todos valorizavam um espaço para a troca de experiências, para a aprendizagem, para momentos de descontração, longe das aulas teóricas e das lições do que era certo (ou errado) ser e fazer. Todos entendiam que precisavam se proteger do HIV, mas poucos mudavam suas práticas depois das “oficinas de sexo seguro”.

Os dois programas que incluíram um componente de avaliação do seu impacto (Antunes et al., 1997; Paiva, 2000), desenvolvido com estudantes de primeiro e segundo grau noturno na cidade de São Paulo, ajudaram os jovens a ampliar a consciência de sua vulnerabilidade ao HIV, em especial os garotos a ter menos certeza que são invulneráveis e saberão sempre tudo. Meninos e meninas passaram a ser multiplicadores do que aprenderam e melhoraram significativamente a capacidade de se comunicar sobre sexo com parceiros e amigos. As garotas aumentaram a confiança no preservativo, passaram a ter mais iniciativa e a serem menos passivas na atividade sexual e aumentaram significativamente o uso de camisinha com parceiros casuais. Mas o uso de preservativos com namorados e namoradas (e parceiros fixos) não aumentou de forma significativa. Os garotos aumentaram a frequência em que “pensam em usar preservativo, mas não tem um”, indicando a sua falta de acesso aos meios para se proteger.

Esses e outros projetos deixaram claro que precisamos um trabalho prolongado e permanente com os vários grupos de jovens que dê conta da sua vulnerabilidade coletiva, do contexto socioeconômico e cultural, programas focalizados na informação e “treino” para o sexo seguro são insuficientes para garantir uso consistente de preservativos. Têm nos ensinado que caminhamos vários passos no sentido de entender como promover as mudanças de que necessitamos para que os jovens se protejam do HIV. Mas apesar do entusiasmo e adesão dos jovens e sua comunidade a esse tipo de programas, o processo de incorporação do preservativo ou do sexo mais seguro pelos jovens é um investimento de longo prazo e que depende da comunidade interferir também no contexto cultural, aumentar o acesso ao preservativo e a outros cuidados com a saúde, o que oficinas de sexo seguro, mesmo as mais sofisticadas, não conseguem dar conta se não tem continuidade.

As campanhas e a mídia depois de 1993 finalmente passaram a estimular abertamente a camisinha, que ficou mais popular como indicam os números. Os jovens foram reconhecidos como “público alvo” importante. Mas ao final da década pouca coisa mudou em relação às dificuldades mais importantes que eles enfrentam para se prevenir. Numa avaliação realizada em 1999 dos trabalhos realizados com vários grupos em São Paulo, foi consenso que as maiores dificuldades continuam sendo:

- a) Apesar de acharem que qualquer pessoa pode ter AIDS, muitos acreditam que com “a vida que levam não vão se contaminar”. “Conhecem” e confiam em seus namorados e namoradas porque: “ele não usa drogas” ou “ela não transa com qualquer pessoa”. Com parceiros ainda “desconhecidos” tendem a lembrar e usar mais o preservativo. A camisinha tem se tornado mais conhecida deles e delas, sabem que precisam usá-la, mas é para o começo da relação, quando “não conhecem bem a pessoa”. Apaixonar-se é uma dica para deixar de usá-la.
- b) A camisinha é considerada eficaz para a AIDS, porém pouco prazerosa e frágil “é muito fininha, rasga com facilidade, parece uma bexiga”. Na verdade eles continuam sem saber *como* usá-la, que tem sido descrito como o motivo maior de “falha da camisinha”. A maioria dos programas não chega nos detalhes para ajudá-los a utilizar o preservativo ade-

quadramente, param no “use camisinha!”, ou esquecem de ressaltar que se trata de um processo de aprendizagem e adaptação. Ao difícil acesso ao preservativo (caro), soma-se a pouca confiança: já que não dá certo nas primeiras vezes não vão conseguir nas outras. (“Camisinha é coisa de branquelo”, “É cara e ainda parece estragada, fura”). Além disto, o sexo parece quase sempre associado às situações e cenas inesperadas e não planejadas, em situações em que fica difícil ter a camisinha na hora que a transa finalmente acontece.

- c) O aconselhamento e atendimento são ainda muitas vezes impregnados de discursos moralistas quando está disponível de graça nos postos de saúde ou na escola. Algumas TVs têm incluído programas de discussão sobre sexo, mas os especialistas são quase todos “sexólogos” (e não educadores ou profissionais treinados em prevenção) que lembram muito pouco do contexto social e cultural limitante. A distribuição de preservativos nos postos de saúde é insuficiente e inconstante.
- d) Nas falas dos jovens a AIDS aparece ainda associada ao medo, à morte certa, à doença sem cura “que acaba com a vida da pessoa”. Portanto, o medo continua mobilizando o velho fatalismo ou a negação. Para uma parcela significativa dos jovens, especialmente o grupo mais vulnerável (à violência, ao desemprego, à pobreza), a Aids é “apenas mais um risco”, e é mais confortável acreditar que “se tiver que pegar o HIV, não adianta fazer nada”. Outros (principalmente os garotos) associam aquele ar entediado do “sabe tudo” e de quem pergunta: “lá vem aquele papo de aranha de novo!”. Alguns racionalizam de forma mais sofisticada: “se eu pegar, o coquetel pode me salvar”...
- e) Não conseguem sempre imaginar como vencer a violência, a fome, a miséria, a falta de emprego e de oportunidades na vida, a discriminação e a falta de direitos, fatos sempre presentes em nossas conversas. O HIV é apenas mais um risco, a camisinha é mais uma coisa cara e inacessível. Nesse cenário é que cada *cena sexual* ou as *cenar de uso da droga* se desenvolvem.
- f) Além de todas as dificuldades do contexto social dos jovens, os *scripts femininos e masculinos*- as diferentes maneiras de pensar, sentir e agir que aprendemos desde crianças e que definem o *ser homem e ser mulher* - particularmente os *scripts sexuais* que incorporamos tem sido

uma dificuldade central para a prevenção do HIV. Os roteiros para o sexo parecem para eles como parte da “natureza”.

Muitas garotas continuam dizendo que ser mulher é ser meiga, sensível e delicada, “feminina”, não saber muito sobre o sexo, já que é o homem que ensina sexo para a mulher. Para transar é preciso amar a pessoa e ter uma relação de compromisso com alguém. O medo maior para as garotas é o de serem confundidas com a “escolada”, aquela que transa com qualquer um, a que está disponível para o sexo. Propor a camisinha e ter que negociar seu uso é contrapor-se a este modelo de mulher, ser mais “sabida” que o homem e experiente frente ao sexo. Em geral, conhecem muito pouco sobre seu próprio corpo, como funciona o aparelho reprodutor, como fazer para evitar a gravidez. A gravidez, ao mesmo tempo em que é temida, é a possibilidade de mudar de vida, virar adulta, de sair da casa dos pais, ter sua vida própria. O método anticoncepcional mais popular é a pílula que as amigas receitam e que compram na farmácia. Conhecem menos ainda sobre o corpo erótico e o que lhes dá prazer. A maioria das garotas começa a vida sexual perto dos 15 anos, mas não sabem nada sobre o orgasmo; não se masturbam, acham que é “feio” e não gostam de sexo anal e oral que acham “nojentos”. Muitas meninas se preocupam com a virgindade, acham fidelidade muito importante tanto para o homem quanto para a mulher, mas são mais tolerantes com a infidelidade masculina. Tem menos certeza que os rapazes sobre a decisão de ter filhos! Algumas dessas crenças e atitudes tem mudado mais rápido para as mulheres, que, segundo as avaliações de oficinas, parecem mais plásticas e abertas para mudanças no velho *script* que os homens.

A fala dos garotos, claro, é complementar a este discurso e parece que pouco tem mudado. Sexo masculino, o *script* sexual masculino, se aprende na rua, é algo que todo mundo faz e separam o sexo por prazer e para “descarrego” daquele que é feito com amor, com a namorada, aquela com quem vão casar. Para a maioria dos garotos, ser homem é não controlar muito seus impulsos sexuais e agressivos: deu tesão, transou; pintou desavença, brigou. Colocar a camisinha e se preocupar com a parceira é regrar estes sinais de virilidade. Quanto ao seu corpo, sabem tudo sobre seu prazer e o pênis que manipulam, e nada sobre a reprodução. A gravidez continua sendo problema

(e responsabilidade) da mulher: ela quem deve se preocupar com a contracepção. O único cuidado que têm a respeito do sexo é em geral “gozar fora”, e praticar todas as “técnicas e posições”.

Ser homem também é ter jeito de homem, é ser forte, pensar muito em sexo e gostar de mulher e futebol. O medo dos rapazes é ser confundido com o “viado” (aquele que não gosta de mulher, portanto o “não-homem”). Ser homem, também é um dia poder ser respeitador, contido, carinhoso e trabalhador, para então poder casar. Para isto, será preciso arranjar emprego fixo, para dar uma condição melhor para os filhos e para a mulher. Com relação a esta questão há muita angústia e incerteza - a crise econômica do Brasil e a falta de oportunidades na vida parecem nunca ter fim!

Diante deste contexto percebemos que o trabalho de prevenção da AIDS precisa estar integrando a idéia de cidadania e direitos aos temas da sexualidade e do uso de drogas, e desses com a discussão sobre as intenções de maternidade e paternidade de garotos e garotas e suas escolhas contraceptivas, suas oportunidades profissionais, além de ser capaz de discutir as diferenças e as relações entre os gêneros, conscientizar que os *scripts* associados ao masculino ou ao feminino que não são resultado da “natureza” da diferença entre os sexos, são socialmente construídos. Dar conta do contexto socioeconômico em que o sexo e as vivências de gênero acontecem. Desconstruir também certas noções de proteção criadas socialmente do tipo “Aids só acontece com o OUTRO que é diferente”, ou que eu não conheço bem. Precisamos, portanto, ajudá-los a decodificar a complexidade das suas *cenas sexuais*: o lugar onde fazem sexo (de pé no poste, no escurinho da vila?), com quem (o amado, a garota de programa), em que ritmo (“fast food”, “devagarinho”), a que hora do dia, que sentido aquela cena tem (“descarrego”, amor). Precisam descobrir se estão informados ou não, se tem acesso ao tratamento adequado de eventuais infecções sexualmente transmissíveis ou ao teste anti-HIV, se têm dinheiro para a camisinha ou acesso ao preservativo gratuito, se tem apoio dos pais ou transam escondidos. Precisam se mobilizar por seus direitos à informação e atenção de qualidade, e os programas são valorizados por todos se baseados no *protagonismo juvenil*, abrindo es-

paço para a participação dos adolescentes na definição de políticas públicas destinados a eles.

Esses resultados se repetem em experiências desenvolvidas com colaboração do NEPAIDS: com grupos de vários tipos de escolas, universitários, jogadores juniores de futebol, juventude negra, moradores de favelas, usuários de drogas, internos na FEBEM. Se o contexto os torna mais vulneráveis, os empurra para viver na rua, cometer atos criminosos ou usar drogas, ao mesmo tempo amplia sua vulnerabilidade ao HIV, aumentando exponencialmente as dificuldades para garantir a prevenção.

Em nossos encontros com os jovens temos utilizado debates livres sobre sexo seguro, sobre o uso ou não da camisinha, sobre namoro, primeira relação sexual, gravidez, aborto, acesso a camisinha, violência e cidadania. Além de “ensinar” prevenção. Trabalhamos a partir de cenas reais de sua vida ou de histórias que inventam a partir de uma gravura ou uma consigna, mobilizamos tópicos referentes à AIDS, preconceitos sobre a infecção e a prevenção. Temos usado fitas de vídeos sobre AIDS, gravidez e aborto, atividades com massa de farinha e sal para modelar o corpo erótico e/ou reprodutivo, dramatizações, jogos com os métodos contraceptivos e práticas de sexo seguro, incluindo atividades com o objetivo de ilustrar a utilização da camisinha e até fazer concursos de arte com ela e sobre ela. Aceitando e incentivando que encontrem suas maneiras diferentes e prazerosas de fazer sexo seguro e protegido, de reduzir os riscos, ou de adiar e evitar o sexo (com abstinência e adiamento da vida sexual), inventando para si o “inérito viável”, como diria Paulo Freire. Em geral eles tem gostado de participar destes encontros, alguns pedem para trazer os outros colegas, de realizar atividades fora da escola. Outros, resolveram repetir os conhecimentos aprendidos para outras pessoas da comunidade. Fazem questão de demonstrar o entusiasmo, como se sentiam mais “sabidos”, experientes e menos envergonhados.

Em 1997 começamos um trabalho de prevenção de AIDS e cidadania com os jovens na FEBEM¹⁰, grupo emblemático da carência da maioria dos jovens brasileiros pobres. O seu contexto socioeconômico é semelhante ao dos jovens mais carentes que encontramos na escola pública noturna. Em sua maioria são negros ou “pardos” (75%), e moravam com suas famílias (70%) usando as ruas, em gangues, para conseguir dinheiro. Tem irmãos e irmãs que estudam e trabalham, como costumam dizer, “vivem a vida humilde”. Muitos são criados pelas mães e sem os pais (57%) e quase todos também já estudaram em escolas públicas (99.5%), embora a maioria já tivesse parado de estudar quando foi para a FEBEM.¹¹ A maioria deles (95%) disse já ter tido emprego, muitos na “indústria do crime”, e somente 16% deles nunca experimentou nenhum tipo de droga - 5% foi usuário de drogas injetáveis e 27% manteve relações sexuais com usuários. A grande maioria deles era ativa sexualmente (95%), 23% era pai, 8% deles tinha história de práticas homossexuais (dentro e fora da FEBEM). Um terço deles tinha tido mais de 20 parceiros sexuais na vida e 12% já tinha trocado sexo por algum benefício. A camisinha foi associada à prevenção da Aids (mais que da gravidez), mas 80% deles consideraram a camisinha pouco eficaz e frágil, ou que atrapalha o sexo (56%). A maioria dos garotos já tinha usado uma camisinha (68%), mas apenas 8% indicaram uso consistente.

Este projeto tem mostrado a importância de se trabalhar em parcerias produtivas que tentam diminuir o grau de vulnerabilidade individual e social ao HIV.¹² Queríamos muito integrar a prevenção da AIDS à cultura, à sexualidade e aos interesses singulares da sobrevivência deles. Nosso maior desafio tem sido falar de prevenção da AIDS para uma população que vive

10 Fundação do bem Estar do Menor - onde estão confinados os menores infratores.

11 Dados baseados numa pesquisa realizada em 1998 com uma amostra de 300 internos da FEBEM, com idades de 13 a 19 anos, para levantar seu perfil e suas atitudes, práticas e crenças sobre Aids e prevenção.

12 Como muitos do Núcleo, esse projeto tem sido uma parceria com o Programa Estadual e Municipal DST/AIDS e apoio de várias fontes financiadoras: UCSF, *Mac Arthur Foundation*, *Ford Foundation* e mais recentemente (desde o ano 2000) recursos da própria FEBEM.

de sobreviver *do risco* além de *em risco*. Esses jovens na FEBEM, internados principalmente por envolvimento com drogas, tráfico e roubo, acham que o cuidado principal tem sido não morrer “da bala de um policial” ou na “vida do crime”, como costumam dizer. Acham que não viverão além dos 24-25 anos e poucos acreditam na capacidade de mudar o rumo de suas vidas depois que saírem da FEBEM. Para escapar da re-internação ou do sistema penitenciário, é importante que tenham uma família preocupada ou alguém próximo interessado em ajudar. Fazer parte de um grupo de referência, para muitos jovens, por exemplo, começar a participar de grupos religiosos tem sido o caminho de muitos para resistir a “tentação” que o dinheiro fácil de um assalto, por exemplo, representa. Alguns dizem que só na criminalidade conseguiriam o que sonham para suas vidas: “carro novo, mulher bonita e dinheiro”. Percebem seu despreparo diante da escolarização e profissionalização que é exigida no mercado de trabalho. Perversamente é através da “vida do crime” que conseguem cidadania: respeito, amizade, auto-estima, testam limites, descobrem suas forças, constroem sua identidade e ganham sentimento de pertencimento. Alguns dizem já ter uma profissão, pois recebem salário pelos crimes que cometem. Para eles, viver é correr riscos, sendo que a AIDS é só mais um entre muitos outros piores. Sabem como o HIV é transmitido e como pode ser evitado, porém transam sem camisinha, mesmo quando em liberdade. Neste sentido os motivos são os mesmos dos jovens que estão na escola, os *scripts* de gênero e o contexto social em que vivem as experiências com a reprodução e a sexualidade. Ao tentar sensibilizá-los para a importância da prevenção à Aids, freqüentávamos as unidades do Complexo do Tatuapé para conversar, conhecê-los melhor e coordenar as atividades que eles gostavam (o que já era um diferencial na vida deles). Encontramos na arte-educação, nosso canal de comunicação e colaboração mais fáceis: jogar, dançar, fazer teatro, escutar, cantar e fazer música. Ouvindo e discutindo com eles as músicas que escutavam, encontramos a mensagem de prevenção, algo significativo para eles em troca de uma vida dentro da legalidade e de auto cuidado:

“Fique Vivo! Fique vivo para contar sua história. Para marcar território. Para lutar contra a injustiça social. Se continuar na vida do crime você vai morrer! A sua vida é preciosa!”

Incorporamos nas oficinas sobre prevenção da AIDS e sexualidade outros temas eleitos por eles, a partir de atividades que elegeram: teatro, *rap*, capoeira, grafite, *break*. Os temas de discussão escolhidos são droga adição, falta de oportunidades, desemprego, direitos, violência, extermínio policial, criminalidade, expectativa de futuro, injustiça social, racismo, e as políticas públicas que os movimentos sociais vivos na comunidade onde eles cresceram costumam qualificar de “para pobre o que é pobre”. Eles cobram a falta de centros comunitários destinados à escolarização, à profissionalização, à prática de esportes e lazer. Faltam políticas voltadas para auxiliar no primeiro emprego ou cooperativas que se tornaram um recurso de muitas comunidades adultas contra o desemprego. Faltam serviços públicos de saúde bem estruturados para o atendimento de jovens e adolescentes que lidem sem “repressão ou moralismo” com gravidez, droga adição, tratamento e prevenção de doenças. Convidamos para o trabalho na FEBEM representantes desses movimentos sociais, principalmente para o movimento HIP-HOP.

O que fez a diferença do trabalho na FEBEM é poder ajudar a voz desses jovens ser escutada, poderem expressar seus sentimentos, opiniões e reivindicar direitos. Garantimos um espaço *democrático* e de exercício de *cidadania* para que descubram na prática o significado destas palavras, para poderem discutir seus problemas e buscarem soluções. Um outro ganho deste trabalho tem sido demonstrar que suas produções têm alto potencial para o ativismo social e a solidariedade: uma grande motivação para eles é mandar recados para os outros jovens que estão além dos muros da FEBEM. As mensagens falam sempre da esperança e da luta por um mundo melhor, da prevenção da violência e da criminalidade. Mandam recados sobre o valor de uma “vida humilde” (de estudar, trabalhar, encontrar alguém para amar), sobre a ilusão que as drogas e o crime representam a morte, o sofrimento e a prisão na vida de um jovem. Colaboram na criação de materiais educativos para sensibilização de outros jovens dentro e fora da FEBEM, agindo muitas vezes como multiplicadores nas outras unidades de internação.

Nós que estamos trabalhando

Profissionais da educação e da saúde, pesquisadores comprometidos com os desafios de nosso país, somos pessoas também mergulhadas no mesmo contexto, na mesma sociedade, nas mesmas incertezas políticas e econômicas. Também inseguras sobre de quem é a responsabilidade de aconselhar e educar (qual o papel da escola, e da família e de um projeto de pesquisa?), necessitando estabelecer parcerias, compartilhar, buscar apoio e refletir. Quem está “na linha de frente” com os jovens sempre quer saber mais e mais “como lidar com ele”. Nestes anos aprendemos que não existe um jeito pronto e acabado, nem conhecimentos ou conceitos que não sofram mudanças, sejam reinventados todos os dias. Reforçamos a certeza de que a atitude básica mais produtiva é a que se abre para ajudá-los a crescer e a se desenvolver para serem sujeitos de sua vida. Aprendemos que é fundamental *validar* a opinião deles, ouvir, conversar, abrir espaço para a reflexão, sem oferecer fórmulas prontas (existem?) ou empurrar valores que consideramos mais corretos. Dá mais certo quando pensamos no encontro de duas pessoas em momentos diferentes de crescimento e desenvolvimento pessoal. Não vamos *trabalhar* os jovens, mas *estar com eles*. O grande poder de mudança está na mágica da *solidariedade*. Ao invés de professor e aluno ou adulto e adolescente, pessoa e pessoa. Só podemos ensinar respeito sendo respeitosos em nossas relações estabelecendo um clima afetivo e de confiança. Neste campo carregado de intensidades (tabus, ideologias, controvérsias, sem muita história ainda), são fundamentais os espaços de reflexão conjunta e supervisão, que devem reconhecer que precisamos ter conhecimento sobre nós mesmos, nossos medos, preconceitos e inseguranças para não fazermos dos jovens um depósito cego de nossos sentimentos, além de permitir nossa educação e atualização permanente.

Alguns parâmetros fundamentais do trabalho de “treinar os adultos” têm sido:

- a) O direito à informação clara e precisa dos fatos biomédicos sobre ao HIV e a Aids, mas também dos fatos que descrevem a vulnerabilidade social: raça, classe, falta de acesso a serviços de saúde e educação de

qualidade, de direitos, a opressão dos gêneros, a violência, a falta de lazer, que também conhecemos da pesquisa social;

- b) A linguagem franca e acessível; as mensagens devem claras e não estereotipadas ou preconceituosas;
- c) Estimular o respeito às diferenças – de cultura, de raça, de pensamento, de opção sexual, de opinião; lembrar que precisamos discutir abertamente a ética e os valores que estimulem o sexo consensual, resistam ao abuso e recuse a violência, ou as pressões de grupo que desrespeitam convicções pessoais.
- d) Facilitar ao profissional também se colocar, criando espaço para conscientizar as limitações das normas de gênero, o peso da mídia e do conjunto de valores representados no grupo;
- e) Compromisso com a educação continuada e a promoção de sujeitos da sua saúde e da cidadania, estimulando a mobilizar com por direitos que compartilhamos como cidadãos, parte de um coletivo e não como “consumidores”.
- f) Recusa do modelo de amedrontamento, gerador de pânico e perpetuador da negação e da exclusão.
- g) Estimular o trabalho e a pesquisa da comunidade onde crescem os jovens, estimular a inclusão dos pais, professores e comunidade organizada os projetos de prevenção, já que esforços pontuais se perdem rapidamente.

O que aprendemos depois de quase uma década de trabalho com jovens? Como qualquer grupo social eles são muito receptivos e cooperativos quando a relação que se estabelece é baseada no respeito, na confiança e na vontade real de ajudá-los. Preferem a colaboração à preleção, para analisar seus problemas e construir soluções que possam transformar cada realidade individual e a comunidade da qual fazem parte. Aliás costumam ser mais ligados no destino dos seus pares que a maior parte dos adultos. Aprendemos que prevenção do HIV precisa estar integrada à educação para a cidadania, onde o jovem seja constantemente encorajado a ser cidadão: a questionar, expor suas opiniões e sentimentos, a ser tolerante com opiniões contrárias, e mediante as várias possibilidades diante de um problema, escolher o que é

melhor para si, fazendo alianças para a transformação da sua condição social. Além disto, e antes de tudo, é preciso primeiro escutar e decodificar cada grupo, cena, cenário e *script* que promove a vulnerabilidade dos jovens, depois aparecer com propostas e informações que façam sentido naquele contexto. Como disse um dos jovens num dos cartazes ganhadores do concurso de frases:

“A AIDS não tem cura, mas os cientistas estão trabalhando para encontrar. Nós temos cura. Quem está trabalhando pela gente?”

Aprendemos enfim que esse espaço compartilhado com os jovens não deve falar só de Aids, de medos ou inseguranças, mas da alegria de enfrentar os desafios do viver, do prazer de viver!

Viva a vida!

Paiva, V., Peres, C., & Blessa, C. (2002). Youths and Adolescents in the Age of AIDS: Reflections About a Decade of Work in HIV Prevention. *Psicologia USP*, 13 (1), 55-78.

Abstract: This article reviews the recent evolution of the HIV/AIDS epidemic in Brazil and its frameworks for prevention. Considering a decade of preventions initiatives targeting young people and their educators in São Paulo, describes the surpassing of the “risk group” notions and indicators of the successes of the national efforts facing the challenges of a growing epidemic among young people. A preliminary work developed in public elementary night schools inspired several programs that have created parameters for prevention actions, indicators of the youth social context and vulnerability, described socio-cultural categories that frame daily life and sexual activities of young people. Beginning with interactive actions that focus on sex and reproduction, gender relations and other issues, various projects deal with unawareness, emotions, structural violence, and citizenship. Cooperation and acceptance was found in high degree among the various groups living in vulnerable contexts and among adults involved with them: students, incarcerated kids and young people gathered in different communities and activities.

Index terms: Acquired Immune Deficiency Syndrome. Prevention. Youth. Social vulnerability.

Paiva, V., Peres, C., & Blessa, C. (2002). Jeunes et Adolescents A L'epoque du SIDA: Reflexions Sur Une Decade D'un Travail de Prevention. *Psicologia USP*, 13 (1), 55-78.

Resume: Ce texte passe en revue l'évolution de l'épidémie de HIV/SIDA et le cadre de sa prévention. En considérant une décennie d'initiatives de prévention visant un groupe de jeunes et leurs éducateurs, il décrit le dépassement des notions de "groupe à risque" et certains indicateurs de succès de l'effort brésilien devant les défis d'une épidémie croissante encore parmi les plus jeunes. Un travail préliminaire développé avec les élèves des classes de nuit a inspiré de nombreux programmes et a aidé à établir des paramètres pour des actions de prévention, des indicateurs de contexte et de la vulnérabilité sociale, au-delà des catégories socioculturelles qui forment la vie courante et l'activité sexuelle des jeunes. À partir d'actions interactives basées sur sexe et reproduction, relations entre sexes et d'autres thèmes associés par les jeunes, les projets prennent en compte la désinformation, les émotions, la violence structurelle et les chemins pour une citoyenneté entière. On a remarqué la réceptivité et la coopération des groupes de jeunes placés dans un contexte plus vulnérable, et parmi les adultes impliqués avec eux: étudiants, incarcérés, jeunes réunis en différentes communautés et activités.

Mots-clés : Syndrome Immune Déficitaire Acquis. Prévention. Jeunes. Vulnérabilité sociale.

Referências

- Antunes, M. C., Stall, R., Paiva, V., Peres, C., Pal, J., Hudes, E., & Hearst, N. (1997). Evaluating an Aids sexual risk reduction program for young adults in public night schools in São Paulo, Brazil. *AIDS*, 11 (Suppl. 1), 121-127.
- Ayres, J. R., França Jr., I., Calazans, G., & Saletti Fo., H. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In R. M. Barbosa & R. Parker (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso* (pp. 49-72). Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1997, May). Fertility, family planning, and women's health. *Vital and Health Statistics* (Series 23). Disponível em: <http://www.cdc.gov/>

- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento / Ministério da Saúde. (1999, julho). *Comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre HIV e AIDS: Versão Preliminar do Relatório de Pesquisa.*
- Freire, P. (1989). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Ingham, R. (1992). *Personal and contextual aspects of young people's sexual behaviour*. Unpublished paper prepared for WHO/GPA/SSB, Geneva.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (1997). *Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: A review update*. Disponível em: <http://www.unesco.org/education/educprog/pead/GB/AIDSGB/AIDSGBtx/Im.../impact.htm>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (1999a). *Listen, learn, live! Facts and figures*. Disponível em: <http://gbgm-umc.org/programs/wad99/>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (1999b). Sex and youth: Contextual factors affecting risk for HIV/AIDS. In G. Dowsett & P. Aggleton, *Young people and risk taking in sexual relations* (Cap. 1).
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2000, June). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Disponível em: http://www.unaids.org/epidemic_update/report/
- Mandela, N. (2000). Discurso de Nelson Mandela no encerramento da XIII Conferência Internacional de AIDS, 14 de julho de 2000, Durban. *Boletim ABIA*, (45). Disponível também em: <http://www.mail-archive.com/artigos-juridicos@grupos.com.br>
- Mann, J. M., & Tarantola, D. (1992). *Aids in the world I*. New York: Oxford University Press.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. (2000, junho). *Boletim Epidemiológico de Aids*, 13,1. Disponível em: http://www.aids.gov.br/udtv/boletim/_dez99_jun00/sumario_jun00.htm
- Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com camisinha: Os dilemas da sexualidade dos jovens em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus.
- Parker, R. (1997). *Políticas, instituições e Aids. Enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia / Jorge Zahar.
- Parker, R., & Camargo Jr., K. R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (Supl. 1), 89-102.

Recebido em 17.12.2001

Aceito em 5.02.2002