

MARGARETE MOREIRA COUTINHO E SILVA

JUVENTUDE RURAL E AS REPRESENTAÇÕES SOBRE A AIDS

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
2012

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

S586j
2012

Silva, Margarete Moreira Coutinho e, 1972-
Juventude rural e as representações sobre a AIDS /
Margarete Moreira Coutinho e Silva. – Viçosa, MG, 2012.
xii, 207f. : il. ; (algumas col.) ; 29cm.

Inclui anexos.

Orientador: Sheila Maria Doula.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f. 159-167.

1. Juventude rural - Barbacena (MG). 2. Representações
sociais. 3. AIDS (Doença). I. Universidade Federal de
Viçosa. Departamento de Economia Rural. Programa de
Pós-Graduação em Extensão Rural. II. Título.

CDD 22. ed. 305.23098151

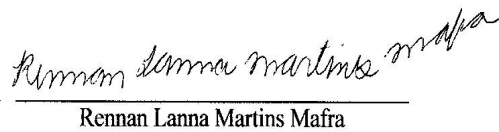
MARGARETE MOREIRA COUTINHO E SILVA

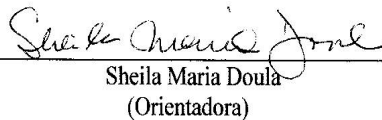
JUVENTUDE RURAL E AS REPRESENTAÇÕES SOBRE A AIDS

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 23 de outubro de 2012.


Luciano Rodrigues Costa


Rennan Lanna Martins Mafra


Sheila Maria Doula
(Orientadora)

*Aos meus amores Fabiano, Tiago e Mateus;
aos meus pais, irmãos, cunhados e sobrinhos;
aos jovens envolvidos na pesquisa, dedico este
trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um paradoxo. Fácil, porque as palavras fluem do coração e não só da mente; e difícil porque, às vezes, elas faltam, não são suficientes pra exprimir a intensidade do que realmente gostaríamos de dizer. O meu desejo é que estas palavras ganhem vida e cada um que as leia sintasse abraçado por mim em sinal de minha profunda gratidão.

Agradeço a Deus, que se manifesta cotidianamente através do milagre da vida e da natureza, pela força que não sei de onde vem, mas que me impulsiona a continuar a caminhada.

Ao Fabiano, meu “amor sólido”, que se revelou tanto mais sólido nesse período de turbulências durante as idas e vindas do mestrado. Eu não teria conseguido não fosse o seu apoio como esposo e como pai dedicado. Sua paciência, compreensão, afeto e, sobretudo, o seu amor e respeito tornaram menos pesados os meses de pesquisa e mais saborosa a conquista, que é nossa. Obrigada! Amo você!

Aos meus filhos Tiago e Mateus, que invadiram, irremediavelmente, a minha vida e o meu coração desde o nascimento. Sei que minha ausência foi, por vezes, quase insuportável, mas eles souberam compreender o meu propósito e permaneceram firmes e confiantes, aguardando minha chegada. Obrigada, meus lindos! Amo vocês!

À minha mãe, D. Regina, por nunca ter deixado de crer que o caminho que levaria os filhos a conquistar os seus espaços era o estudo, mesmo quando eram desfavoráveis as perspectivas da vida e o “prognóstico” parecia ruim. O seu trabalho diário, a sua fé e a sua perseverança foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Muito obrigada!

Ao meu pai, Sr. Jésus, que na sua simplicidade e ingenuidade, é exemplo de valorização do ser humano pelo trabalho, pela honestidade e pela fé. Muito obrigada!

Aos meus irmãos Zé Geraldo, Mariângela, Det, Ednilson e Maurício, e aos meus queridos sobrinhos, presenças constantes em minha vida e símbolos de união, amor, caráter e espírito de luta. Obrigada pelo amor fraterno, sem palavras, sem restrições, sem julgamentos e que se revela diariamente nas atitudes e no acolhimento mútuo. Obrigada!

Agradeço à Cida, pela dedicação e apreço aos meus filhos e à minha casa e pelas orações diárias pra que tudo desse certo.

À minha sogra, D. Dezi, e a toda família pelo carinho e dedicação aos meus filhos.

Agradeço ao Prof. Carlos Miranda de Carvalho, ao Prof. Maurício Henriques Lousada Silva e à Pró-Reitora de Pesquisa e Inovação Prof.^a Maria Elizabeth Rodrigues, pelo empenho na implementação do projeto de parceria entre o Instituto Federal e a Universidade Federal de Viçosa, que resultou no MINTER (Mestrado Interinstitucional).

À CAPES pelo apoio financeiro ao projeto MINTER.

Ao Diretor Geral do *Câmpus* Barbacena Prof. José Roberto Ribeiro Lima, ao Diretor de Ensino Prof. Luiz Carlos Gomes Júnior e ao Diretor Administrativo Sr. Wander Ricardo Mendes, por terem incentivado, apoiado e viabilizado as condições para o nosso estudo desde as provas de seleção do MINTER. Obrigada pela compreensão, confiança e apoio logístico, sem os quais tudo seria mais difícil.

À Prof.^a Coordenadora do Departamento de Extensão Rural da UFV, Dra. Ana Louise de Carvalho Fiúza, que nos recebeu com tanto carinho e profissionalismo e acreditou em nosso potencial para a pesquisa. Também agradeço pelo apoio logístico que viabilizou a nossa estada em Viçosa durante a participação nas disciplinas. Muito obrigada!

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Sheila Maria Doula, que adotou o meu projeto de pesquisa e se enveredou comigo pelos rumos que me levariam à conclusão deste trabalho. Muito mais do que estender as mãos e me apoiar, ela me ensinou a dar os primeiros passos, equilibrando-os por vezes, mas nunca caminhando por mim. Sofri, chorei, mas também sorri e, principalmente, cresci. À você, minha admiração e gratidão. Muito obrigada!

Agradeço a todos os professores do DER, em especial à Ana Louise, Norberto, France, Sheila e Douglas, com os quais tive maior contato nas disciplinas. Obrigada pela valiosa contribuição para o meu aprendizado.

Aos funcionários da Secretaria do DER, Anísia, Carminha e Romildo. Tantas vezes me ajudaram na organização da situação acadêmica, com competência e disponibilidade. Obrigada!

Agradeço à Prof.^a Cida, do Departamento de Letras da UFV, pela sabedoria e pelo calor humano que tornaram agradáveis e inesquecíveis as aulas de inglês.

À Prof. Ilza Helena Miranda de Araújo, do IF Sudeste *Câmpus* Barbacena, que me auxiliou com a ideia primeira deste trabalho e disponibilizou suas aulas para a implementação da pesquisa de campo, ajudando-me a realizá-la. Muito obrigada. Espero poder algum dia retribuir tão generosa contribuição.

Ao Prof. Amarílio Augusto de Paula, que também, prontamente, disponibilizou uma de suas aulas para a pesquisa de campo. Obrigada.

Aos meus Coordenadores Paulo Henrique e Daniel, pela compreensão e incentivo.

Agradeço aos colegas da turma do MINTER. Os encontros em Rio Pomba e a estada em Viçosa jamais serão esquecidos. Foi maravilhoso conhecer cada um de vocês e poder compartilhar das inseguranças e do sonho da construção do trabalho. Porém não acaba aqui. É reconfortante pensar que estaremos juntos, como servidores do IF Sudeste MG, cada dia trabalhando pela sua melhoria.

À Ellen, minha querida amiga, companheira de longos estudos. Penso que estava “escrito” que faríamos mestrado juntas, nos apoiando uma à outra. E assim foi. Agradeço a Deus por ter contado com a sua presença tão próxima, tão preocupada e tão confiante. Obrigada pela parceria, pela força e pela presença de espírito que tornaram alegres e divertidas a estada, a estrada e a caminhada (e as corridas também!). Chegamos!!!

Agradeço à amiga Márcia Carvalho, que combina em si a perfeita harmonia entre competência e simplicidade e nunca perde uma só oportunidade para demonstrar sua amizade e seu carinho. Mostrou ser também uma exímia anfitriã com as dicas “Viçosences” e a companhia nas caminhadas.

Agradeço à Vilma, Valéria e Júlio, conterrâneos e colegas de turma, pelas palavras de força, pela troca de experiências, pelo ombro amigo e por estarem sempre disponíveis quando necessário. Obrigada!

Agradeço aos colegas do Grupo Observatório da Juventude Rural pelo compartilhamento de ideias nas muitas vezes que nos reunimos em torno de um objetivo único: construir o conhecimento.

Aos alunos participantes da pesquisa, em especial ao aluno Néelson Júnior (em memória), por terem aberto seus corações e suas vidas em benefício da pesquisa. Muito obrigada!

Agradeço às professoras e aos ex-alunos e ex-servidores do IF Sudeste *Câmpus* Barbacena, que gentilmente concederam entrevistas para o enriquecimento da pesquisa.

À Rita Chagas, pela amizade animadora e reconfortante (“na alegria e na tristeza”), à Maria José (Zezé), que não me deixou “dormir no ponto”; aos demais colegas de trabalho e a todos os amigos que torceram por mim e desejaram o meu sucesso, em especial à Daise e à Lúcia, inesquecíveis. Muito obrigada!

Aos motoristas do IF Sudeste – *Câmpus* Barbacena, que muitas vezes nos conduziram pelas estradas rumo à Rio Pomba e Viçosa. Obrigada!

Ao enfermeiro Responsável Técnico Wander Inácio e aos demais colegas enfermeiros do CAPS em Conselheiro Lafaiete, pela flexibilização da escala e pelas trocas de plantões que possibilitaram minha presença nas aulas. Aos técnicos em enfermagem, pela amizade e carinho. Obrigada!

À Ester (Filinha), um anjo de Deus, desses que aparecem na vida da gente, sem explicação, sem previsão e nos socorrem com carinho e afeto gratuitos. Obrigada por ter me acolhido e acalmado naquela estrada.

Todos vocês me fazem acreditar que o meu esforço valeu apenas.

A todos, do fundo do meu coração, MUITO OBRIGADA!

“Nada lhe posso dar que já não exista em você mesmo. Não posso abrir-lhe outro mundo de imagens além daquele que há em sua própria alma. Nada lhe posso dar a não ser a oportunidade, o impulso, a chave. Eu o ajudarei a tornar visível o seu próprio mundo, e isso é tudo.”

Hermann Hesse

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Carnaval 2007.....	29
Figura 2 - Dia Mundial da Luta contra Aids 2007.....	30
Figura 3 - Carnaval 2008.....	30
Figura 4 - Dia Mundial da Luta contra Aids 2008.....	31
Figura 5 - Carnaval 2009.....	31
Figura 6 - Dia Mundial da luta contra Aids 2009.....	32
Figuras 7 e 8 - Carnaval 2010.....	33
Figura 9 - Dia Mundial da Luta contra Aids 2010.....	33
Figuras 10 e 11 - Carnaval 2011.....	34
Figura 12 - Dia Mundial da Luta contra Aids 2011.....	34
Figura 13 - Carnaval 2012.....	35
Figura 14 - Cidade de Barbacena	92
Figura 15 - Distância de Barbacena aos maiores centros do Sudeste e Distrito Federal.....	92
Figura 16 - Localização de Barbacena no mapa de Minas Gerais.....	93
Figura 17 - Barbacena e seus distritos.....	93
Figura 18 - Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz.....	94
Figura 19 - Museu da loucura no CHPB.....	95
Figura 20 - Grande Barbacena.....	97
Figura 21 - Festa das Rosas em Barbacena-MG.....	97
Figura 22 - Escola Preparatória de Cadetes do Ar.....	99
Figura 23 - Matriz Santuário de Nossa Senhora da Piedade.....	100
Figura 24 - Basílica de São José Operário.....	101
Figura 25 - Igreja do Rosário.....	101
Figura 26 - Cadeia Velha - construção do início do século XIX.....	101
Figura 27 - Solar dos Canedos.....	102
Figura 28 - Estação Ferroviária.....	102
Figura 29 - Brasão do município de Barbacena.....	104
Figura 30 - Mapa de localização dos Institutos Federais.....	107
Figura 31 - Escola Agrícola de Barbacena em 1940.....	109
Figura 32 - Selo comemorativo do Centenário da Instituição.....	110
Figura 33 - Prédio Sede do IF Sudeste de Minas Gerais <i>Câmpus</i> Barbacena.....	111
Figura 34 - Prédio Sede do IF Sudeste de Minas Gerais <i>Câmpus</i> Barbacena.....	111
Figura 35 - Núcleo de Agricultura.....	112
Figura 36 - Núcleo de Indústrias Rurais.....	112
Figura 37 - Núcleo de Zootecnia.....	112
Figura 38 - Vista noturna do Prédio Sede.....	113
Figura 39 - Categorias de palavras relacionadas à Aids.....	133
Gráfico 1 - Taxa de incidência (por 100.000 hab.) dos casos de Aids entre jovens de 13 a 24 anos segundo sexo por ano de diagnóstico e razão de sexos. Brasil, 1990-2009.....	21
Gráfico 2 - Distribuição proporcional dos casos de Aids em jovens de 13 a 24 anos do sexo masculino segundo categoria de exposição hierarquizada por ano de diagnóstico.....	22

Gráfico 3 - Taxa de incidência (por 100.000 hab.) dos casos de Aids segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2009.....	24
Gráfico 4 - Coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab.) dos casos de Aids, segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 1997-2009.....	25
Gráfico 5 - Produto Interno Bruto.....	94
Gráfico 6 - Idade dos participantes.....	120
Gráfico 7 - Religião.....	120
Gráfico 8 - Bens de consumo que a família possui.....	121
Gráfico 9 - Acesso e uso dos dispositivos – Rural/Urbano.....	122
Gráfico 10 - Primeira relação sexual Urbano/Rural – Masculino.....	123
Gráfico 11 - Primeira relação sexual Urbano/Rural – Feminino.....	123
Gráfico 12 - Importância da Virgindade – Rural/Urbano.....	124
Gráfico 13 - Número de parceiros nos últimos 6 meses Total de participantes.....	129
Gráfico 14 - Número de parceiros nos últimos 6 meses – Gênero.....	129
Gráfico 15 - Onde acontecem as relações sexuais Urbano/Rural.....	131
Gráfico 16 - Categorias das palavras associadas à palavra Aids Rurais/Urbanos.....	134
Gráfico 17 - Fontes de informação sobre a Aids – Rurais/Urbanos.....	143
Gráfico 18 - Fontes de informação mais confiáveis – Rural/Urbano.....	145
Gráfico 19 - Fontes de informação menos confiáveis – Rural/Urbano.....	146
Gráfico 20 - Como é possível contrair Aids – Urbano/Rural.....	152
Gráfico 21 - Meios em que os jovens gostariam de aprender sobre Aids Rural/Urbano.....	153

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Produção Pecuária e Produção Agrícola Municipal/2010.....	98
Tabela 2 - Cursos oferecidos pelo IF Sudeste – <i>Câmpus</i> Barbacena.....	110
Tabela 3 - Categorias das Palavras.....	137

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a. C	- Antes de Cristo
ABA	- Associação Brasileira de Antropologia
ABNT	- Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	- Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEFETs	- Centros Federais de Educação Tecnológica
CHPB	- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
DVDs	- Digital Versatile Disc (Disco digital versátil)
EPAMIG	- Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
EPCAr	- Escola Preparatória de Cadetes do Ar
FAPE	- Fundação de Apoio à Pesquisa, Ensino

	e Extensão da Escola Agrotécnica de Barbacena
FHEMIG	- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
H1N1	- Uma das linhagens do vírus influenza que ocasiona a “gripe A”
HIV	- Human Immunodeficiency Virus
HSH	- Homens que fazem sexo com homens
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IF	- Instituto Federal
IMA	- Instituto Mineiro de Agropecuária
MS	- Ministério da Saúde
MST	- Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
GM	- Gabinete do Ministro
OIJ	- Organização Ibero-Americana da Juventude
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONGs	- Organizações não governamentais
PEP	- Profilaxia Pós-exposição
PS	- Profissionais do Sexo
SEBRAE	- Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SEMTEC	- Secretaria de Educação Média e Tecnológica
SENAC	- Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAR	- Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SETEC	- Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
SIDA	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPE	- Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	- Sistema Único de Saúde
TIC's	- Tecnologias da Informação e da Comunicação
TV	- Televisão
UDI	- Usuários de drogas ilícitas
UFV	- Universidade Federal de Viçosa
UNEDS	- Unidades Descentralizadas de Ensino
UNESCO	- United Nations Education Science and Culture Organization
UNIFLOR	- Cooperativa União Barbacenense dos Floricultores
UTFPR	- Universidade Tecnológica Federal do Paraná

RESUMO

SILVA, Margarete Moreira Coutinho e, M. Sc. Universidade Federal de Viçosa, outubro de 2012. **Juventude rural e as representações sobre a Aids**. Orientadora: Sheila Maria Doula.

A presente dissertação está inserida na linha de pesquisa “Identidades e Representações Sociais” e tem como objetivo analisar as representações de jovens rurais sobre a Aids a partir das interações culturais rurais/urbanas e das formas de socialização juvenis. Considera-se a intensificação da relação campo/cidade proporcionada pela crescente facilidade de acesso através, principalmente, dos meios de comunicação e transporte e pelo movimento migratório. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário a 131 alunos rurais e urbanos do Ensino Médio integrado ao Curso Técnico em Agropecuária do IF Sudeste de Minas Gerais - *Câmpus* Barbacena. A análise dos dados foi realizada através da elaboração de gráficos e descrição em forma de texto. A análise do conteúdo das representações foi feita a partir de palavras-chave ou núcleo de ideias principais que apareceram repetidas de forma regular entre todos os entrevistados. A pesquisa revela, dentre outras coisas, que os jovens rurais estão tendo acesso à informação a partir das mesmas ferramentas de comunicação acessadas pelos jovens urbanos, porém a informação, sozinha, não se traduz em conhecimento que seja capaz de provocar mudanças de atitudes frente à Aids, tornando-se necessário ser acompanhada de uma abordagem interativa que leve em conta a diversidade, o contexto sócio-econômico-cultural dos jovens e a condição de vulnerabilidade social a que estão expostos. Conclui-se que a escola e a família exercem um papel fundamental na sensibilização para a tomada de decisões e que a escola, particularmente, é considerada pelos alunos como uma instituição de grande confiabilidade para o aprendizado dos mecanismos de prevenção da Aids.

ABSTRACT

SILVA, Margarete Moreira Coutinho e, M. Sc. Universidade Federal de Viçosa, October 2012. **Rural youth and representations about AIDS**. Advisor: Sheila Maria Doula.

This dissertation is entered in the search line "Identities and Social Representations" and aims to analyze the representations of rural youth about AIDS from cultural interactions rural/urban and juvenile forms of socialization. It is considered the intensification of the relationship countryside/city afforded by the growing ease of access primarily through the means of communication and transport and migration movement. For data collection, a questionnaire was administered to 131 students from rural and urban school integrated with the Agricultural Technical Course in IF Southeast Minas Gerais - Campus Barbacena. Data analysis was performed using the graphing and description in text form. A content analysis of the representations was made from keywords or main core ideas that appeared regularly repeated among all respondents. The research reveals, among other things, that rural youth are having access to information from the same communication tools accessed by urban youth, but information alone does not translate into knowledge that is capable of causing changes in attitudes towards AIDS, making it necessary to be accompanied by an interactive approach that takes into account diversity, socio-economic and cultural development of young people and the condition of social vulnerability to which they are exposed. We conclude that the school and the family play a key role in raising awareness of decision making and that the school, in particular, is considered by students as an institution of high reliability for learning mechanisms of AIDS prevention.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Capítulo 1 AIDS	9
1.1 Aids: Definições e aspectos sociais	9
1.2 Um breve histórico da Aids no mundo	13
1.3 As tendências de uma epidemia	16
1.4 A incidência e a prevalência do HIV no Brasil	19
1.4.1 Aids em jovens de 13 a 24 anos de idade	20
1.4.2 Políticas públicas como mecanismos de prevenção ao HIV/ Aids	25
1.4.3 Campanhas governamentais veiculadas na mídia	28
Capítulo 2 - AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	38
2.1 O conceito de representações sociais	38
2.2 As representações sobre a doença e a cura	41
2.3 A representação sob o viés da sexualidade e da Aids	46
2.4 Mudanças na representação: dos grupos de risco à condição de vulnerabilidade	49
2.5 Representações sobre a Aids	55
Capítulo 3 JUVENTUDE RURAL	61
3.1 O contexto de uma nova ruralidade: de que rural estamos falando?	62
3.2 O que é ser jovem: multifaces de um conceito	68
3.3 A Juventude no contexto contemporâneo	73
3.4 Pensando a juventude rural	79
3.5 Juventude rural e sexualidade	84
Capítulo 4 UNIVERSO EMPÍRICO	91
4.1 Barbacena: entre as rosas e os loucos	91
4.2 Trajetória histórica de Barbacena: o caminho do ouro	103
4.3 O IF Sudeste MG – <i>Câmpus</i> Barbacena	106
4.4 O Curso Técnico em Agropecuária	113
Capítulo 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	119
5.1 As relações sexuais	122
5.2 Sobre a Aids	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
ANEXOS.....	168

INTRODUÇÃO

No final do século XX, quando, aos olhares da biomedicina, pareciam controladas as causas e os meios de tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, a Aids surgia como uma doença enigmática e incurável, dilacerando vidas, disseminando-se rapidamente na população e apresentando-se como um desafio a ser compreendido e vencido. Desse modo, a Aids trouxe consigo novos discursos, novos posicionamentos a respeito dos comportamentos, sobretudo aqueles relacionados à sexualidade e às relações íntimas. A iminência do perigo representado principalmente pelo mistério que a envolvia, assim como o perfil social das primeiras vítimas, fez com que as representações dos indivíduos sobre a doença tomassem um aspecto social preconceituoso, fato que pode ser observado ainda hoje nos discursos que se reproduzem em todos os segmentos das sociedades, passadas três décadas, mesmo após identificados os mecanismos de prevenção e instituído o tratamento, ainda que não se tenha uma perspectiva de cura.

O nosso objetivo principal neste trabalho é realizar uma análise das representações dos jovens sobre a Aids, em especial os jovens rurais, a partir das interações culturais rurais/urbanas e das formas de socialização juvenis, trazendo uma discussão sobre como essas representações se materializam nas ações cotidianas e nas tomadas de decisões em relação ao exercício da sexualidade e à sua proteção.

Veremos, sob a ótica dos estudos sobre a juventude rural, que existe hoje um movimento de estreitamento das distâncias entre o rural e o urbano e que há espaço para a reflexão sobre o processo de “interiorização” da Aids dado o aumento de possibilidades de adoção de novas práticas e estilos de vida superpostos, notadamente entre os jovens rurais. Estes são marcados, como veremos, por tendências migratórias e constituem a parcela da população rural que obtêm emprego nas atividades agrícolas sazonais ou nos serviços urbanos não especializados, num movimento pendular entre cidade e campo. Vale lembrar que, além de emprego, os jovens rurais intensificam o fluxo campo/cidade em busca de educação e lazer, aumentando as possibilidades de exposição a doenças.

Alguns estudos sobre juventude rural demonstram que o jovem rural é, antes de tudo, jovem, ou seja, há um compartilhamento intrageracional das formas de

sociabilidade e das visões de mundo em sentido mais amplo. A diminuição das distâncias, também por força dos meios de comunicação tão abrangentes e acessíveis hoje no meio rural, permite maior possibilidade de os jovens obterem informações sobre diversos assuntos e os insere no mundo globalizado, tornando-os mais próximos dos jovens residentes nos espaços urbanos, vencendo as fronteiras da dicotomia rural/urbano referentes ao imaginário e às práticas sociais.

Vale destacar que os jovens rurais dispõem atualmente de uma rede de ensino formal mais acessível, com conteúdo de cunho universalista, no qual se insere o tema transversal da sexualidade e das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Também se pode afirmar que a juventude rural, em medidas variáveis de abrangência e eficácia, é beneficiária de políticas públicas que visam disseminar informações sobre as DST e a gravidez na adolescência, dois “riscos” que, ao lado da violência, colaboram para a representação da juventude brasileira contemporânea como “problema social”.

Destas reflexões partem as nossas questões de pesquisa. Considerando a disparidade social, as diferenças de ordem territorial e econômicas que vem influenciando na disseminação da Aids, a forma como o HIV se propaga na nossa população e o entendimento que as pessoas alcançam sobre a doença, através de quais mecanismos as populações residentes no meio rural, em especial o segmento juvenil, tem recebido informações acerca da doença e como tem percebido as suas próprias vulnerabilidades diante da possibilidade de contágio? De que maneira a aproximação com o meio urbano afeta as representações dos jovens rurais no que diz respeito à vivência da sexualidade e à proteção contra a Aids? Quais fontes de socialização (família, escola, meios de comunicação de massa, grupos de jovens ou instituições públicas) são consideradas pelos jovens rurais como mais confiáveis e eficientes para adquirir conhecimentos sobre a Aids? Trata-se de discutir se as informações relacionadas à prevenção e ao conhecimento das formas de contágio do HIV/Aids estão alcançando a juventude rural e através de quais meios o jovem tem maior contato com o tema.

Hipoteticamente, e com base na revisão bibliográfica sobre o tema, acreditamos que os jovens participantes da pesquisa iniciam cedo a vida sexual e que tão somente as informações de que dispõem sobre os mecanismos de prevenção do HIV/Aids, assim como de outras doenças sexualmente transmissíveis, talvez não sejam o suficiente para

que as práticas preventivas sejam internalizadas e incorporadas em seu cotidiano. A pesquisa permite descrever o perfil dos alunos envolvidos para sugerir intervenção esclarecedora, compreendedora e/ou intensificadora, de acordo com seus resultados.

Nesse sentido, constituem-se como nossos objetivos específicos analisar a avaliação que jovens rurais fazem sobre os diferentes veículos de informação e conhecimento a respeito das formas de transmissão e prevenção da Aids; identificar a influência do contato com estilos de vida urbanos na representação sobre a doença e nas atitudes preventivas.

Os jovens participantes desta pesquisa são parte do universo empírico que nos possibilitou e nos impulsionou ao seu empreendimento. São jovens rurais e urbanos, estudantes, alunos do curso Técnico em Agropecuária Integrado ao Ensino Médio do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais – *Câmpus Barbacena*.

Uma das motivações para o trabalho em questão são as evidências científicas¹ que indicam que a idade de iniciação sexual tem se reduzido e o número de casos de Aids na população jovem é crescente, sendo que a via de transmissão sexual responde pela maior parte dos casos registrados, seguida da via sanguínea, geralmente decorrente do uso de drogas injetáveis. Também sugerem as pesquisas que os jovens estão vulneráveis ao risco da prática sexual ingênua e das fantasias das sensações efêmeras proporcionadas pela intensificação das relações e pela banalidade dos contatos íntimos característicos da pós-modernidade. Outra motivação é a contribuição social que pode resultar deste trabalho, atendendo a um objetivo último, qual seja, de apresentar resultados que possam auxiliar na tomada de decisão para a sensibilização de jovens sobre o tema em análise dentro do ambiente escolar através, por exemplo, da inclusão de temas relacionados à sexualidade e prevenção de doenças no projeto político pedagógico da escola.

O presente trabalho também se justifica na constatação, através de pesquisas, de que a escola deve constituir-se como espaço de diálogo entre os adolescentes, colaborando para que eles possam superar a situação de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção pelo HIV/Aids e também à gravidez não planejada. Entende-se, portanto, que a educação para a saúde e a orientação sexual na

1 - Ver: VIEIRA, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; SILVA, 2007; CAMARGO e FERRARI, 2009.

escola podem contribuir para o exercício do pensamento crítico nas tomadas de decisões e abrir espaço para que o jovem possa perceber as questões sobre sexualidade à sua volta sob a ótica e os sentidos do grupo e de seus educadores/facilitadores de forma didática e responsável.

Além disso, a emergência das discussões sobre o meio rural brasileiro, o perfil historicamente agropecuário da instituição de ensino posta como universo empírico da pesquisa, o convívio da pesquisadora com os jovens em seu exercício profissional no Setor de Enfermagem do IF Sudeste MG – *Câmpus* Barbacena, o fenômeno da Aids como um tema polêmico que envolve a juventude e a proposta do Mestrado em Extensão Rural da Universidade Federal de Viçosa foram ingredientes incontestáveis para se justificar a pertinência do projeto empreendido e para motivar a sua execução.

No primeiro capítulo deste trabalho abordaremos o aparecimento da Aids no mundo, seus aspectos biológicos e sociais, tomando inicialmente a trajetória da juventude a partir da década de 60 com as mudanças de comportamento alavancadas por aquele momento histórico. Veremos como a Aids se disseminou pelo mundo, vencendo as barreiras sociais, quando acreditava-se que ela estaria restrita a pequenos grupos, e quais as tendências do curso atual da doença que tem se alastrado nas camadas mais desfavorecidas da sociedade, num processo de pauperização da doença. Veremos também, em números, a incidência e prevalência da Aids nas distintas faixas etárias no Brasil, em especial na faixa etária dos 13 aos 24 anos, assim como o esforço das esferas públicas na adoção de políticas de prevenção e controle.

No segundo capítulo buscaremos primeiramente compreender as definições das representações sociais perpassando por alguns dos seus principais teóricos, procurando demonstrar a importância e a aplicabilidade dessa “ciência do senso comum” como uma ferramenta que possibilita a compreensão dos valores e das relações humanas na sociedade em suas várias nuances. Isto posto, realizaremos, então, um breve levantamento histórico das representações sobre as doenças nas sociedades e da influência do imaginário e do simbólico nos posicionamentos individuais e coletivos em seu enfrentamento. Voltando o olhar para as representações sobre a Aids, consideramos pertinente analisarmos o ideário social que culminou com a segregação dos “grupos de risco”, assim como as mudanças ocorridas ao longo da manifestação da doença em todos os segmentos da sociedade, influenciadas, dentre outras coisas,

principalmente pelo discurso médico.

A compreensão do significados de “juventude” e de “rural” é de primordial importância para o nosso trabalho e apresenta-se como um dos desafios para prosseguirmos. Desafio por serem conceitos pouco palpáveis e igualmente sujeitos a interpretações ambíguas que tornam melindrosas as abordagens. Afinal, de quem estamos falando? Como nos dirigirmos ao universo rural? Como compreendermos os dilemas da juventude? Somente após tentarmos nos inteirar sobre esses significados nos aventuramos em abordar a “juventude rural”, que une em si esse tão complexo par metamorfósico representado pelas transformações constantes do espaço rural e pelas transformações pessoais intrínsecas ao ser, se tornar ou ao vir a ser (deixar de ser jovem), que traz implicações nas percepções do mundo e do meio ao seu redor. São essas questões que pretendemos elucidar (ou ao menos apontar um caminho) através de concepções teóricas examinadas no terceiro capítulo de nossa pesquisa.

No quarto capítulo apresentaremos o nosso universo empírico, aproximando o leitor das características estruturais e sócio econômicas da cidade de Barbacena- MG, onde localiza-se um dos *Câmpus* do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais, do qual também falaremos em detalhes, procurando voltar o nosso olhar para o curso Técnico em Agropecuária Integrado ao Ensino Médio onde, finalmente, se encontram os nossos jovens participantes da pesquisa.

Enfim, no quinto capítulo procederemos a análise dos dados da pesquisa, buscando encontrar neles as respostas para as questões colocadas ou os caminhos que nos levem a alcançá-las.

PERCURSO METODOLÓGICO

Para fins deste estudo utilizamos uma abordagem quantitativa e qualitativa com base na Teoria das Representações Sociais valendo-nos das representações cognitivas descritas por Deschamps e Moliner (2009). Trata-se de estudo do tipo descritivo-exploratório por meio de corte transversal, utilizando como métodos a revisão bibliográfica sobre as categorias analíticas: Aids, Representações Sociais e Juventude Rural, a análise documental e a coleta de dados através de questionário (Anexo B) e

entrevistas.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, tendo sido analisado e aprovado sob o aspecto ético, conforme Ofício nº 209/2011/Comitê de Ética (Anexo A).

O universo empírico escolhido foi a cidade de Barbacena – MG, mais precisamente o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais – *Câmpus* Barbacena, e o público participante foram os alunos rurais e urbanos do Curso Técnico em Agropecuária Integrado ao Ensino Médio da referida instituição. Foi feito consentimento por escrito da Instituição de Ensino autorizando a pesquisa em suas dependências.

Escolhemos o curso pela sua natureza agropecuária e por atrair um grande número de alunos de origem rural (em torno de 50% nos últimos anos). Porém observamos, por motivos ainda não pesquisados, que no ano de 2012 foi consideravelmente reduzido o número de jovens rurais ingressos no primeiro ano do curso, haja visto que a turma com maior número de jovens rurais no primeiro ano só contava com cinco deles (em torno de 15%). Foram eleitas para a pesquisa as turmas com maior número de jovens rurais em cada série, a partir do levantamento de dados na Secretaria Escolar, tendo sido verificadas as fichas de matrículas onde figuram respondidas as questões sobre o local de moradia: rural ou urbano.

A participação dos alunos foi espontânea e os participantes foram esclarecidos em relação aos seus direitos, preservação do anonimato e sigilo de seu depoimento, sendo em seguida solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo C) e do Código de Ética da Associação Brasileira de Antropologia² (ABA). O termo também foi assinado pelos pais ou responsáveis pelos alunos menores.

Foi aplicado o questionário aos jovens rurais e urbanos da primeira série B, da segunda série A, da terceira série A e da quarta série única do curso Técnico em

2- Constituem direitos das populações que são objeto de pesquisa a serem respeitados pelos antropólogos:

1. Direito de ser informadas sobre a natureza da pesquisa.
2. Direito de recusar-se a participar de uma pesquisa.
3. Direito de preservação de sua intimidade, de acordo com seus padrões culturais.
4. Garantia de que a colaboração prestada à investigação não seja utilizada com o intuito de prejudicar o grupo investigado.
5. Direito de acesso aos resultados da investigação.
6. Direito de autoria das populações sobre sua própria produção cultural.

Fonte: www.abant.org.br

Agropecuária Integrado ao Ensino Médio, perfazendo um total de 131 alunos. Destes, 91 alunos urbanos e 40 alunos rurais. Dos alunos urbanos, 54 são de sexo masculino e 37 são de sexo feminino e entre os rurais, 24 são de sexo masculino e 16 são de sexo feminino. A classificação dos alunos como rurais e urbanos ocorreu a partir da autodeclaração em relação ao seu local de residência como resposta a uma das questões, tendo eles sido previamente orientados pela pesquisadora sobre ser o local onde residem com a família (rural ou urbano) e descrito o nome da cidade (ou localidade) onde residem como resposta a outra questão. Foi observado pela pesquisadora pelo menos dois alunos residentes em cidades de forte característica rural, filhos de agricultores, que se declararam urbanos. O contrário não ocorreu. A maioria masculina da população envolvida na pesquisa deve-se também à natureza do Curso Técnico em Agropecuária Integrado ao Ensino Médio que, historicamente, atrai maior número de alunos do sexo masculino.

Os questionários foram aplicados aos alunos do primeiro, segundo e terceiro anos dentro da sala de aula no prédio sede da escola, no horário de uma hora/aula cedido pela professora de biologia, no mês de maio do ano de 2012. Para o quarto ano, o questionário foi aplicado na sala de aula do Núcleo de Agricultura da escola, no horário de uma hora/aula cedido pelo professor de Fruticultura, também no mês de maio de 2012, todos com acompanhamento e orientação da pesquisadora. O questionário foi composto por 31 questões estruturadas e semi estruturadas, divididas em três blocos: Dados Socioeconômicos, Relações Sexuais e Aids.

As entrevistas foram feitas no mês de agosto de 2012. Participaram deste procedimento três professoras da disciplina de Biologia e dois ex-servidores e ex-alunos da escola. As entrevistas foram registradas com o uso de gravador e os entrevistados também foram esclarecidos em relação aos seus direitos, sendo também solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A transcrição das entrevistas foi feita pela própria pesquisadora, com exceção da entrevista de uma das professoras de biologia que, por dificuldade de disponibilidade de horários da professora, foi respondida através da escrita e enviada à pesquisadora por e-mail. As entrevistas foram utilizadas para a composição do universo empírico e se referiam ao histórico de assistência à saúde dos alunos na escola e aos conteúdos sobre Aids repassados a estes no ensino formal dentro de sala de aula.

A análise quantitativa dos dados foi realizada através da elaboração de gráficos e interpretação em forma de texto a partir de cada variável. A análise qualitativa dos conteúdos foi feita a partir de palavras chave ou núcleo de ideias principais que apareceram repetidas de forma regular entre todos os entrevistados. As palavras foram separadas em grupos de semelhanças de significado entre elas de acordo com a avaliação da pesquisadora, tendo sido classificadas em oito categorias que se configuram como elementos da representação social sobre a Aids. A porcentagem de evocação foi calculada de acordo com o total de palavras evocadas por todos os alunos.

CAPÍTULO 1

AIDS

Em todo jogo há vencedores e perdedores. No jogo chamado liberdade, todavia, a diferença tende a ser toldada ou completamente obliterada. Os perdedores são consolados pela esperança de uma próxima etapa vitoriosa, enquanto a alegria dos vencedores é nublada pela premonição da perda. A ambos, a liberdade indica que nada foi estabelecido para sempre e que a roda da fortuna ainda pode virar ao contrário.

Zygmunt Bauman (1998:246)

1.1 Aids: Definições e aspectos sociais

Talvez a palavra liberdade seja uma boa aliada para ajudar-nos a escrever estas primeiras linhas sobre a Aids. Todavia, esta palavra, com toda sua carga de significados e contextos, esteve marcadamente presente nos discursos e nas atitudes juvenis nos anos que precederam o aparecimento da Aids no mundo, no início da década de 80. Portanto, antes de falarmos propriamente sobre Aids, convidamos o leitor a voltar um pouco no tempo na tentativa de resgatar alguns fatos do momento histórico das décadas de 60 e 70 que nos permitam refletir sobre as intensas mudanças de comportamento dos jovens a partir desse período e instigarmos o nosso pensamento a buscar correlações com os acontecimentos *a posteriori*.

Os movimentos juvenis populares que ganharam força no final da década de 60 se configuraram historicamente como uma alavanca impulsionadora de mudanças comportamentais na sociedade ocidental. Segundo Cardoso (2005), esses movimentos tiveram como característica a “transgressão de padrões de valores estabelecidos e a afirmação de novos valores”. Cardoso afirma que:

As grandes manifestações de massa contra a guerra do Vietnã, as lutas contra a discriminação racial e as manifestações estudantis nos Estados Unidos, o "maio de 68" na França, os movimentos estudantis

que irromperam em diversos países do mundo e a Primavera de Praga foram interpretados como expressão de uma "rebelião mundial", pela sua extensão, pela aproximação dos ideais, pelas práticas políticas semelhantes e pela participação em massa de jovens. Rompendo com as práticas políticas tradicionais, essas manifestações propunham uma "nova definição de revolução", mantendo o nome herdado da tradição, porém redefinindo seu significado e sua prática. Pode-se dizer, sem entrar na discussão conceitual que envolve a noção de revolução na tradição moderna e nas novas formas de expressão assumidas pelos movimentos sociais dos anos de 1960, que estava ocorrendo, naquele momento, uma "experiência de revolta", como movimento de questionamento da concepção e das práticas das experiências históricas da tradição revolucionária moderna (CARDOSO, 2005: 95).

Esses movimentos juvenis, posteriormente chamados de movimentos de contracultura, denotavam a revolta da juventude contra o poder da guerra, da violência, do racismo, do capitalismo, pregando ideais de liberdade e de transformação da sociedade. As manifestações de descontentamento e desobediência aos valores estabelecidos levavam os jovens a levantarem questionamentos sobre vários aspectos da sociedade como a política, as artes, a sexualidade e o casamento.

As reivindicações da juventude e as mudanças comportamentais nesse período incluíam, dentre outras coisas, a aceitação da homossexualidade como um direito; a prática de relações sexuais "puras" (sem envolvimento afetivo), principalmente encorajadas pela invenção da pílula anticoncepcional; o uso de drogas psicodélicas como a maconha e o LSD "usadas como porta de acesso para outro estágio de consciência" e como uma forma de disseminar a paz e o amor; a aceitação do casamento aberto, onde o casal poderia sentir-se livre para manter relações extraconjugais e o movimento hippie indicando o "verdadeiro caminho para a felicidade". Dentre outras questões de caráter político e num contexto de lutas em busca de ideais sociais, a juventude, em especial os universitários, buscava o amor livre, não regulado pela lei e rejeitava o casamento como uma forma de aprisionamento emocional (DIAS; 2003: 102). As palavras de Dias (2003) nos auxiliam a compreender melhor o que se passava com a juventude naquele momento:

Para boa parcela dos jovens rebeldes de então, que chegava ao mundo disposta a *botar pra quebrar*, a família como modelo *já era*. Disso tínhamos certeza. Nada, porém teria saído do lugar, mesmo que nossos hormônios fervessem como o Vesúvio, se não tivesse acontecido um fato concreto: a chegada da pílula em 1960, provocando, inclusive, um

corde no tempo. O mundo ficou dividido em *antes* da pílula, que era tudo aquilo que conhecíamos como vida até então; e o que descobriríamos *depois* do milagroso advento, capaz de operar tal transformação em nosso comportamento... Podíamos transar, enfim, oh céus, sem *grilos*, não fosse a total falta de referências de como devíamos nos comportar a partir de então, já que os modelos de papai e mamãe não nos serviam mais. ... O mundo se apresentava como um lugar extraordinário para se viver, e nós éramos levados por uma avassaladora urgência e queríamos mais, muito mais do que uma “biografia pobre”, feita de casamento e frustração (DIAS; 2003: 24, grifos da autora).

Sobre estes aspectos, Cardoso analisa o “peso desmedido da herança da geração dos anos de 1960 sobre a geração de jovens de hoje” afirmando que a identificação com essas liberações “produz uma crença imaginária na sua efetividade” (CARDOSO, 2005: 103). Segundo a autora, talvez a mais recorrente dessas liberações seja a liberação sexual, mas também aponta outra característica da geração dos anos 60 que representa um grande peso na juventude de hoje, que é a onipotência como “indicativo das perspectivas de abolição de limites, a partir do que se imaginava uma "liberdade ilimitada do desejo": a imaginação (ilimitada do desejo) no poder” (CARDOSO, 2005: 104).

Em 2004, Zygmunt Bauman, em seu livro “Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos”, fazendo uma leitura sobre o comportamento nas relações afetivas, afirma que “a definição romântica do amor como “até que a morte nos separe” está decididamente fora de moda, tendo deixado para trás seu tempo de vida útil em função da radical alteração das estruturas de parentesco às quais costumava servir e de onde extraía seu vigor e sua valorização”(BAUMAN; 2004:10). Bauman afirma que, hoje, os padrões de amor foram baixados e “noites avulsas de sexo são referidas pelo codinome de *fazer amor*”. Sobre o desejo, Bauman afirma que, como em um shopping, os consumidores não buscam satisfazer a um desejo, mas sim a um impulso:

Dizer "desejo" talvez seja demais. É como num shopping: os consumidores hoje não compram para satisfazer um desejo... — compram *por impulso*. Semear, cultivar e alimentar o desejo leva tempo (um tempo insuportavelmente prolongado para os padrões de uma cultura que tem pavor em postergar, preferindo a "satisfação instantânea"). O desejo precisa de tempo para germinar, crescer e amadurecer. Numa época em que o "longo prazo" é cada vez mais curto, ainda assim a velocidade de maturação do desejo resiste de modo obstinado à aceleração... Nos dias de hoje, os shopping centers

tendem a ser planejados tendo-se em mente o súbito despertar e a rápida extinção dos impulsos, e não a incômoda e prolongada criação e maturação dos desejos... No caso das parcerias, e particularmente das parcerias sexuais, seguir os impulsos em vez dos desejos significa deixar as portas escancaradas "a novas possibilidades românticas" que podem ser "mais satisfatórias e completas" (BAUMAN; 2004:10).

Para Bauman, vivemos em uma sociedade do consumo e isso se reflete nas relações afetivas. Os consumidores bem sucedidos não necessitam se apegarem aos produtos. Antes que o tédio se instale sobre o uso do produto adquirido, eles terão providenciado a sua troca. Há, ainda, por parte dos vendedores a promessa da devolução do dinheiro se não houver satisfação por parte do cliente. Para o autor, as relações sexuais são também influenciadas pelo padrão de consumo. “O "sexo puro" é construído tendo-se em vista uma espécie de garantia de reembolso — e os parceiros do "encontro puramente sexual" podem se sentir seguros, conscientes de que a inexistência de "restrições" compensa a perturbadora fragilidade de seu engajamento”. O autor afirma que essa cultura consumista favorece o prazer efêmero, a busca de resultados sem esforços prolongados, a oferta falsa, porém desejada, de se aprender a arte de amar através da “experiência amorosa” que fascina e seduz, sem o ônus inerente à condição de amante (BAUMAN; 2004:33).

Porém, nesse contexto de liberdade sem limites em uma cultura consumista do amor é que surge e prevalece a Aids, que ergueu-se impetuosa, preponderante, misteriosa e mortal, restringindo a liberdade das escolhas (ou da não necessidade de escolha). Sobre este aspecto Bauman afirma que:

Graças a um inteligente estratagema publicitário, o significado vernáculo de "sexo seguro" foi recentemente reduzido ao uso de preservativos. O slogan não seria o sucesso comercial que é se não atingisse um ponto sensível de milhões de pessoas que desejam que suas explorações sexuais sejam garantidas contra consequências indesejáveis (já que incontroláveis)... Com efeito, usar preservativo protege os parceiros sexuais de serem infectados pelo HIV. Mas essa infecção não é senão uma das muitas consequências imprevistas e certamente não-negociadas dos encontros sexuais que tornam o *homo sexualis* desejoso de que o sexo seja "seguro". Tendo escapado de um porto exíguo, embora controlado para navegar por águas inexploradas, sem mapa nem bússola, o sexo começou a ser visto como decididamente "inseguro" bem antes que a descoberta da Aids fornecesse o rótulo e o ponto focal para temores difusos e inominados (BAUMAN; 2004:33).

Peter Stearns (2010), em “História da sexualidade”, converge com Bauman, afirmando que a partir das décadas de 1950 e 1960 iniciou-se uma nova cultura, principalmente com novos tipos de controle de natalidade e com a busca do prazer sexual destituído da relação com a procriação. O autor também considera que “a abertura sexual passou, cada vez mais, a ser associada ao consumismo global” e que houve, nesse sentido, “inevitáveis aspectos negativos” como o turismo sexual e a exploração internacional de mulheres, além de um novo nível de doenças sexualmente transmissíveis (STEARNS; 2010: 227). Stearns afirma, ainda, que os estudos de doenças como a sífilis, nas décadas anteriores, juntamente com a descoberta de novos medicamentos e “modernos métodos de combate à doenças sexualmente transmissíveis”, viabilizaram a eficácia de tratamentos com um custo reduzido para várias doenças venéreas “importantes e tradicionais” (STEARNS; 2010: 241).

Em suma, na década de 1960 tudo indicava que algumas das tradicionais restrições biológicas ao sexo, na forma de doenças de tratamento difícil e doloroso, estavam se atenuando, com a diminuição dos casos de gravidez indesejada. Esse foi apenas um momento na história mundial, visto que infecções virais, do herpes genital a uma nova moléstia, a Aids, rapidamente se configuraram em um novo conjunto de ameaças (STEARNS; 2010: 241).

No próximo item esboçaremos um breve histórico da trajetória da Aids no mundo desde a sua manifestação na década de 80 até os dias de hoje, para compreendermos um pouco melhor as implicações dessa doença que se tornou uma ameaça constante para a humanidade.

1.2 Trajetória da Aids no mundo

Guerras, conflitos, tempestades, terremotos e maremotos que assolam populações inteiras não parecem produzir nas pessoas tanto temor quanto o indício de uma nova doença contagiosa. Perder a vida em embates, defendendo a pátria ou como vítima inocente de um capricho dos fenômenos da natureza chega até mesmo a ser visto como um ato de heroísmo e motivo de orgulho e compaixão pela sociedade. Entretanto, quando se pensa no infortúnio causado por um mal físico contagioso, é fácil constatar,

na história da humanidade, a grande repulsa das pessoas frente a possibilidade de convívio próximo com o outro acometido.

Por muito tempo a doença física foi vista, entre outras coisas, como um castigo divino. Isso proporcionava ao indivíduo doente, para além do sofrimento físico, um sofrimento moral por ser ele um pecador e, portanto, merecedor da moléstia, além de sofrer a segregação, a estigmatização e a discriminação por parte da sociedade. São exemplos históricos das grandes epidemias a lepra, a sífilis, a peste negra e a gripe espanhola. Sobre essas e outras representações da doença trataremos mais detalhadamente no Capítulo 2 deste trabalho.

Com o passar do tempo, com o avanço nas pesquisas na área de saúde, com a descoberta de novos medicamentos e métodos de prevenção e com as campanhas de vacinação em massa, muitas das doenças que antes, ao serem contraídas, representavam risco iminente de morte para a o indivíduo, passaram a ser tratáveis e curáveis e, portanto, menos assustadoras e menos temidas pela sociedade. Entretanto, há pouco mais de três décadas o aparecimento da Aids como uma doença misteriosa e nefasta preocupa toda população e torna-se, rapidamente, uma pandemia.

Em 1981, “num momento histórico em que, ao menos para os países desenvolvidos, as grande epidemias, com toda sua carga de letalidade, eram consideradas coisa do passado”, surge uma nova e atemorizante doença que se manifestou primeiramente em homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis. A partir do conjunto característico de sintomas apresentados pelas pessoas contagiadas, em breve período de tempo a doença, após passar por algumas denominações preliminares, foi denominada Aids (SIDA) - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (CAMARGO JR.; 1994: 45).

Notificam-se casos, nos Estados Unidos, da ocorrência de um tipo de câncer (Sarcoma de Kaposi) e pneumonia por *Pneumocistis carinii* em jovens homossexuais masculinos. Essas doenças, até então, eram comuns de serem diagnosticadas em pessoas mais idosas ou com algum comprometimento do sistema imunológico.

A preferência sexual dos pacientes descritos, por sua vez, pareceu ser o suficiente para caracterizá-los como parte de um mesmo grupo, como se a homossexualidade fosse por si só um fator de homogeneização suficiente. Este vínculo com a homossexualidade, precocemente estabelecido, estende suas marcas ao longo de todo o

período, a ponto de “homossexualidade” e “Aids” terem se tornado sinônimo para muitos (CAMARGO JR.; 1994:64).

Começaram a aparecer infecções oportunistas em haitianos que residiam nos Estados Unidos, e pessoas portadoras de *hemofilia A* manifestaram a pneumocistose, o que fez com que a doença fosse chamada, durante algum tempo, “a doença dos quatro H: homossexuais, hemofílicos, haitianos e heroínômanos (como representantes dos usuários de drogas injetáveis), aos quais alguns ainda acrescentavam um quinto H: *hookers* (prostitutas)” (CAMARGO JR.; 1994: 65).

Em 1982 já se faz referência a grupos de risco e o surgimento de casos “inexplicáveis” em crianças, assim como a contaminação da esposa de um hemofílico, apontavam para a transmissão não sexual e para a transmissão heterossexual da doença (CAMARGO JR.; 1994: 67).

Com o crescimento do número de casos da doença, acometendo profissionais de saúde e pacientes transfundidos, o que reforçava a hipótese de transmissão sanguínea, e após inúmeras especulações no meio médico/científico sobre possíveis etiologias da Aids, em 1985 é descoberto o agente etiológico: um vírus denominado HIV. E também já se afirma que o contágio se dá por transferência de sangue ou hemoderivados, contato sexual ou por transmissão vertical (da mãe para o bebê). O termo grupo de risco foi perdendo gradativamente a importância e dando lugar ao termo “comportamento de risco” tendo em vista a vulnerabilidade universal ao vírus e as diferentes formas de transmissão (CAMARGO JR.; 1994: 107-138). Um conceito científico abrangente do HIV/Aids foi elaborado por Bartlett:

“A infecção pelo HIV é uma doença viral crônica caracterizada pelo progressivo enfraquecimento imunológico. O dano imunológico pode ser diretamente medido através da determinação de subpopulações linfocitárias, especificamente o número absoluto e porcentagem de linfócitos CD4 (ou T- *helper*). O linfócito CD4 é o alvo primário da infecção pelo HIV, e os declínios em número e percentual dos linfócitos CD4 correlacionam-se muito proximamente com a progressão clínica da infecção pelo HIV. Deve ser enfatizado que a infecção pelo HIV é uma doença crônica com intervalo mediano de aproximadamente 10 anos entre a infecção aguda e a progressão à Aids. A Aids plenamente desenvolvida é uma síndrome clínica definida pela ocorrência de infecções oportunistas e neoplasias como complicações e de severos sintomas relacionados ao HIV. É simplesmente uma manifestação clínica do déficit imunológico subjacente e representa o estágio terminal de muitos anos de dano

imunológico progressivo. Uma vez que o indivíduo tenha tido Aids diagnosticada, existe uma série antecipada de complicações que podem ocorrer. Grosseiramente estas podem ser caracterizadas em complicações relativamente precoces e tardias. Embora avanços significativos tenham sido feitos no tratamento da Aids e de suas complicações, ela persiste como uma doença fatal” (BARTLETT *apud* CAMARGO JR.; 1994: 162).

1.3 As tendências de uma epidemia

A Aids, por sua magnitude, tornou-se tema de discussões, investigações e pesquisas em várias áreas do conhecimento. Médicos, antropólogos, sociólogos, psicólogos, pedagogos e outros profissionais se dedicam, desde a década de 80, ao estudo das diversas formas de “adoecimento” (físico, psíquico, moral, social, familiar, econômico) que se manifestam no âmbito da vida dos indivíduos e das relações sociais em consequência direta da descoberta de cada novo caso da doença. De acordo com Brito *et al*:

A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da Aids representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo. A Aids destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral (BRITO *et al*; 2000: 210).

Para a nossa discussão neste trabalho, consideraremos as valiosas contribuições de vários autores, dentre eles Kenneth Rochel Camargo Jr., Richard Guy Parker e Célia Landmann Szwarcwald, que se debruçaram sobre o tema do HIV/Aids e da sexualidade com a preocupação e o forte propósito de tentar compreender os aspectos comportamentais sociais, culturais e políticos deste tão relevante tema que vem se mostrando dramático ao longo das duas últimas décadas.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, estudos do contexto social do HIV/Aids tem demonstrado, há algum tempo, tendências peculiares da epidemia. Apontam para o crescimento de casos entre heterossexuais, a feminização e interiorização (disseminação de casos de grandes metrópoles para municípios de médio e pequeno porte), além de uma constante “pauperização” da doença como evidência

importante para a compreensão da epidemia, ou seja, o HIV/Aids tem sido contraído cada vez mais pelas populações mais carentes da sociedade “por limites existentes à informação e educação para adoção de práticas seguras, como baixo nível de escolaridade e/ou dificuldade de compreensão e percepção da sua vulnerabilidade ao HIV” (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 1999: 5).

Conforme análise de Parker (2000: 31), o progressivo conhecimento das “diferenças transculturais” na conformação da vida sexual fez com que muitos pesquisadores passassem a perceber a sexualidade humana “como sendo social e culturalmente construída: como produto menos de nossa natureza biológica do que dos sistemas sociais e culturais que modelam não só nossa experiência sexual, mas as formas pelas quais interpretamos e entendemos essa experiência”. Para o autor:

O desejo sexual tem sido usualmente tratado como uma espécie de dado natural, e os fatores sociais e culturais que moldam a experiência sexual em cenários diferentes são normalmente ignorados, mesmo quando se chama a atenção para a sua potencial relevância. Seguindo a tendência dominante em grande parte da pesquisa sobre comportamento sanitário, o enfoque tem recaído sobretudo nos determinantes individuais do comportamento sexual e da mudança comportamental. Já as estruturas sociais, culturais, econômicas e políticas, que potencialmente influenciam ou até mesmo moldam a experiência sexual, têm sido, com bastante frequência, ignoradas (PARKER; 2000: 19).

A chamada “pauperização da Aids” é um aspecto cultural importante a ser considerado. Segundo Richard Parker (1994:18), “embora o HIV pareça ser um vírus excepcionalmente democrático, sempre se aproveita das estruturas da desigualdade social e opressão que existem em diferentes cenários sociais, afetando primeiro e, sobretudo, os setores da sociedade cujas circunstâncias sociais os colocam em situações de acentuada vulnerabilidade”.

Também trilhando por estes caminhos, Szwarcwald *et al* (1999) afirmam que no Brasil, um país com forte característica de desigualdades sociais vivenciadas nos diversos campos da sociedade (educação, acesso aos serviços e programas de saúde, distribuição de renda), “são crescentes as especulações sobre a “pauperização” da Aids no nosso meio” (SZWARC WALD; 1999: 56). Sobre isso Parker declara:

É justamente nesses espaços sociais, onde concentram a pobreza, o racismo e outras formas de desigualdade vigentes na sociedade, como por exemplo as hierarquias de gênero, a opressão e a violência sexual, que a Aids existe hoje em dia, sem ser impedida em grande escala pelos programas públicos de saúde e de educação, nem pelos avanços tecnológicos que nos têm convencido tão rapidamente de que a emergência já passou e de que a epidemia está sob controle. De fato, a epidemia de HIV/Aids se instala justamente na polarização crescente entre os ricos e os que vivem em situação de extrema pobreza, na exclusão de setores inteiros da sociedade e na integração perversa de outros (nas economias criminosas do tráfico internacional de drogas, armas, órgãos e assim por diante), e com as formas de desigualdade social que aumentam cada vez mais e que parecem ser uma parte integral dos processos de globalização (juntamente com as políticas do chamado neoliberalismo). É neste contexto que a epidemia de HIV/Aids hoje prospera e cresce, em grande medida despercebida – não porque seria impossível vê-la, mas porque nossa sociedade deixa de olhá-la (PARKER; 2000: 9).

Em uma pesquisa realizada no período de 1987 a 1996 sobre a disseminação da epidemia da Aids no Brasil, Szwarcwald *et al* (1999) concluíram que a difusão da Aids deu-se a partir das metrópoles em direção aos municípios de médio porte e subsequentemente aos municípios de pequeno porte, sendo diferenciada a disseminação de acordo com o grau de urbanização dos municípios e com as categorias de exposição.

Segundo Szwarcwald *et al* (1999) em relação às categorias de exposição, inicialmente a Aids atingia principalmente homossexuais masculinos, hemofílicos e outros pacientes que eram expostos a transfusão sanguínea, em seguida atingiu os usuários de drogas injetáveis que tiveram um importante papel na disseminação do vírus para os municípios de médio e pequeno porte e, atualmente, a transmissão heterossexual da doença ganha maior importância e contribui categoricamente para o aumento do número de casos entre as mulheres. Há uma tendência, ainda, de ruralização da doença:

No que diz respeito ao grau de urbanização, a disseminação é nitidamente seletiva, privilegiando os municípios predominantemente urbanos, que têm, geralmente, as maiores densidades demográficas e estão sob interação mais intensa com as demais localidades, devido à interligação por meio de estradas e outros meios de transporte, o que facilita o deslocamento da população, o movimento pendular de força-de-trabalho sazonal e o transporte de cargas (com a concomitante movimentação do pessoal envolvido nestas atividades (SZWARC WALD *et al*; 1999: 59).

Diante de várias análises feitas por estes e outros autores é fácil perceber que o que antes era chamado de “grupos de risco” geralmente se referia aos grupos gays, drogados, hemofílicos e prostitutas, provocando grande segregação, estigmatização e discriminação por parte daqueles que se sentiam fora do alcance da doença, mas com o avanço da epidemia para além do entorno destes então chamados “grupos de risco”, as atenções se voltaram para o risco do comportamento individual da população em geral e para a vulnerabilidade social e, em consequência desta, a maior vulnerabilidade de infecção pelo HIV a que os indivíduos das camadas menos favorecidas da sociedade estão expostos.

A compreensão dos mecanismos de transmissão da doença e dos fatores socioculturais envolvidos nessa dinâmica é de primordial importância para direcionar e redimensionar as ações individuais, coletivas e governamentais no sentido da desaceleração da disseminação da epidemia no mundo.

1.4 A incidência e a prevalência do HIV no Brasil

Para uma melhor compreensão de como a Aids vem se manifestando na população, especificamente na população jovem do Brasil, objeto do nosso estudo, e para que possamos refletir com maior clareza sobre a dimensão alcançada pela doença em nosso país, utilizaremos a seguir os dados estatísticos do Ministério da Saúde, órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

Conforme já mencionado e de acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2011), os primeiros casos de Aids foram identificados no Brasil e no mundo no início da década de 1980, prevalecendo estes casos entre homossexuais masculinos, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e pacientes portadores de hemofilia. Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2011, o Brasil tem 608.230 casos registrados de Aids. Em 2010, foram notificados 34.218 casos da doença, sendo a taxa de incidência de Aids no Brasil de 17,9 casos por 100 mil habitantes.

No Sudeste brasileiro, entre os anos de 2000 e 2010, a taxa de incidência caiu de 24,5 para 17,6 casos por 100 mil habitantes. Neste mesmo período, as taxas aumentaram

no Sul de 27,1 para 28,8; no Norte de 7,0 para 20,6; no Centro-oeste de 13,9 para 15,7 e no Nordeste de 7,1 para 12,6 casos por 100 mil habitantes.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a prevalência de infecção pelo HIV na população jovem do Brasil é apresentada conforme a seguir: 0,6% na população de 15 a 49 anos de idade (0,4% nas mulheres e 0,8% nos homens), 0,12% nos jovens do sexo masculino de 17 a 20 anos de idade e 0,28% em mulheres jovens de 15 a 24 anos. Entre os usuários de drogas ilícitas (UDI), homossexuais masculinos (homens que fazem sexo com homens – HSH) e mulheres profissionais do sexo (PS), a prevalência é mais elevada, sendo respectivamente 5,9% (UDI), 10,5% (HSH) e 5,1% (PS).

Em relação à taxa de incidência por faixa etária, a Aids tem se manifestado com maior incidência na faixa de 20 a 59 anos de idade em ambos os sexos. Os dados apontam que, apesar de os jovens demonstrarem ter conhecimento sobre as formas de prevenção da Aids, existe entre eles uma tendência de crescimento da contaminação pelo HIV.

No que diz respeito à forma de transmissão, a via preponderante é a sexual, sendo que nas mulheres 94,9% dos casos notificados no ano de 2009 ocorreram como consequência de relações heterossexuais com pessoas portadoras do vírus HIV. Já entre os homens, 42,9% dos casos se deram em consequência de relações heterossexuais, 19,7% por relações homossexuais e 7,8% por relacionamentos bissexuais. O percentual restante ocorreu em ambos os sexos por transmissão sanguínea e vertical.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), ainda que a haja uma maior prevalência de casos no sexo masculino entre os heterossexuais, “a epidemia no país é concentrada”, visto que a prevalência da infecção pelo HIV na população em geral de 15 a 19 anos de idade é menor que 1% (0,61%), “mas é maior do que 5% nos subgrupos de maior risco para a infecção pelo HIV – como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo”.

1.4.1 Aids em jovens de 13 a 24 anos de idade

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2010) foram identificados, no ano de 2009 no Brasil, 3.398 casos de Aids em jovens de 13 a 24 anos de idade, sendo a taxa de incidência de 8,3 casos por 100.000 habitantes. Desse total de

casos, 1.875 ocorreram no sexo masculino (9,1/100.000 habitantes) e 1.523 no sexo feminino (7,5/100.000 habitantes). A razão de sexos, que até 1990 sempre demonstrou um maior número de casos entre os homens, decaiu, chegando a inverter a partir do ano 2000, quando as mulheres apresentaram maior número de casos do que os homens. Porém, entre os anos de 2007 e 2009, os jovens do sexo masculino voltaram a ter maior participação nos casos de Aids, conforme demonstra o gráfico 1.

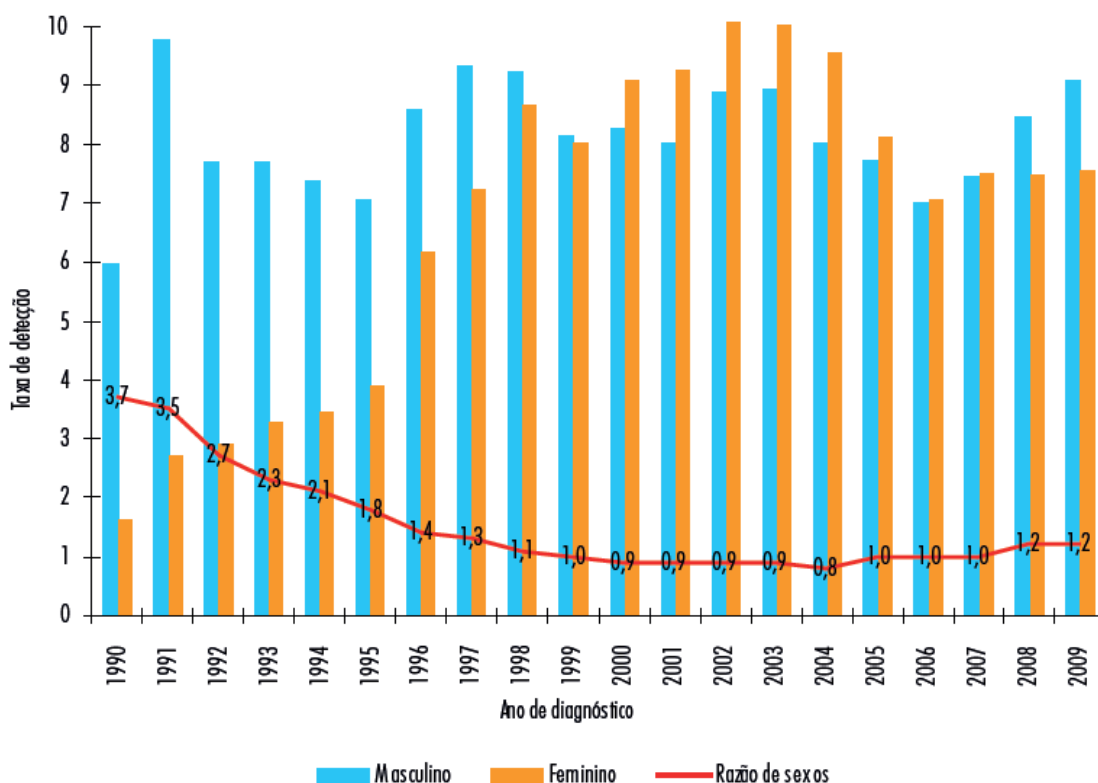


Gráfico 1 - Taxa de incidência (por 100.000 hab.) dos casos de Aids entre jovens de 13 a 24 anos segundo sexo por ano de diagnóstico e razão de sexos. Brasil, 1990- 2009. Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Para as regiões do Brasil os números de distribuição de casos da doença demonstram que 38,2% dos casos encontram-se na Região Sudeste, 21,9% no Nordeste, 21,1% no Sul, 11,1% no Norte e 7,7% no Centro-Oeste. Especificamente no ano de 2009 a região Sul se destacou com maior taxa de detecção, alcançando um total de 12,6/100.000 habitantes.

A categoria de exposição sexual é responsável pela maior proporção dos casos de Aids nos jovens de 13 a 24 anos de idade, em ambos os sexos (Gráfico 2), sendo 73,8% no sexo masculino e 94,0% no sexo feminino, no ano de 2009.

No período de 1998 a 2009 o número de óbitos registrados em jovens foi de 7.443 óbitos. Destes, 58% eram do sexo masculino e 42% do sexo feminino. Nos últimos dez anos, o país tem registrado uma média de 589 óbitos por ano entre os jovens, apresentando uma redução de 31,6% no coeficiente de mortalidade de 1999 (1,9 óbitos por 100.000 habitantes) para 2009 (1,3/100.000 habitantes).

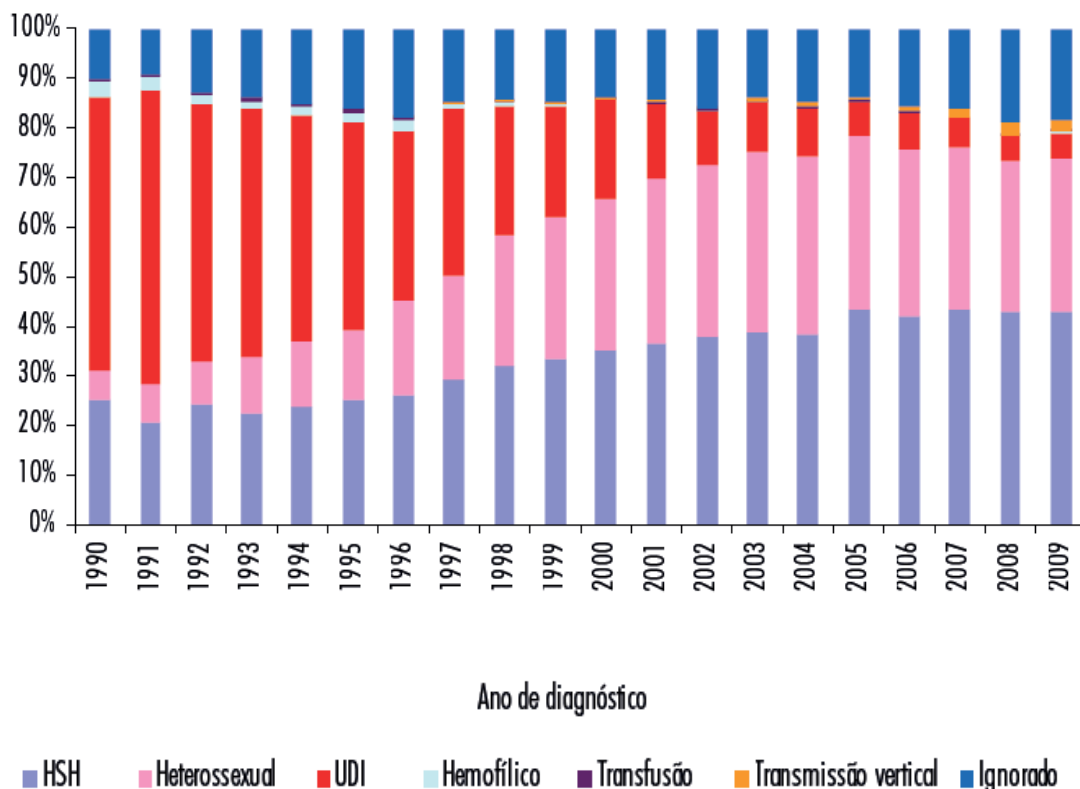


Gráfico 2 - Distribuição proporcional dos casos de Aids em jovens de 13 a 24 anos do sexo masculino segundo categoria de exposição hierarquizada por ano de diagnóstico. Brasil, 1990-2009. Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Conforme podemos observar no Gráfico 2, houve uma grande redução dos casos de transmissão do HIV entre os hemofílicos, fato que pode estar diretamente relacionado às regulamentações legais do Ministério da Saúde³ que ocorreram a partir do ano de 1995 garantindo ao cidadão “o acesso a serviços de transfusão de sangue seguros e de qualidade comprovada, através de efetiva e permanente inspeção sanitária”

3- Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001; Portaria MS/GM nº 1.840, de 13 de setembro de 1996; Portaria MS/GM nº 2.009, de 4 de outubro de 1996; Portaria MS/GM nº 1.544 de 15 de outubro de 1997; Portaria MS/GM nº 112, de 29 de janeiro de 2004; Portaria MS/GM nº 1.353, de 13 de junho de 2011; Portaria MS/ANVISA nº 127, de 08 de dezembro de 1995. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 23/05/2012.

em unidades hemoterápicas (Portaria MS/ANVISA nº 127, de 08 de dezembro de 1995).

Também ocorreu considerável redução no índice de contaminação entre os usuários de drogas injetáveis, o que pode ser atribuído à política de redução de danos sociais e à saúde, igualmente implementada a partir de regulamentação legal do Ministério da Saúde, que prevê, dentre outras coisas, a distribuição de insumos como seringas e agulhas descartáveis aos usuários (Portaria MS/GM nº 1.028, de 1º de julho de 2005).

Porém, nota-se que houve um aumento do número de infecções decorrentes das relações homo e heterossexuais masculinas nesta faixa etária, apesar das campanhas governamentais pelo uso do preservativo e pela prática do “sexo seguro”.

A maior proporção de casos de Aids encontra-se na faixa etária dos 40 aos 49 anos de idade (Gráfico 3). Nota-se, através dos dados, que há um aumento importante dos casos de Aids em ambos os sexos na faixa etária acima dos 60 anos. Porém, a maior taxa de incidência ocorre no indivíduos da faixa etária dos 35 a 39 anos. Entre as crianças menores de cinco anos houve uma diminuição nos registros de casos. Ainda que este dado reflita a queda de casos no país, esta queda foi detectada nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, porém nas regiões Norte e Nordeste houve aumento de casos nessa faixa etária no período analisado.

Nos indivíduos menores de 13 anos, a categoria de exposição predominante é a transmissão vertical (da mãe para o bebê), estando acima de 85% dos casos desde 2006, tendo sido 60,1% diagnosticadas até os dois anos de idade.

Em relação às categorias de exposição dos casos de notificação de Aids em pessoas a partir de 13 anos, do sexo masculino, a maioria destes (63,6%) relaciona-se à categoria de exposição sexual, distribuídos entre heterossexual (31,2%), homossexual (20,6%) e bissexual (11,8%), e, na categoria de exposição sanguínea, o uso de drogas injetáveis pode ser observado em 17,6% dos casos. No sexo feminino, os casos de Aids estão relacionados majoritariamente (91,2%) à categoria de exposição heterossexual.

Quanto à raça e cor, foram notificados, no ano de 2009, 9.942 (47,7%) casos entre os brancos, 7.454 (35,8%) entre pardos, 2.290 (11,0%) entre negros, 103 (0,5%) entre orientais e 53 (0,3%) na raça indígena. No que diz respeito à escolaridade, em 2009, 25,1% do total de indivíduos notificados possuíam entre 4 e 7 anos de estudo, 30,0% entre 8 a 11 anos e 8,8% entre 1 a 3 anos, sendo observado uma tendência de aumento no nível de escolaridade nas pessoas que foram notificadas com Aids,

principalmente a partir do ano de 1999.

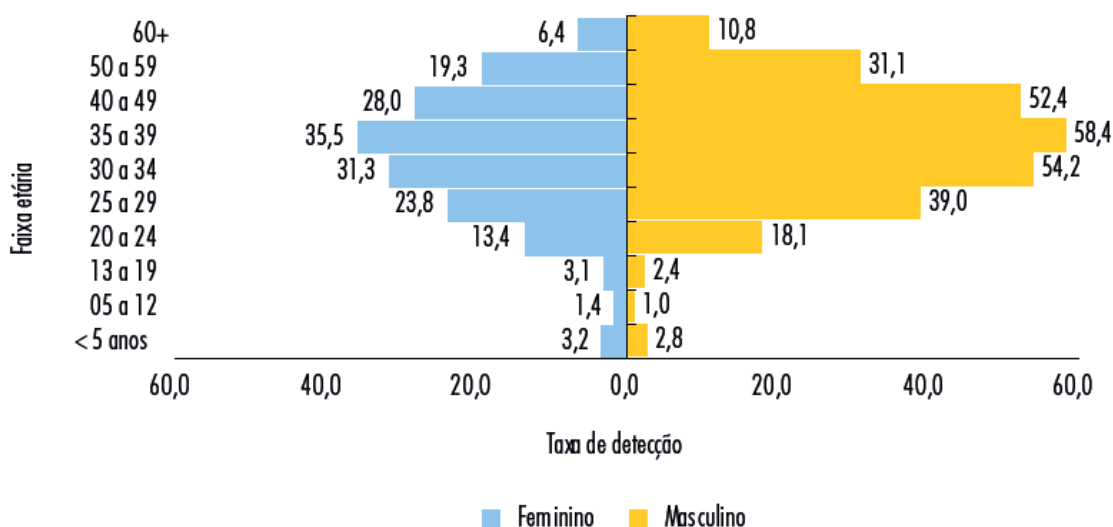


Gráfico 3 - Taxa de incidência (por 100.000 hab.) dos casos de Aids segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2009.

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

O número de óbitos em consequência da Aids, registrados no período de 1980 a 2009 foi de 229.222, sendo a maioria deles (65,1%) concentrada na Região Sudeste. O coeficiente de mortalidade por Aids, padronizado em 2009, foi de 6,2 óbitos por 100.000 habitantes, com tendência de diminuição desse coeficiente desde 1997 até 2004, ano em que o coeficiente se estabilizou (Gráfico 4). De acordo com o gênero, constata-se que, no ano de 2009, o coeficiente de mortalidade no sexo masculino foi duas vezes maior que no sexo feminino, com valores de 8,2 e 4,2 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), há uma prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes e uma estimativa de que 12.456 bebês recém-nascidos por ano sejam expostos ao risco de contrair o HIV a partir da transmissão vertical. Estima-se que a taxa de transmissão vertical do HIV no Brasil em 2004, foi de 6,8%, variando entre 13,4% na Região Norte e 4,3% na Região Centro-Oeste. Nos locais onde foram implantadas no pré-natal as medidas profiláticas preconizadas pelo Ministério da Saúde, as taxas de transmissão vertical foram reduzidas a menos de 2%. As maiores proporções de gestantes infectadas pelo HIV estão concentradas na faixa etária de 20 a 29 anos, ou seja, jovens, entre 4 e 11 anos de estudo e de raça/cor branca e parda.

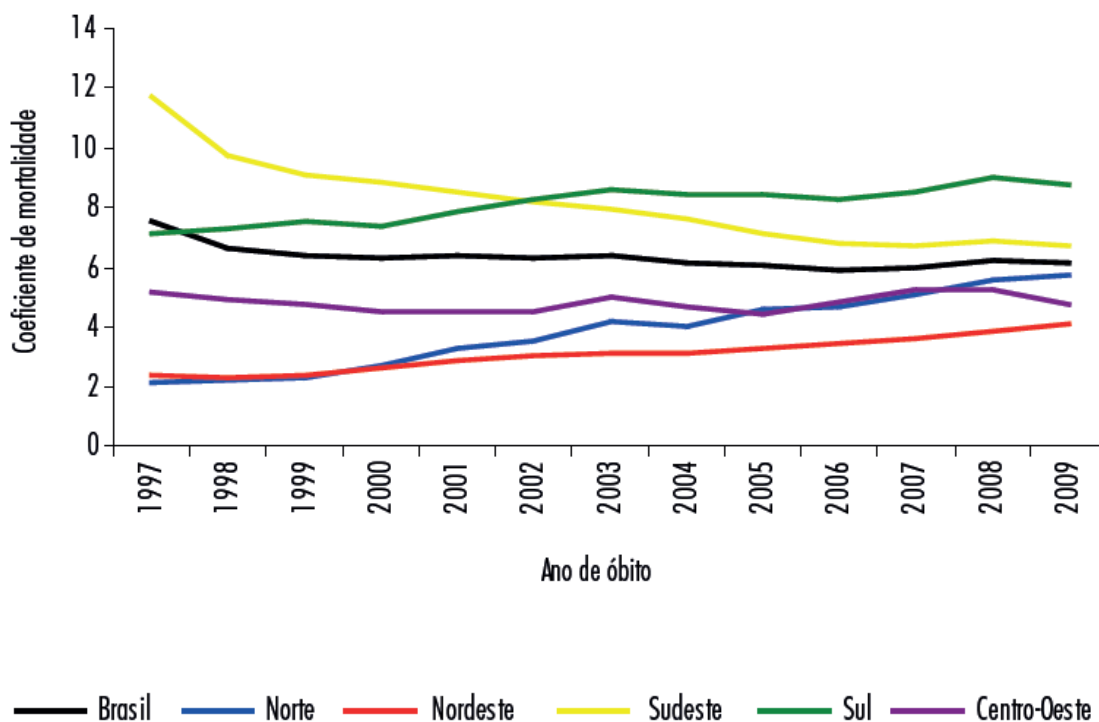


Gráfico 4 - Coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab.) dos casos de Aids, segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 1997-2009.
 Fonte: Ministério da Saúde, 2010

1.4.2 – Políticas públicas como mecanismos de prevenção ao HIV/ Aids

Para falarmos sobre os mecanismos de prevenção da Aids consideramos pertinentes as palavras de Camargo Jr. (1999), ao atentar para a abrangência do significado da palavra “prevenção”, tão comum nas campanhas governamentais e tão complexa no seu entendimento e na sua implementação. Camargo Jr. afirma que:

Há uma forte tendência, mesmo nas áreas técnicas, a se conceber “prevenção” e “assistência” como atividades completamente excludentes, competidoras até, o que se evidencia até mesmo em ditados populares do tipo “melhor prevenir que remediar”. Ocorre que esta visão é essencialmente incorreta e, no caso específico das ações preventivas contra o HIV/Aids, chega até mesmo a ser perigosa. Há décadas estabeleceu-se como consenso o conceito de *integralidade* das ações de saúde, assumindo como pressuposto que prevenção e assistência são indissolúveis. Mais ainda, desde o final da década de 50, a área de saúde pública tem se baseado no modelo descrito por Leavell e Clark (1976), e por estes denominado “história natural das doenças”, no qual a prevenção não significa apenas evitar doenças, mas se estende a cada etapa do processo, sendo caracterizada como primária, secundária ou terciária se ela se destina respectivamente a

evitar o adoecer, limitar o curso da doença ou ainda a incapacitação pela mesma (CAMARGO JR; 1999: 227).

Nesse sentido, as ações governamentais de prevenção à Aids tem se intensificado ao longo dos anos em todo o país. O governo brasileiro tem implementado diversas medidas para que a “prevenção se torne um hábito na vida dos jovens”. A distribuição de preservativos cresceu mais de 100% entre 2005 e 2009 (de 202 milhões para 467 milhões de unidades), sendo estes em sua maioria retirados pelos jovens nas Unidades de Saúde. A distribuição de preservativos iniciou no ano de 1994, estando disponíveis nas unidades básicas de saúde, centros de testagem e aconselhamento, serviços especializados, bancos de preservativos e também distribuídos em ações de prevenção realizadas por organizações não-governamentais parceiras e em escolas que trabalham com o programa Saúde e Prevenção na Escola (MINISTÉRIO DA SAÚDE; s/d 2).

Além da distribuição de preservativos, desde outubro de 2010, o Ministério da Saúde oferece e recomenda à população medicamentos antirretrovirais como uma forma de prevenção. “Chamada de PEP sexual (sigla em inglês de profilaxia pós-exposição sexual), a medida de prevenção consiste no consumo de remédios até 72 horas após a relação sexual”, quando ocorrer falha ou não uso da camisinha e em situações de risco avaliadas pelo profissional de saúde segundo o tipo de relação sexual (oral, vaginal, anal) e segundo o parceiro (HIV positivo, usuário de drogas, homossexual, profissional do sexo, etc) (MINISTÉRIO DA SAÚDE; s/d 3).

A inclusão dos temas Orientação Sexual e Saúde como Temas Transversais, direcionados aos alunos dos últimos anos do ensino fundamental das escolas públicas, se configura como uma tentativa do governo em “favorecer o entendimento das diferentes maneiras como valores e práticas relativos à saúde em geral, ou especificamente, no âmbito da sexualidade humana, compõem e refletem-se nas vivências biológicas, afetivas e sociais” (BRASIL; 1998: 264). Da mesma forma, o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), criado em 2003, configura-se como outra ação de prevenção para reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens à infecção pelo HIV. “Com ações nas escolas e nas unidades básicas de saúde, o projeto destaca a escola como o melhor espaço para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens. É lá que se encontram os principais sujeitos desse processo: estudantes,

famílias, profissionais da educação e da saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE; s/d 1).

Em março de 1998 foi lançado, pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, o Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre os gays, homossexuais e travestis com o objetivo de combater a vulnerabilidade neste grupo através de parcerias com estados e municípios e com ações específicas de educação e prevenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE; s/d 4).

No que diz respeito às ações direcionadas ao público feminino, foi lançado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2007, o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST, representando a consolidação de uma “política intra e intersectorial para o enfrentamento da epidemia de Aids, e a prevenção e o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres”.

O Plano consolida o compromisso que vem sendo assumido historicamente pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, em conjunto com outras áreas técnicas, e pelos demais parceiros governamentais e não governamentais, que trabalham para afirmar e efetivar os direitos assegurados às mulheres, nos tratados internacionais e na legislação brasileira, e implementar políticas para a redução das desigualdades em nosso país. A integração entre essas diferentes áreas será capaz de promover respostas efetivas que contemplem a sustentabilidade, a descentralização e a atenção integral às mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE; s/d 5).

Para os usuários de álcool e drogas, as ações de prevenção da infecção pelo HIV incluem recomendações do não compartilhamento de produtos utilizados para o uso de drogas, tais como seringas, cachimbos, piteiras etc. Essas recomendações fazem parte da estratégia de redução de danos do Ministério da Saúde, que busca reduzir os prejuízos sociais e à saúde de quem usa álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE; s/d 6).

Em relação à prevenção do HIV em gestantes e à prevenção da transmissão vertical da doença (onde o vírus é transmitido da mãe para o filho através da via placentária), é recomendada e oferecida pelo serviço público, no primeiro e no terceiro trimestres da gestação, a testagem para o HIV, assim como o diagnóstico através do teste rápido no momento do parto para aquelas que não realizaram pré-natal. Esta ação tem por objetivo oferecer o tratamento medicamentoso à gestante portadora do HIV

durante a gestação para prevenir a transmissão para o feto, incluindo também orientações sobre o parto e a não amamentação. A medicação também é administrada no recém-nascido, filho de mãe soropositiva, por seis semanas para minimizar o risco de contaminação (MINISTÉRIO DA SAÚDE; s/d 7).

Para a população carcerária, o governo federal lançou em outubro de 2003 o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, o qual tem como objetivo a inclusão dessa população no Sistema Único de Saúde (SUS), “garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos” através de aconselhamentos, testagens de doenças, tratamento de casos diagnosticados, distribuição de preservativos e do kit de redução de danos (MINISTÉRIO DA SAÚDE; s/d 8).

1.4.3 – Campanhas governamentais veiculadas na mídia

As campanhas governamentais de prevenção e combate à Aids iniciaram-se no Brasil a partir do ano de 1985, quando foi publicada a Portaria Ministerial 236/85 que criava o Programa Nacional de Controle da Aids e por ocasião da criação do Programa Nacional de DST e Aids no ano de 1986.

Segundo Santos e Oliveira (2006) as estratégias de prevenção ao HIV/Aids foram recomendadas pela Organização Mundial de Saúde a partir de 1986 e adotadas no mundo inteiro. O Brasil, entre outros países, passou a divulgar as campanhas de prevenção através dos meios de comunicação de massa, com grande ênfase para os anúncios televisivos. Santos (*apud* Santos e Oliveira; 2006) mostra que, no Brasil, no período compreendido entre os anos de 1986 e 2000 foram apresentados mais de setenta anúncios televisivos direcionados à prevenção ao HIV/Aids.

Para Ayres (*apud* Garcia *et al*; 2011: 77) as primeiras campanhas de prevenção ao HIV “inspiravam sentimentos de medo e terror”, e geraram “problemas para a compreensão da sexualidade e de modos de prevenção adequados e, portanto, desinformaram mais do que educaram. Garcia *et al* (2011: 78) afirmam que essas primeiras campanhas estabeleceram a ligação entre a sexualidade e a morte e criaram um “vínculo entre sexo e afetividade com morte por erro”, através de ideias metafóricas da epidemia como um castigo, incutindo o erro ao indivíduo e afastando o problema “da esfera coletiva e pública”. Segundo Garcia *et al*:

O Brasil foi um dos primeiros países do mundo a deixar de associar a Aids à morte em suas campanhas. Ao contrário dessa tendência, a comunicação sobre a Aids no país passou a privilegiar a informação, valorizando a autoestima, incentivando o uso do preservativo e, principalmente, procurando respeitar os direitos humanos. Além desse diferencial, temas considerados tabus foram abordados nas campanhas de Aids do Brasil. Surgiram várias campanhas consideradas polêmicas por sua ousadia, porque se dirigiam a homens que fazem sexo com homens em 2002, a mulheres adolescentes que não têm vergonha de comprar o preservativo em 2003; em uma delas, de 1994, um homem conversa com o próprio pênis (GARCIA *et al*; 2011:78).

Hoje, as campanhas veiculadas na mídia incluem os anúncios na televisão e no rádio, internet, músicas, filmes, cartazes, banners, mini-folders, porta-camisinhas, leques, outdoors, camisetas, abadás, bandanas, bonés, faixas, adesivos, blimps, dentre outros. As campanhas são intensificadas em datas como o Carnaval, o Dia Internacional da Mulher, o Dia Mundial de Luta contra a Aids, o Dia Nacional da Visibilidade Travesti, e têm acompanhado os rumos da epidemia, buscando abordar os comportamentos de risco e as situações de vulnerabilidade que vêm sendo constatados nas pesquisas mais recentes. Como exemplo, mostraremos algumas dessas campanhas de prevenção veiculadas através de cartazes no Carnaval e no Dia Mundial de Luta contra Aids nos últimos 5 anos.



Figura 1 - Carnaval 2007.
Fonte: Ministério da Saúde⁴.

Segundo o Ministério da Saúde, a ideia dessa campanha (Figura 1) seria fazer com que os foliões percebessem que com o uso da camisinha eles poderiam ficar

4 - Disponível em www.aids.gov.br/campanha/carnaval-2007. Acesso em 30-04-12.

tranquilos depois da festa, sendo a garantia da continuidade da alegria e do prazer um argumento para a prevenção.



Figura 2 - Dia Mundial da Luta contra Aids 2007.
Fonte: Ministério da Saúde⁵.

De acordo com o Ministério da Saúde, a campanha acima (Figura 2) teve como foco principal os jovens entre 14 e 24 anos. A campanha teve a intenção de “afirmar os direitos do jovem de viver sua sexualidade e de ter acesso ao preservativo e à informação” e ainda, “munir a juventude dos conceitos de prevenção e de direitos humanos, refletidos em projetos como o Saúde e Prevenção nas Escolas e nas ações de parceiros do governo e em ações da sociedade civil e de organismos internacionais” (Ministério da Saúde, 2007).



Figura 3 - Carnaval 2008.
Fonte: Ministério da Saúde⁶.

5 - Disponível em: www.aids.gov.br/campanha/dia-mundial-de-luta-contr-aids-2007. Acesso 30-04-12.

6 - Disponível em: www.aids.gov.br/campanha/carnaval-2008. Acesso em 30-04-12.

Para o Ministério da Saúde a campanha do Carnaval 2008 (Figura 3) é uma continuidade ao Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2007, focando a mulher jovem e incentivando a tomada de atitudes para o uso do preservativo. Os números já indicavam aumento da incidência de Aids na população feminina.



Figura 4 - Dia Mundial da Luta contra Aids 2008.
Fonte: Ministério da Saúde⁷.

A Campanha do Dia Mundial de Luta Contra a Aids em 2008 (Figura 4) teve como público-alvo a população heterossexual com mais de 50 anos de idade, com foco direcionado aos homens. Esta campanha foi veiculada num momento em que se constatou que nos últimos dez anos havia praticamente dobrado o numero a incidência de Aids nessa população, passando de 7,5% em 96 para 15,7% em 2006.



Figura 5 - Carnaval 2009.
Fonte: Ministério da Saúde⁸.

7 - Disponível em: www.aids.gov.br/campanha/dia-mundial-de-luta-contra-Aids-2008. Acesso 30-04-12.

8 - Disponível em: www.aids.gov.br/campanha/carnaval-2009. Acesso em 30-04-12.

Para o Carnaval 2009 (Figura 5), o Ministério da Saúde priorizou como público alvo a população feminina com mais de 50 anos como resposta à tendência ao crescimento da epidemia nessa população também nos últimos dez anos, tendo aumentado de 7,3 em 1996 para 14,5 em 2006. O objetivo era incentivar a mulher a negociar o uso da camisinha com o parceiro.



Figura 6 - Dia Mundial da luta contra Aids 2009.
Fonte: Ministério da Saúde⁹.

Nessa campanha (Figura 6), o objetivo era combater o preconceito e a discriminação às pessoas portadoras do HIV/Aids, tendo em vista as pesquisas indicando que o preconceito contra essas pessoas ainda vigora de forma significativa em nossa sociedade. Utilizou-se o beijo como um forte símbolo do amor e como demonstração de que essa via (o beijo) não se configura como uma via de transmissão da doença.

9 - Disponível em: www.aids.gov.br/campanha/dia-mundial-de-luta-contr-aids-2009. Acesso 30-04-12.



Figuras 7 e 8 - Carnaval 2010 – Material divulgado antes e depois do carnaval.
Fonte: Ministério da Saúde¹⁰.

A resposta à tendência de crescimento da epidemia entre as meninas na faixa etária de 13 a 19 anos foi o foco da campanha do Carnaval 2010 (Figuras 7 e 8). As pesquisas indicaram que para cada oito casos de meninos com Aids, ocorreram dez casos entre as meninas, havendo, no sexo masculino, maior transmissão entre os homossexuais. Foi o primeiro ano de veiculação de mídias anteriores e posteriores ao carnaval, buscando encorajar os jovens a realizarem o teste da Aids.



Figura 9 - Dia Mundial da Luta contra Aids 2010.
Fonte: Ministério da Saúde¹¹.

A campanha do Dia Mundial da Luta contra Aids em 2010 (Figura 9) teve como público alvo os jovens de 15 a 24 anos, em resposta ao maior número de parceiros

10 - Disponível em: www.aids.gov.br/campanha/carnaval-2010. Acesso em 30-04-12.

11 - Disponível em: www.aids.gov.br/campanha/dia-mundial-de-luta-contr-aids-2010. Acesso em 30- 04-12.

casuais detectados nessa faixa etária e ao grande número de jovens que declararam o não uso da camisinha em todas as relações sexuais.



Figuras 10 e 11 - Carnaval 2011. Material divulgado antes e depois do carnaval.
Fonte: Ministério da Saúde¹².

Novamente direcionada às mulheres na faixa etária dos 15 a 24 anos, a campanha do Ministério da Saúde para o Carnaval 2011 (Figuras 10 e 11) demonstra a preocupação com a feminização da epidemia, com índice maior entre as mulheres nessa faixa etária desde 2008, incentivando o uso de preservativos e na tentativa de desconstruir a ideia do não uso do preservativo como prova de amor, além de buscar encorajar para a realização do teste da Aids.



Figura 12 - Dia Mundial da Luta contra Aids 2011.
Fonte: Ministério da Saúde¹³.

12 - Disponível em: www.aids.gov.br/campanha/carnaval-2011. Acesso em 30-04-12.

13 - Disponível em: www.aids.gov.br/campanhas/2011/50653. Acesso em 30-04-12.

Esta campanha (Figura 12) teve como público alvo os jovens gays de 15 a 24 anos e buscou discutir as situações de vulnerabilidade dessa população sob o ponto de vista do estigma, do preconceito e da alteridade.



Figura 13 - Carnaval 2012.
Fonte: Ministério da Saúde¹⁴.

Para o Carnaval de 2012 (Figura 13) foram analisados os dados do Boletim Epidemiológico 2011, indicando que o percentual de contaminação pelo vírus da Aids entre os jovens gays de 15 a 24 anos havia aumentado em 10,1% de 1998 a 2010.

Como se pode perceber, em relação às campanhas governamentais, é notória a preocupação com o número aumentado de contaminação pelo vírus da Aids entre as jovens mulheres heterossexuais e entre os jovens homossexuais masculinos, o que pode justificar a intensificação das campanhas de prevenção nestes segmentos, principalmente a partir dos discursos do empoderamento feminino nas mais diversas situações. Nesse sentido Villela observa que a “população masculina heterossexual tem sido pouco enfocada em trabalhos dirigidos à prevenção do HIV” (*apud* MEYER; 2004: 70). Meyer, em um estudo dos anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/Aids, desenvolve uma crítica indicando que algumas campanhas governamentais favorecem aos homens heterossexuais sentirem-se isentos da responsabilidade da não disseminação da doença e do uso de preservativos, bem como da aceitação da infidelidade masculina, reiterando um padrão de “comportamento e práticas de gênero e sexuais” na sociedade que, na verdade, “as campanhas pretendem transformar ou romper” (MEYER, 2004: 57). Nesse sentido, segundo Santos:

14 - Disponível em: www.aids.gov.br/campanhas/2012/carnaval. Acesso em 30-04-12.

A partir das re-configurações da epidemia de HIV/Aids, o discurso da “doença que vinha de fora”, vigente no Brasil nos primeiros anos, acabou sendo abandonado, possivelmente pelo fato de o HIV/Aids ter se tornado, também, bastante comum entre os brasileiros. Uma dessas re-configurações, destacadas na pesquisa de Santos (2002), diz respeito ao especial endereçamento dos anúncios televisivos às mulheres entre os anos de 1994 e 2000. A partir do último semestre do ano de 2000, houve, contudo, uma reorientação quanto à audiência (o público-alvo) das campanhas e os homens heterossexuais (em especial) foram ‘redescobertos’, passando a ser responsabilizados pela prevenção do risco da transmissão do HIV/Aids, especialmente através da ênfase no uso da camisinha. Na base dessa responsabilização parece estar a ideia de que os homens têm comportamentos de risco, funcionando como uma ‘ponte’ de transmissão entre a casa (o espaço doméstico/privado) e a rua (o espaço público), onde eles possivelmente mantêm relações sexuais desprotegidas com outras mulheres ou outros homens, ou fazem o uso de drogas injetáveis sem o conhecimento de suas parceiras (Santos; 2006: 6).

É fato que o Brasil vem se destacando no cenário mundial de combate à Aids e as ações desenvolvidas têm servido de modelo a outros países. Segundo o Ministério da Saúde (2002), em 1992, o Banco Mundial estimou que o Brasil contaria com um milhão e duzentos mil casos de infectados pelo vírus da Aids no ano 2000. Contrariando essa expectativa, o Brasil somou menos de seiscentos mil casos da doença naquele ano. A redução de infecção pelo HIV em grupos vulneráveis como as profissionais do sexo, os usuários de drogas injetáveis e os homossexuais (ressalvando-se oscilações em faixas etárias) configurou-se como um reflexo das políticas governamentais de prevenção. Da mesma forma, o aumento do acesso a medicamentos gratuitos e exames laboratoriais de controle e diagnóstico para os infectados pelo vírus vem lhes garantindo uma melhor expectativa de vida.

Abordamos, neste primeiro capítulo, um pouco da história do aparecimento da Aids no mundo, sua trajetória e as implicações dessa doença no cotidiano das pessoas. Também pudemos observar os rumos da epidemia, que tem se alastrado para as populações menos favorecidas, e as questões sociais envolvidas nessa problemática. Vimos ainda os esforços dispensados pelas esferas públicas, que vem trabalhando no sentido de conter os números de casos da doença no Brasil e de proporcionar uma melhor sobrevivência aos indivíduos acometidos pelo HIV.

No próximo capítulo veremos como o impacto e a gravidade da Aids criaram um conjunto de representações sociais retomando antigas noções de culpa, perigo, alteridade e contágio, o que permitiu a criação dos chamados “grupos de risco”, desencadeando comportamentos de preconceito, estigmatização e exclusão social dos indivíduos aidéticos.

CAPÍTULO 2

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As percepções/representações são um excelente teste projetivo do sistema de valores e aspirações de uma sociedade. Para que se possa entender a complexidade da sociedade, deve-se considerar que as ideias e os valores podem ser transformados pelas representações individuais e coletivas, compondo um sistema de múltiplos níveis. Entrelaçadas às representações individuais, relacionadas à biografia de cada ator social, existem também as representações coletivas, que são expressas por meio da linguagem, circulando nas mais diversas camadas da sociedade (CHOMBART DE LAUWE apud ABRAMOVAY; 2004: 49).

2.1 – O conceito de representações sociais

No campo das ciências sociais, no estudo das interações do homem com o mundo, pode-se dizer que representar constitui a menor unidade das relações, tão vital para os relacionamentos e atitudes quanto a célula se constitui como a menor unidade do ser vivo na sua tão complexa composição. Certamente não chegaríamos a esta conclusão sem, antes, termos perpassado pelas leituras de vários autores, e são alguns deles que a partir de agora elencamos para dar sustento teórico à nossa pesquisa.

Para prosseguirmos em nosso estudo vamos primeiramente compreender o significado do termo “representação”. Deschamps e Moliner (2009) atribuem a este termo dois significados. Em primeiro lugar relacionam a representação à ação de tornar presente alguma coisa ausente e em segundo à ideia da representação como substituição de um objeto. A partir dessa definição Deschamps e Moliner consideram existir vários tipos de representação e destacam três deles: as representações icnográficas, que “são as imagens, pinturas, desenhos ou fotografias de um objeto” e que se assemelham ao objeto; as representações simbólicas, “constituídas de sinais que descrevem as propriedades de seus objetos”, sendo necessário o domínio do código para compreendê-

las; e as representações cognitivas (de nosso interesse neste estudo) que são “veiculadas e atualizadas por indivíduos” e “agrupam tanto elementos icnográficos, que poderíamos chamar imagens mentais, quanto elementos simbólicos relativos a seus objetos”, sendo que o sujeito concretiza, através delas, “a realidade de um objeto quando este não é imediatamente perceptível”. Os autores observam que a representação cognitiva permite a comunicação a propósito de um objeto, podendo ser partilhada entre os indivíduos, sendo mais ou menos partilhada de acordo com a natureza do objeto a que se refere. As representações de um grupo a respeito de si mesmo e de outros grupos é um exemplo de representação partilhada, onde os componentes comungam da mesma visão, ao passo que a representação de um indivíduo sobre si mesmo é menos partilhada por ser mais específica. Nesse sentido, as representações coletivas “são partilhadas por uma sociedade num conjunto e relativas a aspectos bem gerais do mundo” (DESCHAMPS e MOLINER; 2009: 76-78).

Segundo Deschamps e Moliner (2009: 101), o conceito de representações coletivas foi proposto por Durkheim, designando “um conjunto de saberes que são produzidos por uma sociedade em sua globalidade” considerando que os mitos, as concepções religiosas e a ciência alimentam-se desse fenômeno por se tratarem de processos que necessitam da reunião de todas as inteligências individuais, não se constituindo como fruto de inteligências particulares.

A partir do conceito de representações coletivas, Moscovici elaborou a teoria das representações sociais considerando, de um lado, “uma diversidade de origem, tanto nos indivíduos quanto nos grupos” e de outro, a necessidade de enfatizar a comunicação “que permite aos sentimentos e aos indivíduos convergirem; de modo que algo individual pode tornar-se social ou vice-versa” (MOSCOVICI; 2001: 62).

Segundo Jodelet, a importância das representações sociais se dá porque ninguém está isolado frente aos objetos num “vazio social”. É necessário partilhar o mundo com as pessoas muitas vezes na busca de apoio e às vezes até pelo conflito, para conseguir “compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo” (JODELET; 2001: 17). O conceito de representação social elaborado por Denise Jodelet traduz a ideia acima referenciada:

é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de

conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais (Jodelet; 2001: 22).

Para Stropasolas, “as representações não são neutras ou passivas, mas sempre ativas e investidas de uma multiplicidade de significados, dos quais uns são reforçados e incorporados e outros não” (STROPASOLAS; 2006: 57).

Nesse sentido, para Durkheim e Mauss (1981), formuladores do conceito, a maneira como construímos as representações sobre o mundo e como classificamos as coisas não é apenas inata. As representações são coletivas, nascem do convívio social por meio da linguagem e se manifestam de diferentes formas nas diversas sociedades.

Da mesma forma Trindade (*apud* Martins *et al*) afirma que as representações sociais ocupam um importante espaço e são instrumento fundamental “para a compreensão da complexidade, das aparentes discrepâncias e dicotomias que surgem no processo de conhecimento de um dado fenômeno social, tendo como pressuposto o efeito do cotidiano em sua construção” (MARTINS *et al*; 2003: 557).

Para Balandier *apud* Jeolás (2007):

O imaginário é mais do que nunca necessário; ele é, de alguma forma, o oxigênio sem o qual toda vida pessoal e toda vida coletiva pereceriam. Constitui-se de todas as imagens que cada um modela a partir da apreensão que tem de seu corpo e de seu desejo, de seu ambiente imediato, de sua relação com os outros, a partir do capital cultural recebido e adquirido, assim como das escolhas que provocam uma projeção no futuro próximo (JEOLÁS; 2007: 40).

Conforme afirma Mazzotti (2008), na modernidade somos permanentemente submetidos a um grande fluxo de informações sendo, de alguma forma, afetados por elas. E buscamos compreender as coisas novas que surgem através da associação destas com algo que já seja de nosso conhecimento ou que faça parte do nosso cotidiano. Essa tentativa de compreensão das coisas se fortalece e se justifica pela necessidade de nos manifestarmos, fazermos julgamentos, procurarmos explicações ou nos posicionarmos sobre determinado objeto perante as pessoas no convívio social. A partir dessas interações são criados “universos consensuais” onde se produzem e se repassam novas representações que constituem as teorias do senso comum, designado pela autora como “construções esquemáticas que visam dar conta da complexidade do objeto, facilitar a

comunicação e orientar condutas”, além de fortalecer a identidade do grupo e proporcionar o “sentimento de pertencimento do indivíduo ao grupo” (MAZZOTTI; 2008: 21).

2.2 - As representações sobre a doença e a cura

Mas afinal, o que significa a doença para os indivíduos? Como são representados os aspectos do adoecer e qual a influência do curável e do incurável nas representações que se disseminam nas sociedades sobre a doença? Conforme já tivemos a oportunidade de mencionar no Capítulo 1 deste trabalho, muitas representações sobre a doença relegaram-na à ira de Deus, ao castigo divino pelos pecados cometidos.

Para prosseguirmos no nosso propósito de analisar as representações da juventude rural sobre a Aids, buscaremos nos aprofundar em argumentações científicas sobre “doença”, que possam ser utilizadas por nós como instrumentos para a compreensão dessas representações. Para tanto os argumentos de autores como Canesqui (2003), Bauer (2000), Sevalho (1993) e Laplantine (2010) nortearão nossas reflexões.

Tudo é passível de representação, as coisas, as pessoas, os animais, o natural e o sobrenatural. As pessoas representam, conscientemente ou não, todas as coisas que se apresentam a elas cotidianamente, na busca de compreender e explicar a própria vida, a existência. E a doença, como ameaça constante à vida, é alvo das mais diversas representações, do castigo à redenção, passando pela capacidade humana da reabilitação e da cura ou pela irrefutável constatação do inexplicável e do incurável. Partindo daí, não pretendemos encontrar uma definição precisa de doença, mas discutir as noções desta em nosso meio.

Canesqui (2003), ao rever e comentar os estudos antropológicos sobre as dimensões socioculturais da saúde/doença afirma que uma parcela dos estudos aprofundou-se nos conceitos e nas metodologias e outros estudaram sobre as representações de saúde e doença através de procedimentos etnográficos ou simplesmente do emprego de técnicas qualitativas. Observando os estudos internacionais Canesqui (2003) afirma que várias abordagens sobre as representações do corpo e doença foram feitas a partir de três pressupostos:

1) cada sociedade ou grupo social dispõe de maneiras específicas de conceber e lidar com o corpo, sendo que o saber biomédico contribuiu, ao longo da história, na difusão de sua naturalização, tida como universal; 2) da doença, como fenômeno social, que é capaz de estabelecer uma relação entre as ordens biológica e social, atingindo concomitantemente o indivíduo, no que deve à biologia – o seu corpo –, a sociedade e as relações sociais; e 3) das muitas indagações e significados, suscitados pela doença na sociedade, superando os estreitos limites biológicos do corpo e as explicações biomédicas (CANESQUI; 2003: 5).

Herzlich (*apud* SEVALHO; 1993: 351) entende que “por ser um evento que modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira”, devendo-se, portanto, recorrer à história para analisar as concepções correntes em cada época e os fenômenos macrossociais e ideológicos envolvidos. Nesse sentido, para Sevalho:

A história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos e as coisas e os demais seres que os cercam. Elementos naturais e sobrenaturais habitam estas representações desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissolúvelmente ligados às expressões da doença, à ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento, às impressões de desgaste físico e mental, à visão da deterioração dos corpos e à perspectiva da morte (SEVALHO; 1993: 353).

Miranda, ao estudar o conceito de saúde e doença no mundo greco-romano, destaca que “os demônios se apossavam dos corpos” provocando doenças que deveriam ser exorcizadas e também que “a doença fazia parte das crenças religiosas e os deuses eram quem as causava”. Também sobre a cura Miranda menciona que ela era associada a diversos deuses. O autor afirma que neste período eram praticados exorcismos de variadas formas, prática esta que continuou no séc. V, “como uma corrente mística de origem oriental, a qual consegue nublar a visão dos filósofos, da consciência do povo e da investigação médica e científica (MIRANDA; 2011: 136-138).

Segundo Miranda (2011: 140) foi Hipócrates (460 a. C) quem atribuiu um teor

científico à doença, substituindo a mitologia da cura através do poder dos deuses pela observação clínica dos pacientes. Para Hipócrates “as enfermidades surgem da bile e da fleuma, que podem se tornar excessivamente úmidas, excessivamente quentes, excessivamente secas, ou excessivamente frias, como resultado da ingestão de alimentos ou bebidas, esforço ou ferimento, odor ou barulho, etc”. Miranda afirma que:

No *Corppus Hipocrático* saúde é um estado habitual, uma *diathesis* da *physis*, cuja estrutura é constituída pela boa ordem ou o perfeito equilíbrio da mistura (*krasis*) das *dynameis* dos humores. A doença é uma desproporção dos humores (*dyscrasia*), quando há escassez ou excesso de pelo menos um deles ou quando um deles não se mistura com os outros (MIRANDA; 2011: 138).

Na dimensão bíblico-teológica da doença, Mussner (2000: 110) traduz do Antigo Testamento a ideia da doença como uma experiência amarga, prova de pecaminosidade, como nas passagens “Nada há de intacto na minha carne, pela tua ira”, “Cura-me; pequei contra ti”, na “metáfora do povo “doente” que se entregou ao pecado” e na oração pela cura “Roga a Deus, pois Ele te cura”. Conforme Mussner, no Novo Testamento, Jesus, manifestando a chegada da era messiânica prometida, curou muitas doenças e “todo o contexto bíblico mostra que Jesus entende sua obra salvífica com publicanos e pecadores como serviço do “médico” messiânico que vê no pecado uma doença do homem, da qual ele precisa ser curado” (MUSSNER; 2000: 109), demonstrando que o Novo Testamento traz também essa relação de “causalidade” entre pecado e doença e a doença como sofrimento.

Também de acordo com Miranda o conceito de saúde e doença na cultura hebraica, conforme narrativas do livro de Jó, é de que Deus (Yahweh) “castiga os ímpios com sofrimento” e a cura também é recebida de Deus, “quem perdoa todas as iniquidades e quem cura todas as tuas enfermidades”, com a intermediação do profeta. No Novo Testamento permanece a influência da visão de saúde e doença do Antigo Testamento, muito representadas pelas curas milagrosas realizadas por Jesus Cristo (MIRANDA; 2011: 144, 146).

Acreditamos que nas sociedades cristãs, a forma de se pensar a doença e a cura é, ainda hoje, altamente influenciada pelo pensamento bíblico. Todavia, parece-nos inconveniente negar a confiança dos indivíduos no avanço das práticas médicas, pautadas no uso de novas tecnologias que surgem a cada dia e nas descobertas das causas, consequências e das terapêuticas avançadas das doenças, porém a visão da cura pela fé permanece arraigada e entrelaçada nesse universo de possibilidades, o que pode ser muito bem exemplificado, entre outras coisas, na proibição da eutanásia como uma

forma de respeito à crença na cura que transcende a capacidade médica humana.

Laplantine (2010), a partir da observação de uma construção etiológico-terapêutica e metacultural dos discursos referentes à definição da doença nas sociedades e dando maior ênfase na doença dita na primeira pessoa, ou seja descrita e representada pelo olhar do doente, aponta modelos universais de representação que diz ser perfeitamente identificáveis em qualquer sociedade. (LAPLANTINE; 2010: 12).

Segundo Laplantine:

Em toda cultura, em um determinado momento, privilegia-se um certo número de representações (que podem ser chamadas de dominantes), em detrimento de outras representações que nem por isso estão ausentes, mas marginalizadas com relação às precedentes e, algumas delas descartadas (definitiva ou momentaneamente), ou seja, eliminadas do campo social atual. Toda sociedade, toda época é obcecada pelo que considera causa por excelência da doença... trata-se do que foi para o Ocidente o álcool, a insalubridade e a subnutrição, os casamentos consanguíneos e hoje em dia (entre outros) o tabaco, o consumo de gorduras, a vida sedentária, o ritmo da vida urbana e, em menor grau, o patrimônio genético (LAPLANTINE; 2010: 37).

Nesse sentido, o autor afirma que apesar das várias possibilidades de atribuição às causas das doenças e aos tipos de tratamento “a interpretação da doença e da cura, em seu próprio processo de elaboração, só tem à sua disposição um número limitado de termos” e cada modelo proposto é organizado através de determinado número de relações entre estes termos que podem se opor, mas ao mesmo tempo se relacionam. “São as invariantes da experiência mórbida e da esperança de cura”(LAPLANTINE; 2010: 12).

Entre os modelos etiológicos apontados por Laplantine (2010) configuram-se os pares ontológico/relacional, exógeno/endógeno, aditivo/subtrativo e maléfico/benéfico; e entre os modelos terapêuticos estão os pares alopatóico/homeopático, exorcista/adorcista, aditivo/subtrativo e sedativo/excitante.

O modelo etiológico ontológico assume a ideia da doença como um “ser”, uma entidade inimiga e estranha ao doente (“a coisa”) em contraste com o seu par, o modelo relacional (ou funcional), que assume a doença como um desarranjo, um desequilíbrio, uma desarmonia por excesso ou por falta, mas não considerada como algo inimigo ou estranho. Também no modelo etiológico há o ponto de vista exógeno que vê a doença como resultado da ação de elemento externo real ou simbólico (infecção microbiana, espírito patogênico, etc) em oposição ao seu par, o modelo endógeno, dos que acreditam

que a doença seja advinda do interior do sujeito (temperamento, constituição, predisposições, caráter, hereditariedade, etc). Ainda nesse modelo da descrição da doença pela etiologia, Laplantine considera a visão subtrativa ou aditiva, sendo que a primeira toma a doença como resultado de algo a menos que deve ser restituído (anemia, emagrecimento, úlcera, etc) e a segunda a vê como um “feitiço” lançado ao indivíduo ou como um algo a mais que deve ser extraído (um tumor, uma febre, uma angústia). E considera, por fim, o discurso benéfico que associa a doença a uma mensagem a ser ouvida e desvendada, uma tentativa de restauração do equilíbrio perturbado ou como um episódio que exalta e enriquece, como graça, como sacrifício, salvação e libertação; e o seu oposto, o maléfico, que percebe a doença como nociva, perniciosa, indesejável, privadora e que deve ser combatida. (LAPLANTINE, 2010)

O modelo terapêutico trata da representação da doença através das possíveis formas de tratamento, sendo então observados o alopático, que prevê a eliminação do sintoma pelo seu contrário com a ação do quimioterapêutico antagonista, e o homeopático, que crê na reativação dos sintomas pelas semelhanças e age para a cura no mesmo sentido da doença. O modelo exorcista admite a necessidade de extração da doença do corpo ou do espírito do cliente numa espécie de guerra contra a doença, em contraponto com a visão adorcionista, que percebe a doença como algo sagrado, a terapia da alma, um sacrifício do corpo, o sagrado como doença e como cura. Também no modelo terapêutico Laplantine sugere o subtrativo e o aditivo, resolutivos dos modelos etiológicos aditivo/subtrativo respectivamente, sendo então considerada a eliminação de líquidos ou extração de sólidos (purgativo, sangria, supressão de órgão, etc) ou a ação que visa suprir uma falta (enxerto de um órgão, vitaminas, etc). E ainda menciona o modelo sedativo/excitante, visando ao reequilíbrio do organismo pela inibição (estancar, acalmar, etc) ou, contrariamente pelo estímulo do organismo ou da personalidade.

De acordo com as argumentações de Laplantine, as representações sobre a doença se misturam e se engendram na articulação entre as variáveis possíveis previstas dentro de um determinado modelo proposto e na sua interrelação íntima com os demais, sempre comandadas pelo peso atribuído às causas e às terapias das doenças.

Porém, quando trata-se de uma doença incurável ou da qual não se conhece a etiologia, a iminência da morte passa a povoar a imaginação das pessoas. Assim, a

busca por uma explicação para a doença é o caminho para as especulações leigas e médicas, como foi o caso da Aids no início da epidemia.

Laplantine também demonstra que as representações podem se modificar a partir do discurso médico sobre determinada doença (tratamento, cura), assim como este discurso médico também se modifica ao longo do tempo a partir da experiência empírica, afetiva, da doença pelo doente e vivenciada pelo saber médico em uma interação social e não apenas biomédica.

Podemos inferir este pensamento também nas palavras de Sontag (1984), que ao se referir à tuberculose e ao câncer afirma que:

As fantasias inspiradas pela tuberculose no século passado, e pelo câncer agora, constituem reflexos de uma concepção segundo a qual a doença é intratável e caprichosa, ou seja, um mal não compreendido numa era em que a premissa básica da medicina é a de que todas as doenças podem ser curadas. Tal tipo de enfermidade é misterioso por definição. Pois enquanto não se compreendeu a sua causa, e as prescrições dos médicos mostraram-se ineficazes, a tuberculose foi considerada uma insidiosa e implacável ladra de vidas. Agora é a vez do câncer ser a doença que não bate a porta antes de entrar. É o câncer que desempenha o papel de enfermidade cruel e furtiva, um papel que conservará até que, algum dia, sua etiologia se torne tão clara e seu tratamento tão eficaz quanto se tornaram a etiologia e o tratamento da tuberculose (SONTAG; 1984:12).

Sontag prossegue afirmando que “qualquer doença encarada como um mistério e temida de modo muito agudo será tida moralmente, senão literalmente, contagiosa” (SONTAG; 1984:12). Podemos observar que, no caso da Aids, o mistério em relação à etiologia e à terapêutica no início da epidemia, associado ao número crescente de casos que resultaram em mortes e à população inicialmente acometida pela doença, não só a caracterizou como uma doença contagiosa como também instigou as teorias do senso comum, criando, assim, a estigmatização da doença, a identificação e segregação dos grupos de risco e o preconceito para com os doentes.

2.3 – A representação sob o viés da sexualidade e da Aids

Vários estudos, em amplos campos do conhecimento, se utilizam das representações sociais na tentativa de relacioná-las à maneira como a população se

manifesta e às atitudes provenientes da forma como vê e interpreta determinado objeto. Em nosso estudo, que se atém às representações de jovens rurais sobre a Aids, inevitavelmente adentramos pelo campo da sexualidade humana que, por sua essência, trata das relações do indivíduo consigo mesmo e com os outros e que, ao longo dos tempos, sofre influências advindas das representações sociais preponderantes em cada época, em cada cultura e muitas vezes impostas por instituições como a família, a comunidade ou a religião. Historicamente, essas representações preponderantes na sociedade atuam geralmente na tentativa de direcionar o comportamento sexual para o que seja considerado santo e sagrado (como, por exemplo, a procriação) e, por consequência, correto, combatendo-se comportamentos considerados insanos e pecadores, na manutenção do controle social. Contudo, assim como em outros aspectos da vida, as próprias representações preponderantes são influenciadas pelo tempo e pela modernidade e mutáveis (ou imutáveis) conforme a conveniência, o que faz com que as representações sobre sexualidade se fortaleçam em universos diferenciados.

Ao refletir sobre o conceito de representações sociais, com o pensamento voltado para o campo da sexualidade, Jeolás afirma que:

As representações sociais situam-se na interface entre o individual e o coletivo, e conformam-se num processo construtivo, simbólico e criativo, em que conteúdos mais estáveis articulam-se com outros mais dinâmicos; existem permanências e mudanças – que implicam diversidades – em seu processo de elaboração. Na verdade, algumas representações mostram-se muito estáveis, fazendo-se presentes na história da cultura ocidental, mesmo quando articuladas a outras configurações mentais. É o caso de alguns significados atribuídos à noção de contágio ao longo das várias epidemias, dos significados de falta, culpa ou responsabilidade patentes em certas doenças e dos significados de pecado, doença ou anormalidade relacionados a algumas manifestações da sexualidade (JEOLÁS; 2007: 42).

Nesse sentido, a colaboração de Mary Douglas também pode ser empregada e entendida no campo da sexualidade. Douglas afirma que “crenças reforçam pressões sociais” entendendo que as pessoas mantêm valores morais e regras sociais por “crenças em contágio perigoso” e que as ideias de contatos perigosos carregam uma carga simbólica e “se relacionam com a vida social” (DOUGLAS; 1966: 13).

Corroborando com esta mesma vertente, Moscovici (2001) afirma que:

o indivíduo sofre a pressão das representações dominantes na sociedade e é nesse meio que pensa ou exprime seus sentimentos. Essas representações diferem de acordo com a sociedade em que nascem e são moldadas. Portanto, cada tipo de mentalidade é distinto e corresponde a um tipo de sociedade, às instituições e às práticas que lhe são próprias (MOSCOVICI; 2001: 49).

Brandão e Heilborn (2006) adotam um conceito de sexualidade como sendo um conjunto de regras socioculturais que modelam a experiência íntima dos sujeitos. Nesse sentido, Beatriz Ressel *et al* afirmam que:

A sexualidade é uma unidade autônoma e entidade universal de todo ser humano, porém dependente de determinado contexto cultural. Depende de elementos balizadores (como origem étnica, história familiar, etapa do ciclo da vida em que se encontra, relações de gênero estabelecidas no universo em que vive) para o processo de modelação da subjetividade do eu (RESSEL *et al*; 2002: 5).

Stearns (2010: 8) reitera que a cultura sexual é passível de mudanças profundas “dependendo do período e de condições sociais mais amplas” e exemplifica que índices de adultério variam e até mesmo “a idade da puberdade muda (o que significa que nem mesmo a biologia é uma constante absoluta), dependendo da nutrição e do contexto social”.

Considerando ser verdade que “a sexualidade humana é uma construção social e cultural organizada dentro de complexos sistemas de significado e articulada dentro do contexto de diferenciações e desigualdades de ordens sociais específicas” conforme também afirma Parker, então podemos certamente afirmar que a sexualidade é uma representação social e a forma de manifestá-la está intimamente relacionada com o imaginário construído a partir das experiências e das relações cotidianas (PARKER; 2000: 10). Nesse sentido, é pertinente pensarmos que as representações sobre a Aids como uma realidade vivida em todo o mundo, tem influenciado diretamente, entre outras coisas, nas representações sobre a sexualidade e sobre as relações sexuais, desencadeando novas discussões e reflexões acerca dos comportamentos e das estratégias de combate à doença. Conforme afirma Jeolás:

A aids, ao acionar domínios de grandes investimentos imaginários – doença epidêmica, contágio, sexo, morte, paixão, drogas, entre outros –, torna-se temática privilegiada para reflexões sobre a importância do

imaginário e do simbólico enquanto instâncias de apreensão da realidade (JEOLÁS; 2007: 31).

2.4 – Mudanças na representação: dos grupos de risco à condição de vulnerabilidade

As doenças infecto-contagiosas são, de forma generalizada, motivo de grande pânico na sociedade. Isto se faz perceber claramente na história da humanidade ao se retomar as leituras sobre as grandes epidemias que assolaram populações e também na história mais recente onde doenças como a cólera, a dengue, a gripe aviária, o vírus H1N1, entre outras, fizeram vítimas fatais ao se manifestarem abruptamente em pequenos grupos e se alastrarem sorrateiramente alcançando, muitas vezes, números alarmantes de casos, antes que pudessem ser detectados os mecanismos de transmissão, prevenção e cura.

A constante busca pelo bem-estar, por melhores condições de vida, por reconhecimento através do trabalho e o desejo de pertencimento dentro de um determinado grupo, faz com que as pessoas sintam-se ameaçadas diante da possibilidade do contágio (e do imaginário resultante delas) e da consequente proximidade do sofrimento e da morte. É também consenso entre vários autores que a dimensão social de uma doença está intimamente associada às suas formas de contágio, o que pode levar a ideias dicotômicas como de benevolência/maledicência, inocência/culpa, provação/castigo, pertencimento/isolamento, santidade/pecado.

Nesse sentido, a Aids, ao se configurar como uma doença transmissível, pandêmica, letal e incurável, por si só, em seu caráter biológico, já representa uma ameaça para a sociedade, como outras doenças transmissíveis. Porém, as dimensões sociais envolvidas nesta problemática como o preconceito, o isolamento, a alteridade, a culpa, o discurso religioso, alcançam grande escala considerando que a Aids “desnudou aspectos obscuros do universo sociocultural” (CONCONE; 2007: 12) ao trazer à baila discussões sobre o comportamento humano no campo da sexualidade e ao abrir as cortinas que escondiam por detrás de si a homossexualidade, a bissexualidade, o uso de drogas injetáveis e a própria fragilidade do sistema de saúde.

Vários aspectos culturais poderiam ser levados em conta nessa discussão sobre os diferentes modos como as pessoas representam e se posicionam diante da epidemia

da Aids. No entanto, por se tratar de uma doença que está permanentemente relacionada à vida afetiva e ao comportamento sexual dos indivíduos, o aspecto religioso e espiritual toma uma dimensão de grande relevância, pois as normas de conduta, o medo do pecado e a forma de expressão da sexualidade vivenciados de diferentes maneiras pelas pessoas em diferentes culturas são profundamente influenciados pelo grau de religiosidade, pelas formas de expressão da fé e pelas ideias de “sagrado e profano” (DOUGLAS, 1966).

Nessa perspectiva, Douglas afirma que as culturas nas quais as representações sobre o contágio florescem, são sensíveis à mudança, mas para os seus membros elas parecem “sem tempo e imutáveis”.

O nativo de qualquer cultura, naturalmente, julga-se receptor passivo de suas ideias de poder e perigo no universo, descontando quaisquer modificações menores com as quais ele próprio pudesse ter contribuído. ... Pode parecer que numa cultura ricamente organizada por ideias de contágio e purificação o indivíduo esteja agarrado a férreas categorias de pensamento, as quais são pesadamente salvaguardadas por regras de escape ou por punições. Pode parecer impossível para tal pessoa libertar seu pensamento das rotinas protegidas de sua cultura (DOUGLAS; 1966: 16).

É também nesse sentido que Durkheim e Mauss se expressam ao afirmarem que a pressão que o grupo exerce sobre cada um de seus membros “não permite que os indivíduos julguem livremente as noções que a própria sociedade elaborou e onde ela pôs alguma coisa de sua personalidade. Semelhantes construções são sagradas para os particulares” (DURKHEIM E MAUSS; 1981: 455).

Conforme já tivemos a oportunidade de discutir no Capítulo 1 desta pesquisa, baseada nos “aspectos obscuros” da manifestação da Aids, a sociedade passou a inculcar aos infectados a responsabilidade e a culpa pela doença e a classificar determinados segmentos como “grupos de risco”, indivíduos que apresentavam um comportamento desviante estando entre eles os homossexuais, os hemofílicos, os haitianos, os heroínômanos e as *hookers* (prostitutas).

Portanto, vale refletirmos de que forma as representações da década de 80 recaíram sobre as pessoas afetadas ou aquelas vistas, à época, como predispostas (por pertencer aos então “grupos de risco”), e criaram (e sustentaram) o estigma sobre a doença.

Segundo Denise Jodelet (2001: 18), antes que a medicina elucidasse a natureza da Aids, explicações de senso comum foram elaboradas pelas pessoas à medida que a doença se estabelecia. Na interpretação moral e social “considera-se a Aids uma doença-punição que se abate sobre a licença sexual”. A Aids é comparada à sífilis, “como efeito de uma sociedade permissiva, uma condenação pelas condutas degeneradas, uma punição pela irresponsabilidade sexual”.

Esta interpretação moral espontânea foi amplamente encorajada pelas instâncias religiosas. Pollack (1988) cita o exemplo do Brasil, onde a Conferência Nacional dos Bispos se levantou contra as campanhas governamentais de promoção do preservativo, qualificando a Aids de consequência da decadência moral, castigo de Deus ou vingança da natureza (JODELET; 2001: 18).

Muitas discussões são colocadas pela Aids, tendo a sexualidade como “pano de fundo”, dentre elas “a importante participação do cristianismo na produção de representações relativas à associação doença-sexo-pecado e a hierarquização nas questões de gênero em nosso país” (JEOLÁS; 2007: 26). Segundo VELHO (1985: 23), “os grupos sociais criam o desvio ao estabelecer as regras cuja infração constitui desvio e ao aplicá-las a pessoas particulares, marcando-as como *outsiders*”. Velho considera que o desvio não é uma qualidade da ação do indivíduo, mas a aplicação pelas pessoas de regras e sanções àquele que transgride.

Norbert Elias, ao constatar aspectos de uma configuração universal de poder estudando uma pequena comunidade, afirma que um grupo estabelecido atribui a seus membros características humanas superiores e o tabu em torno desses contatos se mantém através de meios de controle social como “fofoca elogiosa” aos seus e “fofoca depreciativa” contra os suspeitos de transgressão (ELIAS; 2000: 20) .

Também dessa forma, criou-se um estigma em relação à Aids baseando-se no que se espera de um indivíduo “normal”: um comportamento adequado às normas impostas pela sociedade. Segundo Erving Goffman, é motivo de estigmatização a presença de um atributo que torna a pessoa indesejável e até mesmo “má, perigosa ou fraca”, o que pode ser perfeitamente adequado ao caso da Aids, onde posicionamentos como o da igreja tomaram grandes dimensões e estigmatizaram a doença e principalmente os indivíduos por ela infectados, utilizando-se dos preceitos de moral, dos bons costumes e da fé (GOFFMAN; 1982: 12). Como em Norbert Elias (2000: 22)

“a exclusão e a estigmatização dos *outsiders* pelo grupo estabelecido eram armas poderosas para que esse último preservasse sua identidade e afirmasse sua superioridade, mantendo ou outros firmemente em seu lugar”. Para o autor:

Atualmente, há uma tendência a discutir o problema da estigmatização social como se ele fosse uma simples questão de pessoas que demonstram, individualmente, um despreço acentuado por outras pessoas como indivíduos. Um modo conhecido de conceituar esse tipo de observação é classificá-la como preconceito. Entretanto, isso equivale a discernir apenas no plano individual algo que não pode ser entendido sem que se perceba, ao mesmo tempo, no nível do grupo. Na atualidade, é comum não se distinguir a estigmatização grupal e o preconceito individual e não relacioná-los entre si. Em Winston Parva, como em outros lugares, viam-se membros de um grupo estigmatizando os de outro, não por suas qualidades individuais como pessoas, mas por eles pertencerem a um grupo coletivamente considerado diferente e inferior ao próprio grupo. Portanto, perde-se a chave do problema que costuma ser discutido em categorias como a de “preconceito social” quando ela é exclusivamente buscada na estrutura de personalidade dos indivíduos. Ela só pode ser encontrada ao se considerar a figuração formada pelo dois (ou mais) grupos implicados ou, em outras palavras, a natureza da sua interdependência” (ELIAS, 2000: 23).

Goffman (1982) afirma que a ação social benevolente ocorre pela tentativa de suavizar e melhorar as atitudes, já bem conhecidas, das pessoas que se consideram normais para com as pessoas estigmatizadas. Nas palavras de Goffman

acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construimos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social (GOFFMAN, 1982:15).

Isso também pode se aplicar ao caso dos infectados pelo HIV, onde não somente a luta pelas chances de sobrevivência física, biológica, do corpo, passa a povoar os seus pensamentos e seu cotidiano a partir do diagnóstico da doença, como também a luta pela chance da vida em sociedade, a busca pela alegria do pertencimento, sem serem vistos como “*outsiders*” e sem representarem perigo para o outro nas relações cotidianas.

Segundo Murakami *et al* (2007), hoje, com o aumento da contaminação pelo vírus da Aids entre os heterossexuais, sobretudo entre as mulheres, e ainda com a tendência a maiores índices de contaminação entre as pessoas que possuem pouca escolaridade e em municípios de médio e pequeno porte, é emergente o conceito de vulnerabilidade. Este conceito é “constructo e construtor de uma percepção ampliada e reflexiva, a qual identifica as razões últimas da epidemia bem como seu impactos, que vão das suscetibilidades orgânicas à maneira como são estruturados os programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos”(MURAKAMI *et al*; 2007: 2).

Permita-nos, o leitor, abrir aqui um parêntese para uma breve reflexão sobre o conceito de vulnerabilidade voltando o nosso olhar para o jovem, objeto do nosso estudo, dentro deste contexto da disseminação da Aids. Para o Ministério da Saúde:

Vulnerabilidade pode ser compreendida como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, e, também, como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que estão relacionados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, ao mesmo tempo, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção. Sendo assim, as diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos individuais e coletivos podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados - o individual, o social e o programático ou institucional (BRASIL, 2006: 11).

Segundo o Ministério da Saúde, os fatores externos, componentes do meio em que vivem, os meios de comunicação de massa, as instituições, as leis e a política, exercem grande influência no pensamento e no comportamento dos adolescentes e jovens. A isto se acrescenta a maior chance de exposição da população jovem ao risco da violência física, às turbulências sociais, ao movimento migratório e aos conflitos armados, além de uma constante busca de se aventurar pelo que lhes parece novo a cada oportunidade que se apresenta a eles nesse período de descobertas. Ressalta-se a necessidade de “acesso à educação formal, aos serviços de saúde, às atividades recreativas, ao desenvolvimento vocacional e às oportunidades de trabalho” para o desenvolvimento dessa categoria. De acordo com uma pesquisa desenvolvida pelo Instituto Cidadania em 2005, algumas situações foram apontadas como geradoras de vulnerabilidade entre os jovens brasileiros, sendo a inserção social, profissional e

educacional e, sobretudo as “dificuldades de serem ouvidos em suas opiniões e necessidades”, os principais elementos encontrados. Tais fatores podem aumentar a vulnerabilidade aos agravos à saúde (BRASIL; 2006: 11).

Pessalacia *et al* (2010: 425) afirmam que “as pessoas são afetadas por uma vulnerabilidade intrínseca relacionada à própria condição de ser humano e, além disso, por vulnerabilidades circunstanciais decorrentes de pobreza, de falta de acesso à educação, dificuldades geográficas, doenças crônicas e endêmicas, discriminação e outros infortúnios”.

Segundo Paiva *et al* (2002):

Desde a segunda década da epidemia, as abordagens adotadas para conter novas infecções pelo HIV ou o adoecimento dos infectados passaram a ser menos restritas à perspectiva do risco individual. Aquelas mais bem-sucedidas passaram a ser inspiradas nos princípios da promoção e proteção de direitos individuais e sociais, integrando propostas que assumem que a vulnerabilidade ao HIV e à Aids é, a um só tempo, individual e coletiva. Essa visão pressupõe que o controle da epidemia depende, portanto, não somente da disseminação de informações corretas, mas fundamentalmente, da possibilidade de os indivíduos nelas se reconhecerem, usando-as para sua proteção, o que não acontece independentemente das culturas, do contexto sociopolítico de cada país e comunidade e dos programas de saúde, desenvolvimento e educação locais (PAIVA *et al*; 2002: 4).

Fechemos o parêntese com as colocações de Ayres (2002: 20) que considera ser um importante desafio a migração do termo “risco” para o de “vulnerabilidade”, pois as políticas, os programas e as ações passam a ser centradas “nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos grupos populacionais e suas interdependentes e cambiantes identidades” e não nos grupos de risco. Além disso, considera que os comportamentos resultam de elementos estruturais e contextuais e não exclusivamente da vontade ou do grau de conhecimento dos indivíduos.

Diante disto, cabe lembrarmos que os chamados “grupos de risco” (dos homossexuais, prostitutas, drogaditos e hemofílicos), tão referenciados no início da epidemia nos anos 80, há muito já não se configuram como protagonistas da doença que se alastra entre as pessoas ditas “normais” nas quais se identificam a juventude. Tal fato, como vimos, fez cair por terra essa classificação que passou a ser referenciada como comportamento individual de risco e vulnerabilidade social.

2.5 – Representações sobre a Aids

Nas décadas que se seguiram após o advento da Aids, muitos estudos foram realizados e alcançaram êxitos, principalmente no campo da medicina, onde novas drogas foram descobertas proporcionando novas perspectivas de maior sobrevivência aos portadores do HIV. Também no campo da antropologia diversos estudos analisaram as implicações da Aids no âmbito das relações sociais e das representações sobre a doença, o que nos interessa especificamente neste estudo.

Ao realizar uma pesquisa sobre as representações sociais transculturais da Aids com sessenta jovens sul-africanos e britânicos, hetero e homossexuais, brancos e negros, homens e mulheres, no início dos anos 90, Hélène Joffe afirma que as pessoas dizem em primeiro lugar “eu não”, “não o meu grupo” (JOFFE; 1999: 300), referindo-se à origem e disseminação da Aids. A autora sugere que nas representações sobre a doença prevalece uma tendência em relacioná-la ao “outro” e a outros grupos, imputando-lhes responsabilidade e culpa. Dessa forma, as pessoas tendem a não se incluírem entre os grupos que estão expostos à chance de contágio e acreditam que o seu grupo, o seu universo social, não pode ser acometido pela “praga do grupo externo” (JOFFE; 1999: 302).

Com referência aos grupos mais atingidos, Joffe observou que dois terços dos sul-africanos distinguem espontaneamente sua sociedade em grupos raciais, acreditando que os negros são mais afetados pela Aids na África do Sul, ao passo que dois terços dos britânicos dividem a sociedade em relação à orientação sexual dos grupos, acreditando que a doença afeta mais frequentemente os homossexuais. Uma importante conclusão de Joffe é que “sul-africanos negros e britânicos homossexuais veem a si próprios, e não outros grupos, como os mais afetados pela Aids” (JOFFE; 1999:301) indicando, assim, que as pessoas internalizam os estigmas na reprodução das representações preponderantes que percorrem a sociedade, referentes à Aids.

Em dezembro de 2001, Alves realizou uma pesquisa como objetivo de analisar as práticas sexuais e representações sociais sobre DST/Aids entre 22 homens na faixa etária de 18 a 40 anos, residentes na zona rural de uma cidade pernambucana. No que diz respeito à Aids, concluiu que as informações de que dispõem “baseiam-se num conhecimento impreciso e inconsistente”; veem o preservativo de forma negativa e

sentem-se distante do risco de se contaminarem, o que justifica o seu não uso. Ressalta que “as campanhas de prevenção parecem não ter um impacto significativo sobre estes homens, talvez pela falta de conhecimento do seu universo cultural, não se utilizando de uma linguagem que os coloque a par do que é a epidemia”. Por fim, afirma que representam a Aids como fatalidade associando-a à morte; “não se veem como possíveis infectados ao tempo em que também não se utilizam de mecanismos eficientes de proteção” e o discurso indica um “elevado nível de exposição ao risco de contraí-la”(ALVES; 2003: 10).

Marques *et al* analisaram, em 2004, os conteúdos e a estrutura da representação social da Aids em uma amostra constituída por 366 trabalhadores de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro, sendo 221 da enfermagem e 145 técnico-administrativos com idades entre 22 e 70 anos. Como possíveis elementos centrais da representação aparecem as palavras medo, morte, preconceito, prevenção e sofrimento. “Constituindo-se nos elementos periféricos da representação, estão as palavras amor, contaminação, cuidado, discriminação, drogas, perigo, promiscuidade, sangue, solidariedade, solidão e vergonha. Como elementos intermediários aparecem as palavras tristeza, camisinha, depressão, doença, doença incurável, dor e sexo (MARQUES *et al*; 2004:98). Marques *et al* observaram que:

“o significado da Aids para os servidores é fortemente marcado por elementos negativos, identificados pelas palavras medo, morte e sofrimento. A palavra morte, que tem maior frequência e foi prontamente evocada, evidencia uma dimensão imagética e expressa sentimento de destruição em relação à Aids. O resultado reflete, também, o posicionamento dos sujeitos perante o problema por meio de emoções e atitudes, como sofrimento, medo e preconceito” (MARQUES *et al*; 2004:98).

Thiengo *et al*, em uma pesquisa feita em 2000 com 15 adolescentes entre 12 e 20 anos portadores e não portadores do HIV, atendidos em um Hospital Escola do Rio de Janeiro, com o objetivo de “discutir as implicações das representações sociais do HIV/Aids para as relações interpessoais e práticas de proteção entre adolescentes”, consideraram que as palavras “sintoma”, “doença”, “sofrimento” e “morte” são elementos que estruturam a representação da Aids como uma “fatalidade, uma doença que não tem cura e que mata” (THIENGO *et al*; 2005: 75).

No que diz respeito ao conhecimento apreendido pelos jovens sobre o HIV/AIDS, observa-se que este se caracteriza pela memorização e reprodução das informações sobre as formas de transmissão e os meios de prevenção do HIV e, sobretudo, pela ausência de conteúdo acerca do processo de desenvolvimento da doença, ou “de transformação do HIV em AIDS”(THIENGO *et al*; 2005:75).

Silva *et al* realizaram uma pesquisa com 33 idosos de idade entre 60 e 77 anos como objetivo de analisar as representações sociais sobre a Aids entre eles. Verificou que “os idosos possuem um bom nível de conhecimento sobre os meios de transmissão e prevenção da Aids”, porém não usam camisinha nas relações com “pessoas de confiança” e acreditam que a transmissão ocorre “nas relações sexuais com pessoas desconhecidas” (SILVA; 2005: 9).

O Ministério da Saúde (2011), em estudos realizados nos anos de 2007 e 2008 com cerca de 36 mil jovens do sexo masculino com idades entre 15 e 24 anos, ao abordar o comportamento da população brasileira com relação à prevenção de DST, constatou que a grande maioria desses jovens (97%) tem conhecimento de que o uso da camisinha é a forma mais eficaz de se evitar o HIV. Foi observado que a primeira relação sexual ocorreu antes dos 14 anos em 17,2% dos jovens e que 26,2% declararam que tiveram mais de 10 parceiros na vida. Também foi observado que o uso do preservativo é maior na população jovem (15 a 24 anos) em comparação com outras faixas etárias, configurando também com a faixa etária com mais parceiros casuais e que mais recorre ao preservativo gratuito e, ainda, que 68% dos jovens usaram o preservativo na última relação com parceiro casual no último ano. O estudo destaca que o primeiro local de acesso ao preservativo é o Posto de Saúde, sendo a escola, o segundo lugar de maior acesso, tendo em vista que 63% das escolas no Brasil trabalham com o tema DST e Aids dentro do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE. Os estudos destacam que:

Entretanto, apesar do conhecimento sobre a importância do preservativo, do seu alto uso na última relação sexual e do seu maior uso em relação às demais faixas etárias em todas as situações, o uso regular do insumo tem-se reduzido. Com parceiros casuais diminuiu de 63% (2004) para 55% (2008) e o seu uso com qualquer parceiro caiu de 53% para 43%. Um dado positivo é que os jovens HSH tendem a usar 2,2 vezes mais o preservativo do que os heterossexuais jovens (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2011: 7).

Em um estudo realizado no ano de 2007, que investigou as representações sociais e a alteridade sobre a Aids em 261 adolescentes meninos (49,4%) e meninas (50,6%) estudantes do ensino médio na cidade de Florianópolis, Camargo *et al* (2009) afirmam que para 33,8 % dos entrevistados a Aids é representada como um problema social e, “para proteger-se, é necessário conhecer os métodos preventivos” e os elementos representativos foram: cuidado, prevenção, informação, sociedade e contrair. Do total de participantes, 42,9% representam a Aids “sob a ótica biomédica, como uma doença sexualmente transmissível que pode ser disseminada através das relações sexuais, pelo compartilhamento de seringas contaminadas e por transfusões de sangue, causada por um vírus que ataca o sistema imunológico”. Nessa ótica, os elementos simbólicos citados foram: sexo, sangue e transmissão. Sobre a alteridade, a pesquisa revelou que os jovens relacionam a “contaminação pelo HIV à falta de preocupação com a prevenção e à irresponsabilidade (CAMARGO *et al*; 2009: 715-717).

Natividade, em uma pesquisa realizada em 2010 com 480 pessoas com idades variáveis entre 18 e 63 anos, com distintos graus de escolaridade, desde o ensino médio até a pós-graduação, inclusive estudantes da área de saúde, com o objetivo de descrever elementos que caracterizam a representação social da Aids para adultos, observou que os “elementos doença, transmissão, prevenção, sexo, descuido, preservativo, medo e sofrimento obtiveram frequência de citação e prontidão de evocação superiores às médias”, tendo então considerado como “prováveis elementos do núcleo central da representação social” (NATIVIDADE; 2011:310).

Observou também que “os elementos morte, cuidados, preconceito, conscientização e tratamento tiveram frequência superior à média, porém foram menos prontamente evocados”, tendo considerado como “prováveis elementos intermediários da representação social”. Afirma ainda que “os elementos DST, vírus, grave, saúde, imunidade e sintomas apresentaram frequência inferior à média”, porém com superior prontidão de evocação, tendo, então, considerado como “prováveis elementos intermediários da representação social. E por fim “os elementos perigo, sem cura, problema, pessoas, drogas, sangue, apoio, vida e superação” tiveram inferiores frequências e médias de prontidão, figurando como elementos periféricos da representação social (NATIVIDADE; 2011:310-311).

Em uma abordagem sob a ótica de gênero, Meyer *et al* (2004) realizaram uma pesquisa no Programa de Saúde da Família em Porto Alegre/RS com a participação de 24 agentes comunitários de saúde (22 mulheres e dois homens) utilizando a estratégia da formação de grupos focais para problematizar anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção ao HIV/Aids implementadas pelo Ministério da Saúde no período de 1994 a 2000. A pesquisa teve como objetivo produzir subsídios para repensar essa modalidade de prevenção. Concluíram, dentre outras coisas, que a fala dos agentes de saúde provocadas pelos anúncios televisivos definem as mulheres como “seres submissos, dependentes e crédulos, que não conseguem se impor em suas relações afetivas e sexuais” e os homens heterossexuais como sendo "dotados de um impulso sexual que não conseguem controlar”. Essas conclusões podem estar relacionadas com o aumento da contaminação pelo vírus entre as mulheres que mantêm relacionamento heterossexual estável (MEYER *et al*; 2004: 59/68).

Em que pesem as definições e ponderações descritas acima, e todo um aparato de informações que já se produziu acerca da Aids, tanto na comunidade acadêmica quanto no senso comum, conclui-se que esta doença não se configura tão somente como um mal físico/biológico que fragiliza a pessoa humana na sua essência, impossibilitando-a e, até mesmo, em casos mais avançados, incapacitando-a para as atividades do dia a dia, como qualquer outra doença grave.

Diante destes estudos, observamos que ser portador do vírus da Aids pode representar, para além do mal físico, para além dos limites do corpo, um mal social que implica em responsabilidade, culpabilidade, castigo, formação de estigmas, rompimento de relações, discriminação e ressocialização através de grupos menores e bem definidos. Isto fica claro na prevalência de elementos negativos representativos associados à alteridade, fatalidade, homossexualidade, preconceito, medo, etc. Por se tratar de uma doença em que a via de transmissão preponderante, no Brasil, tem sido a das relações sexuais, e ainda pelo histórico marginal da doença, haja visto ter se manifestado primeiramente em indivíduos que eram considerados “à margem” da sociedade, esses elementos representativos recaem sobre a Aids, gerados a partir da imposição dos limites sociais, da fria avaliação de comportamentos e do medo. Contudo, as diferenças sociais, a discriminação, a pauperização e a dificuldade de acesso a serviços de saúde tem se configurado como fatores intrínsecos à proliferação da epidemia no Brasil.

Neste capítulo tivemos como propósito proporcionar ao leitor a compreensão do significado das representações sociais e a reflexão sobre a influência dessas representações na forma como as pessoas, em especial a categoria juventude, expressam a sexualidade. Pudemos, através desta revisão bibliográfica, compreender a importância da coletividade, das instituições, dos grupos e das crenças arraigadas nas distintas sociedades para a determinação dos comportamentos individuais e coletivos e para as percepções acerca da doença.

No próximo capítulo abordaremos o mundo rural, suas configurações, seus significados, as relações econômicas, espaciais e socioculturais cidade/campo e, posteriormente, após analisar os diferentes conceitos de juventude, finalmente tentaremos compreender, dentro deste universo diversificado, a significação da categoria juventude rural.

CAPÍTULO 3

JUVENTUDE RURAL

“Em mim há uma infinidade de recortes, mas não sou arte que deve ser apreciada com pressa. Sou feita de detalhes antigos que carecem de contextualizações.”

“Eu sei quem eu sou. ...Os outros, apenas, me imaginam.”

Padre Fábio de Melo

Nos capítulos anteriores apresentamos o histórico do surgimento da Aids, sua propagação pelo mundo, as representações sociais criadas em torno dos outrora “grupos de risco” e a atual condição de vulnerabilidade individual e social a que estão expostos os diversos grupos dentre os quais se destaca a juventude. Entretanto, ficou patente que nos estudos sobre a doença prevalece uma ótica urbana, seja nos levantamentos estatísticos, seja na eleição de grupos sociais para a realização das pesquisas sobre as representações coletivas.

Neste capítulo pretendemos nos aproximar mais de nosso objeto de estudo, os jovens rurais, entendendo que o trânsito mais acentuado entre campo-cidade deve colocá-los também na pauta de prioridades nos estudos sobre a Aids. A maior identificação com estilos de vida urbanos por parte dos jovens rurais se dá através dos deslocamentos físicos cada vez mais usuais, mas também por consumos culturais proporcionados pelas mídias e pelas novas tecnologias da informação e da comunicação (TIC's) que, dentre outras coisas, mostram as situações de possibilidades de contágio e as atitudes preventivas em relação à doença. Da mesma forma, os jovens rurais também são alvo das campanhas governamentais de prevenção à Aids e às DST que integram o conteúdo programático da educação formal, embora não haja avaliação sobre a veiculação e recepção desses conteúdos nas escolas rurais.

Assim, faremos primeiramente uma abordagem sobre as configurações do mundo rural contemporâneo, priorizando a intensidade de fluxos entre campo-cidade e a aproximação, mas não a eliminação, de estilos de vida rural e urbano. Em seguida

abordaremos a juventude em sua especificidade de promover, vivenciar e condensar alguns dilemas da vida contemporânea para, finalmente, caracterizar a juventude rural, situando-a nessa encruzilhada de várias situações e temas emergentes.

3.1 - O contexto de uma nova ruralidade: de que rural estamos falando?

As implicações provenientes da dicotomia campo/cidade têm permeado as discussões sobre uma nova concepção do espaço rural brasileiro. Muitas mudanças ocorridas nas últimas décadas, desde o processo de industrialização, que interferiu vigorosamente no modo de produção agrícola, até os dias de hoje com as novas relações econômicas e a necessidade de valorização dos recursos naturais, provocaram os atuais debates e as reflexões sobre o novo modo de se descortinar o espaço rural, prenunciando o fim desta dicotomia e acenando para o caráter de “complementariedade” nas relações rurais e urbanas.

A partir dos anos 1980, após a crise do modelo produtivista que culminou com a superprodução, o desemprego e o desgaste dos recursos naturais, um novo panorama se aponta no mundo rural, com a sua valorização como um espaço de múltiplas atividades não necessariamente agrícolas (SACCO DOS ANJOS e CALDAS; 2004).

Segundo Stropasolas “o rural passa a ser visto, por algumas tendências de pensamento, de uma forma mais valorizada, ou seja, há uma representação mais positiva do papel e do espaço ocupado pela ruralidade na sociedade contemporânea” (STROPASOLAS; 2006:56).

Para Wanderley (2009) as relações entre o meio rural e o meio urbano eram vistas como de isolamento ou de oposição e as recentes transformações do meio rural são resultado, externamente, “das novas relações econômicas e políticas, dominantes em um mundo cada vez mais internacionalizado, sobre as formas de funcionamento e regulação da produção agrícola e de valorização do meio rural” e, internamente, das relações do meio rural com o meio urbano que deixaram de ser antagônicas para caminhar no sentido de se complementarem. Segundo Wanderley:

As profundas transformações resultantes dos processos sociais mais globais – a urbanização, a industrialização, a modernização da agricultura – não se traduziram por nenhuma “uniformização” da sociedade, que provocasse o fim das particularidades de certos espaços

ou certos grupos sociais. A modernização, em seu sentido amplo, redefine, sem anular, as questões referentes à relação campo/cidade, ao lugar do agricultor na sociedade, à importância social, cultural e política da sociedade local, etc. O agricultor moderno, particularmente o agricultor familiar, guarda laços profundos – de ordem social e simbólica – com a tradição “camponesa” que recebeu de seus antepassados (WANDERLEY; 2009: 205).

São muitas as definições sobre o que é o espaço rural neste novo cenário de transformações econômicas e culturais, nessa vertente de pensamento que nos traz a ideia de complementaridade nas relações rurais/urbanas. Para a nossa discussão, necessário se faz insistir na busca de caminhos que nos permitam compreender com maior clareza as relações sócio espaciais que se estabeleceram nas últimas décadas nestes espaços que outrora eram claramente definidos como cidade e roça (campo).

Nessa busca, nos deparamos com vertentes de pensamento como a de Endlich (2010), que questiona se este novo rural é realmente rural, afirmando que a falta de uma definição criteriosa do que é cidade no Brasil gera discussões que abarcam os limites entre campo e cidade. “Serão as pequenas cidades realmente cidades? São urbanas? Ou são polos rurais? São cidades imaginárias? Pseudocidades?” (ENDLICH, 2010: 13).

À luz de elementos históricos, a autora tenta responder aos próprios questionamentos utilizando-se de critérios já citados por outros, como a definição demográfica e a natureza das atividades econômicas. Porém, afirma que “estabelecer o rural e o urbano a partir dos critérios mencionados, de forma descontextualizada, sem analisar a historicidade presente nos fatos e processos, parece estático demais” (ENDLICH; 2010: 19). Segundo Endlich, o rural e o urbano são dimensões sociais produzidas no decorrer da história, extrapolam a dicotomia cidade/campo e não são coisas dadas espontaneamente. A visão de rural e urbano como “modo de vida”, e não apenas como espaço, abre um novo leque de reflexões, trazendo consigo a ideia do rural urbanizado.

Essa ideia vem surgindo historicamente em consequência da expansão do modo de produção capitalista sobre o campo e em razão da necessidade de adaptação a esse novo panorama que se solidificou sobretudo nas relações de trabalho e geração de renda. As relações sociais nos espaços urbanos proporcionaram o desenvolvimento do modo de produção capitalista. Não obstante, a facilidade de comunicação e transporte foi se estabelecendo ao longo dos anos nos espaços rurais tornando-se tão abrangente o

processo de urbanização quanto mais se constituía o capitalismo.

Nesse sentido poderíamos pensar em um círculo virtuoso, em que o capitalismo acelerou o processo de urbanização e o modo de vida urbano proporcionou o funcionamento da produção capitalista, vencendo os limites físicos entre cidade e campo e não se limitando apenas ao espaço territorial, mas interferindo profundamente no modo de vida das pessoas em diferentes realidades, onde o urbanismo, ou seja, as interferências e facilidades advindas do modo de vida urbano vêm trazendo a perspectiva de uma “sociedade urbana” mais ampla.

Para Lefebvre (*apud* Sobarzo, 2010: 58), “o urbano, a “sociedade urbana”, é uma virtualidade que carrega a constituição de uma sociedade planetária, uma totalidade que modifica e transforma a agricultura e a indústria, mas que não faz com que elas desapareçam”. O urbano seria um processo complexo, muito mais que cidade, muito além dos espaços, uma consequência do desenvolvimento do capitalismo propagando-se através das mudanças de hábitos de camponeses e cidadãos à medida que a modernidade a eles se apresenta.

Sobarzo (2010) destaca que não se deve confundir a superação da divisão entre cidade e campo com uma visão do desaparecimento do campo (com suas atividades agrícolas) e da urbanização total do planeta. Afirma que a superação da divisão cidade/campo refere-se às relações de produção e “não consiste num processo em que o campo se perde no seio da cidade, nem a cidade absorvendo o campo se perde nele” (SOBARZO; 2010: 55), permanecendo, assim, como conteúdos sociais diferenciados (“urbanidade” e “ruralidade”), mas com características peculiares. “Cidade e campo permanecem, as relações se transformam e as formas ganham novos conteúdos” (SOBARZO; 2010: 61). O autor afirma, ainda, que:

se “nos últimos anos tornou-se cada vez mais forte a atração pelos espaços rurais em todas as sociedades mais desenvolvidas (VEIGA, 2004, p.58)”, foi porque foram valorizados a partir do urbano pela mobilidade facilitada pela técnica e pela possibilidade de levar a vida urbana a esses espaços. Assim, não se trata de uma tendência a revigorar a ruralidade em si, mas de expansão da vida urbana em espaços ditos rurais (SOBARZO; 2010: 62).

Nesse mesmo caminho e também inspirada em Lefebvre, Endlich (2010) considera que não há como negar que os valores e interesses urbanos revelaram-se

através de costumes que foram propagados por quase todo o território, compondo uma cultura diferenciada, uma nova condição de vida, a condição urbana, podendo, assim “gerar uma nova sociedade, a sociedade urbana” (ENDLICH, 2010: 25).

Entendendo o urbano como uma condição social em que é possível superar a precariedade, Endlich (2010) afirma que as contradições do modo de produção capitalista impedem que toda a sociedade possa se apropriar dos avanços alcançados.

José Eli da Veiga (2002), em seu livro “Cidades Imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula” tenta demonstrar, através de observações e críticas à maneira como o IBGE classifica as cidades no Brasil, que o Brasil é muito mais rural do que se imagina. Veiga percebe um equívoco ao se considerar toda sede de município e seus distritos como urbana e propõe que se estabeleçam principalmente dois critérios para se definir os espaços rurais: a densidade demográfica e a natureza das atividades desenvolvidas (seria rural todo município com menos de 20 mil habitantes/km² e onde prevalecem atividades agrícolas).

Ao contrário disso, Endlich defende que é preciso problematizar sobre as novas atividades desenvolvidas no campo e afirma que o retorno a ele só é aceitável por parte da sociedade à medida que se possa desfrutar do conforto, da acessibilidade e do vínculo com a cidade e com a mídia que veicula valores urbanos. E são esses valores que impulsionam as atividades consideradas como do novo rural. Considerando, então, o viés do modo de vida e da civilização urbana, Endlich considera que o Brasil talvez seja até mais urbano do que se imagina. Porém, afirma que a sociedade urbana ainda não se concretizou, pois consiste numa perspectiva de avanço social e político em vários sentidos, “devendo sinalizar para uma nova qualidade de vida, incluindo melhor qualidade nas relações humanas” (ENDLICH, 2010: 29).

Negar o urbano historicamente construído indica resignação, justificada pelas mazelas e contradições encontradas pela sociedade na trilha para a sociedade urbana. É certo que o urbano existente está marcado pela precariedade, mas o desafio é a conquista da sociedade urbana que deve ser mantida enquanto perspectiva, como vir a ser, ou seja, como referência utópica, mais do que necessária, vital. (ENDLICH, 2010: 29).

Em contrapartida, Abramovay (2000) afirma que a forma viciosa como se definem as áreas rurais no Brasil contribui para que estas áreas sejam assimiladas

automaticamente ao atraso. Assim, na definição do IBGE, as áreas rurais são aquelas que se encontram fora dos limites das cidades e “o acesso a infraestruturas e serviços e um mínimo de adensamento são suficientes para que a população se torne urbana”. Para Abramovay, a emancipação social rural “passa a ser vista — de maneira distorcida — como urbanização do campo” (ABRAMOVAY; 2000: 2).

Não existe uma definição universalmente consagrada de meio rural e seria vã a tentativa de localizar a melhor entre as atualmente existentes. Mas há um traço comum nos trabalhos europeus, norteamericanos e nas tentativas mais recentes da Divisão de Desenvolvimento Rural da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura para a América Latina: o rural não é definido por oposição e sim na sua relação com as cidades. Por um lado, o meio rural inclui o que no Brasil chamamos de “cidades” — em proporções que variam segundo as diferentes definições, abrindo caminho para que se enxergue a existência daquilo que, entre nós, é considerado uma contradição nos termos: *cidades rurais* (ABRAMOVAY; 2000: 2).

Abramovay (2000) entende que o estudo do meio rural deve procurar compreender as razões que explicam a existência de áreas rurais dinâmicas e não insistir na confirmação de seu esvaziamento, o que implica e compromete a concepção de políticas para as regiões mais atrasadas. Dessa forma, o meio rural deve ser definido levando em conta tanto sua especificidade, quanto os fatores que determinam sua dinâmica. Para que políticas adequadas à noção de desenvolvimento sejam direcionadas ao meio rural, deve-se compreender o campo como sendo capaz de “preencher funções necessárias a seus próprios habitantes e também às cidades — mas que estas próprias não podem produzir” (ABRAMOVAY; 2000: 3).

Priscila Bagli (2010), em uma reflexão sobre os hábitos rurais/urbanos, afirma que a inserção no mercado de consumo tem construído hábitos comuns entre as pessoas em espaços diferenciados. Entende que o fato de as pessoas terem acesso a produtos e serviços aproxima estes espaços que antes eram contrastantes. As mercadorias podem ser adquiridas por todos para suprir necessidades as mais diversas. “O próprio consumo tornou-se um hábito comum aos espaços rurais e urbanos” (BAGLI; 2010: 94). Todavia, Bagli considera equivocada a ideia de uma urbanidade do campo que suprime gradativamente o modo de vida rural e suas ruralidades, como se o uso das tecnologias fosse um privilégio concedido somente aos espaços urbanos. Segundo a autora:

Não é apenas sobre o urbano que a lógica capitalista se perfaz. O processo de expansão incorpora os espaços rurais, sem, contudo, torná-los urbanos. Apropria-se de suas peculiaridades, ajustando-as aos seus fins. O rural não precisa ser urbanizado para estar inserido dentro da lógica dominante do modo de produção. ... Pensar a urbanização total da sociedade seria pensar a homogeneização dos espaços. Estes não se homogeneízam. Ao contrário, se fortalecem pelas suas peculiaridades (BAGLI; 2010: 94).

De acordo com as reflexões de Bagli, as mercadorias que são transformadas e produzidas na cidade chegam ao campo, da mesma forma como os produtos gerados no campo também são consumidos na cidade, o que determina uma relação balizada pela divisão territorial do trabalho onde cada espaço exerce funções específicas que se interrelacionam e se complementam. Ambos os espaços sofrem frequentes mudanças se adequando ao modo de produção capitalista. Bagli continua essa reflexão afirmando que o urbano concentra pessoas, mas não oferece oportunidade a todos, o que remete à ideia de Lefebvre, da “sociedade urbana” que ainda não se concretizou. Assim sendo, a luta pela sobrevivência e pela reinserção social muitas vezes se concretiza através de atividades marginais, e as dificuldades e precariedades encontradas impulsionam o desejo de retorno à realidade de origem através, por exemplo, da luta pela terra. “A contradição cria as condições que viabilizam a efetivação da expansão do processo de urbanização e, ao mesmo tempo, produz elementos que contestam tal realidade” (BAGLI; 2010: 101).

Como se pode perceber, são várias e conflitantes as definições desses espaços ora denominados rural/urbanos, ora denominados campo/cidade pela essência de cada reflexão. Definições estas elaboradas por diversos autores e também por diversas instituições, como o IBGE. Para o presente estudo, pretendemos, então, adotar a concepção de espaço rural definida por Wanderley, sem a pretensão de, assim, encerrar esta discussão (tão enriquecedora e benéfica), mas sim com o intuito de situar o leitor na linha de pensamento que norteia este trabalho. Wanderley (2001) entende o espaço rural em sua dupla face sendo, primeiramente, um espaço físico diferenciado “resultante especialmente da ocupação do território, das formas de dominação social que tem como base material a estrutura de posse e uso da terra e outros recursos naturais, como a água, da conservação e uso social das paisagens naturais e construídas e das relações campo-

cidade”. Em segundo lugar o espaço rural é entendido “enquanto um lugar de vida, isto é, onde se vive (com as particularidades do modo de vida e referência “identitária”) e lugar de onde se vê e se vive o mundo (a cidadania do homem rural e sua inserção na sociedade nacional)” (WANDERLEY; 2001: 32).

Embora saibamos da complexidade de uma definição precisa, o conceito adotado por nós permite aproximarmos do nosso objeto de estudo, o jovem rural, que ocupa e vive neste território (de onde ele vê e representa o mundo). Antes, porém, de nos aventurarmos a compreender e contextualizar nesta pesquisa os dilemas da juventude rural, propomos ao leitor algumas reflexões acerca da condição juvenil, da ideia de “ser jovem” em óticas distintas.

3.2 - O que é ser jovem: multifaces de um conceito

O conceito de juventude é um exemplo típico das possibilidades semânticas que um mesmo objeto tem para as sociedades e grupos sociais distintos. Não há um consenso, na população em geral, sobre a definição do termo e mesmo entre os pesquisadores recai este dilema. Para o senso comum, o termo juventude parece não necessitar de uma definição rígida por ter se incorporado no cotidiano e carregar em si mesmo a sua própria definição: simplesmente juventude. Porém é necessário refletirmos sobre as concepções que pretendem demarcar esta etapa da vida, pois em uma sociedade complexa, as ações, principalmente governamentais, mas também de instituições religiosas, ONGs, associações, mídia, entre outras, direcionadas às camadas sociais, levam em conta critérios que determinam os direitos dos indivíduos, ou seja, critérios de inclusão e exclusão ao procederem a delimitação do público alvo.

Weisheimer (2005: 20), em seu estudo, destacou cinco abordagens utilizadas nas definições conceituais sobre a juventude, as quais entendemos muito pertinentes, sendo elas: “faixa etária; ciclo da vida; geração; cultura ou modo de vida e ainda representação social e auto-representação”. No que diz respeito à faixa etária, Weisheimer aponta algumas definições mais recorrentes:

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é definida como um processo fundamentalmente biológico, abrange as etapas da pré-adolescência (10-14 anos) e a adolescência (15-19 anos). A Organização Ibero-Americana da Juventude (OIJ, 1994) e a

Organização Internacional da Juventude usam a faixa entre 15 e 24 anos (Unesco, 1997). No Brasil, a abordagem demográfica do IBGE classifica o “grupo jovem” entre 15 e 24 anos em três recortes etários: 15-17 anos como jovens-adolescentes; 18-20 anos como jovens-jovens e 21-24 anos como jovens-adultos (Baeninger, 1998: 26). De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se adolescente a pessoa na faixa de 12 a 18 anos (Lei no 8.069 de 13/07/1990) (WEISHEIMER; 2005: 20).

Segundo Foracchi (1972: 19), a existência humana é determinada pelo “ritmo biológico da idade, do envelhecimento, da duração limitada da vida e da morte”, mas os fatores biológicos podem ser socialmente equacionados e cada uma dessas etapas possui características próprias que são, por sua vez, alvo de avaliações sociais específicas. Há modos socialmente e antecipadamente ordenados de “avaliar e aceitar a juventude, a idade e a morte”.

Para Bourdieu (1983) as classificações por idade impõem limites e produzem uma “ordem” que faz com que cada pessoa se situe em sua posição. Para este autor a juventude é construída socialmente numa luta entre jovens e velhos. Bourdieu afirma que:

Somos sempre o jovem ou o velho de alguém. (...) As relações entre a idade social e a idade biológica são muito complexas. (...) a idade é um dado biológico socialmente manipulado e manipulável; e o fato de falar dos jovens como se fosse uma unidade social, um grupo constituído, dotado de interesses comuns, e relacionar estes interesses a uma idade definida biologicamente já constitui uma manipulação evidente (BOURDIEU; 1983: 113).

Segundo Maria José Carneiro, existe uma dificuldade em demarcar rigorosamente uma categoria demográfica que se ancora na “transitoriedade inerente às fases do processo de desenvolvimento do ciclo vital”, mas isso não justifica que utilizemos apenas critérios biológicos ou jurídicos para a definição de juventude (CARNEIRO; 1998: 98).

Carneiro afirma que estudos sobre a organização social no campo referem-se ao jovem tão somente na condição de “aprendiz de agricultor” sendo estes enxergados apenas sobre o viés do trabalho e que “fenômenos caracteristicamente urbanos - como as "gangs" ou "galeras" e suas práticas simbólicas de identificação, normalmente plenas de comportamentos sociais agressivos” atraem mais os olhares dos cientistas sociais,

porém, no que se refere à juventude rural, esta permanece “invisível” como consequência desse estereótipo que torna difícil a “compreensão da sua complexa inserção num mundo culturalmente globalizado”(CARNEIRO; 1998: 98).

Conforme observado por WEISHEIMER (2005: 21), a definição de juventude como um período de transição, hoje, é uma das mais utilizadas pelos pesquisadores, considerando que “o termo juventude designa um estado transitório, uma fase da vida humana de começo bem definido pelo aparecimento da puberdade”. Sob essa ótica o término da fase juvenil se dá “segundo critérios e pontos de vista adotados para determinar se as pessoas são jovens”.

Essa transição pode ser percebida de diversas maneiras, implicando mudanças da família de orientação para a procriação; do aprendizado para a produtividade; da crescente ascensão da autonomia, entre outras. A ideia central é de que a juventude é um estágio no qual acontece a entrada na vida social plena e que, como situação de passagem, compõe uma condição de relatividade: de direitos e deveres, de responsabilidade e independência mais amplas do que as das crianças e não tão completas quanto as dos adultos (WEISHEIMER; 2005: 21).

Porém, sobre a definição da juventude como um período de transição, e em se tratando especificamente dos jovens latino-americanos, Sen e Kliksberg (2010) alegam que enxergar a juventude apenas como uma etapa transitória da vida implica que não mereçam análises diferenciadas nem políticas específicas, o que se configura como um erro, pois o modo como a sociedade forma estes indivíduos, o estímulo que lhes é transmitido para participar de inovações, os valores que eles recebem, os modelos de referência dos quais sofrem a influência atuam na sua formação como cidadãos “que irão decidir, com sua ação ou com sua passividade, a qualidade dos sistemas democráticos”.

Trata-se de um erro que pode ter custos consideráveis. Pois eles nasceram numa América Latina concreta, aquela dos anos 1980 ou 1990, imersa em processos históricos diferentes dos das décadas anteriores, em um mundo que, nas últimas décadas, sofreu transformações de grande envergadura nas áreas política, econômica, tecnológica, cultural e social. Sua vivência, por isso, é diferente daquela das gerações precedentes e pesa diariamente na definição de seus dilemas, de suas buscas e de seu comportamento (SEN e KLIKSBERG; 2010: 213).

Sobre o enfoque das gerações FORACCHI (1972: 19) afirma que se define uma geração enquanto esta age de uma forma peculiar, diferente da forma de agir de uma geração anterior. Nessa ótica é comum a referência aos conflitos intergeracionais.

Segundo WEISHEIMER (2005: 23) a ótica geracional refere-se à “transmissão e à adaptação da herança cultural”. A juventude incorpora rapidamente novos valores e comportamentos que os adultos não incorporaram ou até mesmo não aceitam, tendo como consequência o conflito de gerações e a “ideia “ingênua” de que os jovens são inerentemente contestadores, ou “cética”, de que essa “rebeldia” é necessariamente transitória, como a juventude”. Por outro lado a juventude é vista positivamente como transformadora pela sua capacidade de criação e invenção.

Para Bourdieu (1983) muitos conflitos são choques entre as pretensões de verdade estabelecidas pelas gerações em momentos históricos distintos, evidenciando-se, neste contexto, as relações de poder.

Da mesma forma, Sen e Kliksberg afirmam que as situações vividas pela juventude, que se diferenciam daquelas vividas pelas gerações anteriores, pesam “diariamente na definição de seus dilemas, de suas buscas e de seu comportamento”. Afirmam, ainda, que é muito importante que se aceite a especificidade da juventude, é necessário saber o que ela pensa e sente, o porquê de agir como age e seus sinais conflituosos, “para que não se continue cometendo erros em sua abordagem e para construir caminhos capazes de possibilitar a mobilização de seu imenso potencial” (SEN & KLIKSBERG; 2010: 213).

Na perspectiva da juventude como cultura ou modo de vida, essa categoria “se define por critérios culturais dando destaque a uma cultura jovem e à importância de espaços de sociabilidade juvenis na constituição de suas identidades” (WEISHEIMER; 2005: 24). Sobre este aspecto a juventude rural poderia se distinguir da juventude urbana pelos “modos de vida” característicos das populações urbanas. Todavia, a proximidade com estes “modos de vida” vem se manifestando por meio dos acessos facilitados pela modernidade e pode traduzir uma maior identificação com a cultura de jovens urbanos. Elisa Guaraná (CASTRO; 2010) afirma que ao analisar as percepções sobre juventude rural, observam-se semelhanças com as abordagens sobre “juventude”, ou “juventude urbana”.

Nesse sentido, também WEISHEIMER (2005: 26) entende que a juventude é uma construção social, cultural e histórica, dinâmica e diversificada e deve ser considerada como múltipla. Considera mais correto privilegiar as noções de “*juventudes e jovens rurais*”, já que eles vivem diferentes realidades sociais e constroem “experiências e identidades coletivas distintas”.

Sem e Kliksberg (2010) também reforçam a ideia de que não se deve fazer generalizações a respeito da juventude e que as vivências de cada grupo com suas disparidades devem ser consideradas.

Não dá na mesma para um jovem nascer num lugar ou no outro. Viver na zona rural ou em um centro urbano não é a mesma coisa. Não é indiferente fazer parte de uma família classificada entre os 20% mais ricos ou nascer entre os 30% com renda mais baixa. É muito diferente integrar a classe média do que fazer parte da classe média em queda, os “novos pobres”. É diferente, socioeconomicamente falando, ser branco, negro ou indígena. Até mesmo o gênero continua a pesar de modo significativo. Uma análise realista deveria considerar, obrigatoriamente, esses diversos destinos dos jovens, que dão lugar a vulnerabilidades, riscos, oportunidades muito diferentes e reações específicas em termos de estratégia de vida (SEN e KLIKSBERG; 2010: 214).

Além disso, segundo WEISHEIMER (2005: 26), “as possibilidades de inserção social dos jovens estão condicionadas aos recursos materiais e simbólicos que lhes são disponibilizados ao longo do seu processo de socialização”. Tais recursos proporcionam condições para que sejam construídas trajetórias pessoais e estão ligados ao movimento argumentativo de “produção-reprodução-transformação social”, o que, para os jovens toma uma dimensão crítica, pois estes convivem com dois aspectos diferentes dessa etapa da vida: a realidade da sua posição social e o “*vir a ser*” que é intrínseco à condição juvenil. Weisheimer afirma que isso é sentido pelos jovens atualmente com maior intensidade devido à “complexidade das relações sociais nas quais se inserem”, destacando o leque de alternativas de vida com que deparam e a dificuldade de inserção no trabalho que culmina na dúvida sobre o próprio futuro.

Como representação social e auto-representação, a palavra juventude indica um agrupamento de ligações sociais destinadas exclusivamente para alguma situação vivenciada por pessoas vistas como jovens em determinada sociedade (WEISHEIMER; 2005). Nessa mesma linha de pensamento, Vieira (2004) afirma que a determinação da

transição de juventude para a vida adulta “está mais no campo simbólico do que nas características dos sujeitos” sendo influenciada por situações como casamento, trabalho e escolarização. A forma como os sujeitos se reconhecem e são reconhecidos é fundamental nessa transição (VIEIRA; 2004: 99). Carneiro, por sua vez, afirma que:

Na realidade, ser jovem corresponde também a uma auto-representação que tende a uma grande elasticidade em termos etários, proporcional às dificuldades crescentes de ingresso no mercado de trabalho e a sua informalização excessiva no Brasil. Assim, poderíamos dizer, a grosso modo, que o jovem é aquele indivíduo que se encontraria em uma fase caracterizada pela discrepância entre o projeto de vida vislumbrado e as atividades em realização. Ou seja, a existência de um projeto para o futuro acompanhado de estratégias com graus variados de idealização seria, em termos genéricos, o que caracterizaria um indivíduo como jovem nas comunidades pesquisadas (CARNEIRO, 1998: 99).

Após termos perpassado por alguns desses conceitos e sem a pretensão de esgotá-los para a compreensão da categoria juventude, neste estudo tomaremos como fundamento a contribuição de Wanderley que engloba na sua conceituação alguns dos fatores mencionados anteriormente:

A juventude corresponde a um momento no ciclo de vida, caracterizado como um período de transição entre a infância e a idade adulta. Culturalmente determinada, a demarcação dessa etapa da vida é sempre imprecisa, sendo referida ao fim dos estudos, ao início da vida profissional, à saída da casa paterna ou à constituição de uma nova família ou, ainda, simplesmente a uma faixa etária (WANDERLEY; 2007: 22).

3.3 – A Juventude no contexto contemporâneo

Ainda que fosse possível chegar a um consenso sobre o conceito de juventude examinando com cautela todos os vieses pelos quais deslizam e se entrelaçam singularmente as ideias, as ações, as situações e as expressões, provavelmente não seria o suficiente para caracterizar a juventude no contexto das relações interpessoais, familiares, amorosas e de trabalho, e dentro de uma esfera política e socioeconômica em uma sociedade onde imperam a globalização e o capitalismo.

Por este aspecto, buscar um consenso seria também, provavelmente, uma tarefa

inútil, já que os dilemas com que se depara a juventude contemporânea - apesar de serem intrínsecos tanto à própria condição de ser jovem (à insegurança do “vir a ser”) quanto à condição de pertencer a uma sociedade que lhe impõe critérios de inclusão e exclusão sociais, são dilemas que se revelam a cada um à maneira como cada um os consegue enxergar (individualmente ou em grupos afins). Por consequência, os enfrentamentos a esses dilemas tendem a se concretizar com a utilização das ferramentas de que os jovens dispõem, ferramentas estas que se diferenciam pela trajetória de vida e de possibilidades.

Para partirmos para este campo de discussão tomaremos novamente as reflexões de Sen e Kliksberg (2010) que, ao realizarem estudos sobre os jovens da América Latina, reconheceram, a partir de um cenário socioeconômico, algumas dificuldades comuns enfrentadas por essa juventude.

Segundo os autores, no final do ano de 2008, um em cada três latino-americanos era pobre e os jovens, apesar da grande capacidade de adaptação “às novas tecnologias e flexibilidade, foram fortemente impactados pela evolução da pobreza”. Em 2006, os jovens pobres somavam 47,5 milhões, o que representava 35% do total de jovens e a pobreza era superior entre os jovens rurais e na população indígena e afrodescendente.

Sen e Kliksberg (2010) afirmam que a taxa de desemprego cresceu de 6,1% em 1990 para 10,7% entre os anos de 2002 e 2005, afetando com mais profundidade os grupos jovens e marcando uma inacessibilidade ao mercado de trabalho e um crescimento de ocupações informais. A escassez de postos no mercado de trabalho impulsionou o aumento das contratações que não cumpriam as normas legais, com contratos temporários e precários, remuneração muito baixa, sem garantias de proteção social. Entre as mulheres a situação trabalhista era ainda pior, sendo a taxa de desemprego entre as jovens 50% maior do que a dos homens e mesmo quando ocupante de cargo de mesma função, a remuneração era inferior em 20% do que a dos jovens homens. Estes fatores se configuram como sintomas de exclusão social do segmento juvenil.

A desigualdade é um traço marcante na América Latina e isso “se expressa de modo absoluto nos setores jovens da população”, onde os mais pobres desfrutam de pouca ou nenhuma oportunidade de melhorias nas condições de vida e de inserção social (SEN E KLIKSBERG; 2010: 222).

Os setores dos estratos mais elevados podem aspirar a níveis educacionais, de saúde, empregos e moradia semelhantes aos de jovens de países desenvolvidos. Por outro lado, os mais pobres veem a sua vida drasticamente caracterizada pela ausência de oportunidades. São obrigados a trabalhar desde cedo, suas possibilidades de cursar os níveis de primário e secundário são limitadas, possuem riscos significativos na saúde, não tem uma rede de relações sociais capaz de impulsioná-los, não dispõem de crédito, sua inserção no mercado de trabalho é muito problemática, dificilmente conseguem romper com a situação de privação que marca suas famílias de origem (SEN E KLIKSBERG; 2010: 222).

As pesquisas indicam que essa dificuldade de ingresso no mercado de trabalho tem colaborado para que os jovens permaneçam por maior período de tempo morando com a família nuclear. Ainda que seja em condições precárias de vida, o jovem se sente mais seguro no seio familiar. É ainda na família que o jovem busca apoio afetivo e orientação. Contrair o matrimônio e constituir uma nova família vem se revelando um dilema, “por causa das fortes incertezas econômicas, das dificuldades para se obter moradia, das reduzidas possibilidades de se conseguir emprego, entre outros fatores semelhantes”, aumentando entre os jovens latino-americanos o que os pesquisadores chamam de “taxa de abdicação” (SEN E KLIKSBERG; 2010: 228).

Sobre a situação educacional é notório que um melhor nível de educação proporciona melhores oportunidades ao indivíduo. Não somente oportunidades de trabalho, como também de enriquecimento, de relações sociais com pessoas de nível educacional mais elevado e de “redes de relacionamento mais amplas e qualificadas”. A educação exerce um importante papel também no que diz respeito à saúde e ao autocuidado:

... a educação constitui, para eles, o grande cenário de inclusão social depois da família. Ali, entre iguais, eles forjam as suas amizades e dão forma a aspectos básicos de sua própria personalidade (SEM E KLIKSBERG; 2010: 229).

Apesar das quedas nas taxas de analfabetismo na América Latina e da massificação do acesso à escola primária, os resultados ainda continuam distantes do que se poderia dizer ideal. Apenas 7,4% dos jovens latino-americanos concluem o ensino universitário. Também sobre este aspecto, os jovens rurais aparecem em

desvantagem nas pesquisas. Enquanto 56,4% dos jovens urbanos concluem o ensino secundário, somente 23% dos jovens rurais o fazem. Apenas 1,7% dos jovens rurais concluem ensino universitário. Além disso, os jovens rurais e os residentes em locais mais precários tendem a receber uma educação de qualidade inferior à dos demais jovens, com menor carga horária e com oferta reduzida de cursos.

Ainda sobre as formas de inclusão e inserção social, Sem e Kliksberg afirmam que “para o jovem do início do séc. XXI, a internet surge como uma janela de oportunidades”. A facilidade de acesso à informações extracurriculares, dentre várias outras coisas, representa uma grande vantagem em relação às gerações anteriores. O potencial de criatividade da juventude é impulsionado pela internet, porém “a segmentação social impõe limites rígidos ao acesso da juventude a esse instrumento que tem tanto a lhe oferecer. A estratificação dos acessos demonstra um grande fosso digital”. No Brasil, entre os 20% dos jovens mais pobres, 5,1% tem acesso à internet e entre os 20% mais ricos 79,6% acessam. Outro dado importante é que os jovens de classe alta e média alta acessam em computadores próprios e na classe mais baixa os jovens pagam para acessá-la em estabelecimentos para esse fim (SEM E KLIKSBERG; 2010: 234).

Sobre as questões relacionadas à saúde, apesar dos esforços efetuados pelas políticas públicas, persiste entre os jovens uma grande vulnerabilidade aos riscos de danos à saúde, sobretudo nos jovens de baixa renda, marginalizados, rurais, indígenas e afro-americanos. As condições prejudicadas de alimentação e nutrição, de acesso à água potável, de saneamento básico, de ambientes livres de contaminação e de serviços de saúde, assim como a maternidade precoce no caso das meninas, o alto índice de violência, os baixos níveis de escolaridade, o tráfico de pessoas e a prostituição infantil colocam os jovens latino-americanos em riscos acima da média, podendo interferir fortemente em suas expectativas de vida.

A situação relativa ao HIV/Aids é alarmante na região. Seu peso para a mortalidade de jovens – 2,9 a cada 100 mil – é objeto de grande preocupação. Estima-se que a esse número devem-se somar, ainda, de cinco a sete soropositivos. Entre os fatores atuantes nesse item encontram-se aqueles relacionados à pobreza, como a aglomeração, a promiscuidade e o tráfico de drogas instalado nas regiões pobres. Por outro lado, embora 70% a 73% da população estejam informados a respeito da doença e de como ela é transmitida, menos do que 10%

adotam as medidas preventivas, o que significa dizer que há pela frente um enorme trabalho a ser realizado em matéria de educação dos jovens em relação a isso (SEM E KLIKSBERG; 2010: 234).

Também sobre o aspecto da saúde mental, os jovens, assim como os demais segmentos da sociedade, não encontram apoio psicológico que lhes possam proporcionar uma melhor estrutura e um direcionamento para o enfrentamento das tensões derivadas das dificuldades encontradas no dia a dia de suas experiências, muitas vezes frustradas.

São muitos os dilemas enfrentados pela juventude contemporânea. Nesse caso podemos analogicamente dizer, como nos ensinamentos da física, que para toda ação existe uma reação e que a força empregada em um movimento é proporcional à força da colisão. Portanto, em relação ao comportamento do jovem diante destes dilemas vale ressaltar algumas reflexões. Nesse sentido Sen e Kliksberg apontam alguns mitos criados pela sociedade sobre a juventude para justificar suas mazelas.

O primeiro mito apontado por eles é o de que a sociedade dispõe de “*uma juventude sem inquietações*”, referindo à “sua pouca participação política, o reduzido interesse por questões culturais e a avidez por experiências imediatas”. Sen e Kliksberg argumentam que a política perdeu sua credibilidade por causa das promessas eleitorais não cumpridas, a corrupção, a troca de favores como uma prática clientelista, entre outros fatores que fazem com que os jovens sejam incrédulos e não se interessem. Porém, essa suposta inquietação não se confirma quando o jovem encontra algo que realmente o interesse, o que vem se revelando no trabalho voluntário para os quais são muito receptivos (SEN E KLIKSBERG; 2010: 247).

O segundo mito é o de que “*os jovens não se esforçam o bastante*”, buscando sempre o que é mais fácil, e não se dispõem a realizar sacrifícios como as gerações anteriores se propunham a realizar e, portanto, são responsáveis pelos problemas que os acometem. Para Sen e Kliksberg esse mito é frágil, pois as gerações anteriores, dos anos 1950/60, apesar de terem enfrentado problemas, viveram em uma sociedade em crescimento e com elevada mobilidade social. Os estudos garantiam a inserção no mercado de trabalho. As empresas cresciam e contavam com a proteção do Estado. O mercado estava aberto aos profissionais liberais e o emprego público se configurava como uma alternativa interessante. Nas décadas de 80 e 90, chamadas de décadas

perdas pelos baixos níveis de crescimento e o aumento da pobreza e pela explosão das desigualdades sociais, a juventude encontra outro cenário. Economias divididas, quebras massivas de pequenas e médias empresas, concentração financeira, redução da interferência do Estado, polarização social, redução dos mercados internos, diminuição dos salários, retração da classe média e rigidez social. “Amplios setores da juventude não tiveram oportunidade para provar se estavam ou não dispostos a se esforçar e gerar iniciativas. A economia não lhes abriu caminho algum. Depois dos avanços registrados entre 2003 e 2008 nessa situação, os impactos da crise mundial estão, agora, atingindo com força, novamente, suas possibilidades de inserção e progresso” (SEN E KLIKSBERG; 2010: 250).

O terceiro mito sobre a juventude diz que “*jovens tem uma tendência para o conflito e, inclusive para a violência*”, o que gera uma desconfiança que interfere nas políticas e nos comportamentos em relação aos jovens. Sen e Kliksberg contrapõem observando que os jovens da América Latina têm motivos sólidos para se sentirem inseguros, já que a sociedade não enxerga como importantes os seus problemas, eles não fazem parte da agenda pública, com frequência necessitam renunciar sua vocação natural em prol da adaptação ao mercado de trabalho e mesmo assim não tem garantias de inserção. Sen e Kliksberg (2010: 251) afirmam que para o jovem, inserido em um ambiente gerador de tensões, “chega a ser saudável que ele não aceite se converter em um ser “totalmente ajustado” a essas condições lesivas. Que expresse, de diferentes formas, sua rebeldia”. Por outro lado, segundo as pesquisas, quando encontra condições favoráveis, o jovem corresponde com carinho e acolhimento.

O mito generaliza, associa criminalidade com pobreza, estigmatiza os mais desfavorecidos. Além disso, mais uma vez, não se aprofunda nos fatores que podem estar atuando, e não diferencia uma coisa da outra. ...Para muitos jovens pobres, o mito atua como “a profecia que se autorrealiza”. Por meio da discriminação, ele os condena a exclusões severas, torna-os vulneráveis ao crime para depois aplicar políticas de repressão extrema, até convertê-los, já degradados e quase sem nenhuma saída possível, em “bucha de canhão” para as quadrilhas do crime organizado (SEN E KLIKSBERG; 2010: 251, 252).

Diante dessas considerações, resta compreendido que falar sobre os problemas que envolvem a juventude é bem mais complexo do que apontar os erros cometidos por ela, e bem mais profundo do que repetir categoricamente, e até com pesar, que os jovens

são responsáveis pelo futuro de uma nação. Trata-se de revolver as frágeis colunas de sustentação da sociedade, repensar as práticas sociais, rever conceitos arraigados, vencer paradigmas e desvencilhar-se de preconceitos.

Hoje, no Brasil, com a expansão da noção do respeito à diversidade étnica, do estímulo à aceitação da orientação sexual tão divulgados pela mídia, com os esforços governamentais empenhados em combater a extrema pobreza, com uma significativa melhoria no acesso à educação formal, entre outros avanços sociais recentes, parece razoável pensar que a sociedade está caminhando, ainda que a passos lentos, no sentido de alcançar melhores condições de vida e melhores expectativas para os jovens.

3.4 – Pensando a juventude rural

A modernização nos mais diversos setores da sociedade, principalmente em consequência da massificação dos meios de comunicação e do crescente acesso dos indivíduos das localidades mais longínquas a um aparato de informação proporcionado pelo avanço da tecnologia e, ainda, a melhoria do acesso com a pavimentação das estradas e disponibilização/popularização dos meios de transporte, vem colaborando para diminuir as distâncias entre estilos de vida rural e urbano, havendo possibilidades de identificações recíprocas.

Segundo Azevedo (*apud* Neto, 2010), as vias de comunicação não proporcionam apenas trocas comerciais e de negócios, mas propiciam a troca de ideias e propagam culturas diferentes ao longo dos caminhos.

Considerando que a qualidade da informação e o tempo que se leva para recebê-la pode determinar a mudança de comportamentos do grupo, há de se observar que surge, por parte dos pesquisadores e estudiosos do tema, uma preocupação sobre a maneira como as populações rurais, sobretudo os jovens, estão percebendo o mundo, repensando as suas práticas e quais os impactos desta mudança sobre os diferentes aspectos da vida cotidiana.

Nesse sentido, Carneiro aponta como um desafio “entender os valores e novos anseios dos jovens de residência rural em face não apenas da atração que a cidade e seus bens materiais e imateriais exercem sobre eles como também, na direção oposta, em face da revalorização do meio rural por segmentos da população urbana” (CARNEIRO;

2007: 53). Carneiro reitera ainda que essa situação de estreitamento das distâncias, de estar na sua localidade e sofrer as interferências das dinâmicas “de fora”, não afeta tão somente a percepção sobre o mundo, “mas também afeta a maneira como as populações rurais, de pequenos agricultores, por exemplo, pensam e organizam suas próprias vidas (CARNEIRO; 2007: 57).

Segundo Sacco dos Anjos (2004) a intensificação das atividades não-agrícolas no meio rural brasileiro abre um novo panorama com novas oportunidades de reprodução social, entre elas a pluriatividade. Entende-se aqui como pluriatividade, tomando como referência a família, a junção de atividades agrícolas e não agrícolas praticadas pelo chefe da unidade produtiva, ou sua esposa ou seus filhos. Isso diz respeito às condições de trabalho e renda e afeta diretamente a população jovem e seus projetos de vida.

Segundo Carneiro, novas atividades como a exploração do turismo e “novas demandas, semelhantes às dos jovens urbanos, mobilizam os jovens de residência rural a buscarem atividades mais bem remuneradas e menos fatigantes que a agricultura” (CARNEIRO; 2007: 60).

Porém, a esse respeito, Wanderley (2007), em um estudo realizado com jovens rurais em Pernambuco, afirma que “a escolha da vida na área rural não se restringe, unicamente, a razões profissionais, mas se fundamenta, igualmente, numa avaliação positiva sobre o próprio modo de vida e sobre os atributos da vida no campo, no que se refere, especialmente, aos vínculos pessoais com o lugar, à qualidade de vida local e à qualidade das relações sociais” (WANDERLEY; 2007: 27).

Weisheimer (2005: 19), ao mapear e discutir o conhecimento produzido sobre juventude rural no período de 1990 a 2004, destacou algumas abordagens que tratam da participação dos jovens nos processos de reprodução social das famílias agrícolas. Destaca primeiramente o conceito de reprodução geracional na unidade de produção familiar agrícola, afirmando que estudos apontam os processos sociais que interferem na formação de uma nova geração de trabalhadores na agricultura, sendo eles: a sucessão profissional, a transferência hereditária e as aposentadorias. Afirma que alguns fatores como “o acesso à educação; a perspectiva matrimonial com um agricultor; a possibilidade de herdar terra; o envolvimento na unidade produtiva; o tamanho da propriedade e a

renda familiar” influenciam a decisão dos jovens em permanecer na unidade produtiva, de geração em geração.

Uma segunda abordagem destacada por Weisheimer soma à primeira a noção de “projeto de vida” dos jovens. Diante das mudanças recentes ocorridas no meio rural, a juventude sofre influências que a levam a questionar os modos de vida familiares baseados na atividade agrícola, buscando um padrão de vida que incorpore “valores e condições materiais tidos como urbanos”, o que implica na “reelaboração de identidades sociais dos jovens agricultores”, sendo que a orientação e direcionamento de seus projetos de vida vai depender do campo de possibilidades disponíveis a eles. Dificuldades encontradas e problemas estruturais da sociedade podem determinar o movimento migratório desses jovens (WEISHEIMER; 2005: 19).

Nesse sentido, para Malagodi (2007), na busca da realização de seus projetos de vida, a decisão dos jovens rurais de permanecerem no campo ou de se deslocarem para o meio urbano depende de fatores objetivos como as condições de vida e melhoria das chances de reprodução social das famílias no meio rural e também de elementos subjetivos, como as representações sobre a cidade, o modo de vida urbano e seus simbolismos.

Outra abordagem de Weisheimer indica, assim como afirma Carneiro (2007), que a pluriatividade vem proporcionando a permanência dos jovens no campo através de melhoria de renda e de condições de vida proporcionadas pelas atividades não agrícolas.

Para Bernardelli (2010), a vida rural é associada, geralmente, com uma expressiva valorização da comunidade, da família e também ao papel importante da religião, ao contrário da vida urbana, onde o agrupamento de pessoas a partir da profissão é preponderante sobre a família ou a orientação religiosa. A autora lembra que há uma maior articulação/proximidade entre espaço de trabalho e espaço de vida no meio rural, sobretudo na pequena propriedade e que no meio urbano geralmente ocorre a segregação destes espaços. Afirma, ainda, que a classe social “tem profunda implicação no estabelecimento do “modo de vida”, na medida em que a renda irá permitir o acesso (ou não) a uma série de bens e tecnologia também constantemente transformados e incorporados ao urbano” (BERNARDELLI, 2010: 49).

Segundo Lefebvre (*apud* Endlich; 2010):

Os mais conhecidos dentre os elementos do sistema urbano de objetos são a água, a eletricidade, o gás (butano nos campos), que não deixam de se fazer acompanhar pelo carro, pela televisão, pelos utensílios de plástico, pelo mobiliário 'moderno' o que comporta novas exigências no que diz respeito aos serviços. Entre os elementos do sistema de valores, indicamos os lazeres ao modo urbano (danças, canções), os costumes, a rápida ação das modas que vêm da cidade. E também as preocupações com a segurança, as exigências de uma previsão referente ao futuro, em suma, uma racionalidade divulgada pela cidade. Geralmente a juventude, grupo etário, contribui ativamente para essa rápida assimilação das coisas e representações oriundas da cidade (ENDLICH; 2010: 21).

Sobre esses vários aspectos da vida cotidiana que não somente o trabalho, como, por exemplo, os assuntos relacionados à educação, saúde e lazer, as percepções dos jovens rurais nesta dinâmica de acesso facilitado pelos mecanismos já citados acima, suscita uma série de questionamentos que vem sendo feitos por alguns estudiosos.

No entanto, mesmo diante de uma vasta literatura recente que trata da temática da juventude no Brasil, pouco se encontra especificamente sobre os modos de vida da juventude rural, tanto no foco das relações de trabalho, quanto no que diz respeito às relações interpessoais familiares e extra familiares e, principalmente, no âmbito das relações afetivo-sexuais que, por si só, demandam importantes questões de pesquisa, tendo em vista a grande influência dessas relações no comportamento do indivíduo e na interação com o meio onde vive.

Em concordância com o exposto acima, Weisheimer informa que as pesquisas sobre juventude do meio rural são escassas, totalizando menos de quatro trabalhos por ano no período de 1990 a 2004. Para ele, isto confirma a invisibilidade dos jovens rurais para a maioria dos pesquisadores brasileiros. Nesse sentido, o autor refere ainda que quando o olhar dos pesquisadores é voltado para os jovens do meio rural o foco se concentra nas “dinâmicas migratórias” e na “persistência da invisibilidade social” (WEISHEIMER; 2005: 7).

A “situação de invisibilidade” a que está sujeito esse segmento da população se configura numa das expressões mais cruéis de exclusão social, uma vez que dessa forma esses jovens não se tornam sujeitos de direitos sociais e alvos de políticas públicas, inviabilizando o rompimento da própria condição de exclusão. Nesse contexto, a juventude rural aparece como um setor extremamente fragilizado de

nossa sociedade. Enquanto eles permanecerem invisíveis ao meio acadêmico e ao sistema político, não sendo socialmente reconhecidos como sujeitos de direitos, dificilmente serão incluídos na agenda governamental (WEISHEIMER; 2005: 8).

Por este aspecto, Martins *et al*, após realizarem, entre os anos de 2006 e 2008, um estudo sobre a inserção do jovem em espaços políticos do Brasil, afirmam que os movimentos sociais rurais que se ergueram em torno de categorias políticas como a agricultura familiar, hoje também se organizam “a partir da identidade juventude”, sendo que o engajamento dos jovens nesses movimentos vem conferindo a eles a identificação de um “ator político” que tem conquistado espaços de negociação junto aos gestores das políticas públicas e dentro dos próprios movimentos sociais (MARTINS *et al*; 2010:17). Porém afirmam que, “apesar da quantidade significativa de eventos da juventude rural no cenário nacional brasileiro, essa categoria não tem sido foco prioritário para as políticas públicas de juventude”, tendo em vista que esta população ainda é percebida pelos gestores como “minoritária”, justificando o seu caráter de invisibilidade.

A presença cada vez mais massiva de organizações de juventude aponta para um fenômeno em movimento. Essa reordenação da categoria vai de encontro à imagem de desvalorização do campo pelo jovem que vive no meio rural. Podemos afirmar que este "novo ator" é pouco conhecido... As organizações e as muitas expressões identitárias de juventude, ontem e hoje, contribuíram para a visibilidade das muitas juventudes. A principal contribuição foi demonstrar que aqueles que são organizados como juventude tem algo a dizer sobre ser jovem no mundo hoje e os problemas específicos que enfrentam (MARTINS *et al*; 2010: 18).

Assim como já discutido neste trabalho acerca das várias formas de se enxergar a juventude, e considerando um contexto onde o meio rural se aproxima cada vez mais do espaço social urbano, sem nele se perder, Weisheimer (2005: 28) questiona se ainda há sentido e pertinência numa distinção e até mesmo numa dicotomia entre juventude rural e juventude urbana. Não seria mais propício chamar de “jovem agricultor” aquele jovem engajado na agricultura familiar ao invés de incluí-lo numa categoria tão abrangente quanto a juventude rural? Não há estudos que deem conta da “diversidade dos processos sociais que configuram as diferentes juventudes rurais”. Da mesma forma, como as políticas públicas para a juventude são ainda “recentes e escassas”, há

uma lacuna nos estudos sobre os projetos de vida dos jovens do campo, de sua permanência ou saída para centros urbanos.

3.4.1 Juventude rural e sexualidade

Se, de uma forma geral, os estudos sobre a juventude rural são escassos, quando se trata de temas relacionados à sexualidade e suas interfaces neste segmento da sociedade e, ainda mais especificamente, sobre juventude e HIV/Aids, como é propósito deste trabalho, torna-se ainda mais difícil o “garimpo” de pesquisas já realizadas. Nessa busca, encontramos duas referências importantes que nos auxiliaram em nossas reflexões.

Vanda Silva (2007), em seu livro “As Flores do Pequi: Sexualidade e Vida Familiar entre Jovens Rurais”, procurou compreender as experiências afetivo-amorosas de jovens rurais (ou “rurbanos”) de um pequeno município (denominado por ela de Rosário das Almas) no Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais, considerando o movimento de migração sazonal ou temporária vivido por eles e as suas relações nas famílias, analisando as ambiguidades e permeabilidades entre valores tradicionais e modernos.

Para falar de sexualidade, Silva (2007) aborda vários aspectos da vida dos jovens daquele município e dos seus projetos de vida que se relacionam diretamente às questões afetivo-amorosas-sexuais. E como foco das preocupações procurou compreender se o ir-e-vir dos jovens (internamente do rural para a sede do município ou da sede para centros urbanos) é estímulo para que se modifiquem os arranjos familiares no meio rural em relação às “mudanças de valores e práticas sociais” ou se, ao contrário, há a reprodução das práticas e valores que formam o arranjo familiar. Aponta, ainda, para a necessidade da análise do “processo de aprendizagem sociocultural” e as questões de gênero que influenciam nas representações e nas práticas sexuais. Além disso, é observada pela autora a ocorrência corriqueira de gravidez precoce, o que a instiga a buscar o significado dessa gravidez (planejada ou não), tendo em vista que está diretamente relacionada à vida amorosa e às práticas sexuais dos jovens, rapazes e moças, assim como ao ritual de passagem da juventude para a vida adulta (SILVA; 2007:28).

Silva (2007) percebe que, naquele contexto, a juventude não está relacionada a uma faixa etária, mas sim à experiência dos sujeitos, onde para as moças a passagem para a idade adulta se revela na maternidade, mesmo sem a ocorrência do matrimônio e para os homens se revela no trabalho conjugado com a paternidade e necessariamente o casamento/ conjugalidade.

A autora entende que a cultura sexual desses jovens rurais vai muito além das dimensões biológicas e reprodutivas, envolvendo também rituais representativos como as crenças, as imagens, os valores, as emoções e os medos que podem ser determinantes das condutas relacionadas às relações sexuais e afetivas. Também destaca as manifestações de poder e desigualdade nas relações de gênero repassadas através da oralidade que se refletem na estrutura social e no campo simbólico dos jovens. Dessa forma argumenta que, apesar da sexualidade compor universalmente a experiência humana, ela precisa ser compreendida tendo em vista as diferentes culturas e não de acordo com aspectos gerais, sendo necessário conhecer o contexto social dos sujeitos para tentar compreender a vivência da sexualidade e as justificativas para as práticas sexuais (SILVA; 2007).

Para o município rural estudado a autora encontra importância nas relações de gênero marcadas pela “ascendência ou submissão social” percebidas pelos sujeitos como uma realidade ontológica. Percebe-se um domínio masculino em relação às representações sobre a mulher grávida, carregando “menino” no ventre e, no campo das relações familiares, a moça carrega o nome do pai ou do marido (caso ocorra a conjugalidade). Porém observa, em contrapartida, que na ausência do homem por falecimento ou por abandono da família, a mulher se torna a figura essencial da convergência familiar. Mas essa redução familiar torna-se momentânea porque o retorno à casa dos pais pelos casais jovens que se separam, com seus filhos ou a permanência da mãe solteira na casa cria uma rede de *parentela* entre as famílias da moça e do rapaz (principalmente visando a educação da criança como uma questão de honra) recriando a família extensa. Observa que a moça, para se redimir da vergonha de ser mãe solteira, deve demonstrar ser uma boa mãe (SILVA; 2007: 417).

Silva (2007: 419) também observa que a saída da casa dos pais para os estudos ou para o trabalho pode configurar-se como o início de um ritual onde se inclui a iniciação sexual, tendo em vista o convívio mais próximo com outros jovens, porém

esta saída “obedece a singularidades históricas dos sujeitos e, por sua vez, está intimamente ligada à família de origem”. Há também o fato de que nas migrações da comunidade para a sede as experiências não são tão satisfatórias dadas as “dificuldades com o espaço e o tempo de adequação próprias de cada um desses jovens” (SILVA; 2007:19).

Nesta construção da autonomia sexual, a sexualidade genital tem um papel bastante importante; por isso, também há um maior grau de dificuldade, posto que há tensões internas na constituição de uma esfera privada das relações de amizade. Notei entre as moças das comunidades rurais vivendo na sede, portanto um maior receio quanto ao ficar grávida, e, por outro lado, o sentimento de “culpa” quando se iniciam sexualmente e não sentem segurança de virem a casar-se ou ter um compromisso de namoro com o rapaz. Há um descompasso entre a informação adquirida acerca dos usos dos métodos anticoncepcionais e a incorporação destes na vida sexual dos jovens enquanto prática rotineira. No mesmo sentido tal descompasso se dá com os rapazes, somando ainda o fato de que o machismo ou a ideia de que o homem, o rapaz, estará “imune” às ameaças desta ordem, no caso das doenças sexualmente transmissíveis. Concomitantemente, o rapaz “virgem” sofre o incômodo das pressões por parte dos outros jovens mais velhos (ou que já iniciaram a vida sexual), para se iniciarem sexualmente (SILVA; 2007: 419).

Foi observado pela autora que a iniciação sexual masculina se constitui como um “rito de passagem” e comprovação da virilidade e deve ser compartilhada entre os demais jovens, o que faz com que muitos deles mintam, simulando, frente aos outros, relações sexuais vividas com determinada jovem, tentando reafirmar a sua masculinidade. Nesse sentido, há um descuido com os corpos e a exposição ao risco de doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez indesejada ao desconsiderarem a prevenção e por tentarem adequar-se ao padrão de comportamento masculino passado através das gerações, onde ter um filho é comprovação de virilidade.

Segundo Vanda Silva (2007), os jovens da sede do município demoram um pouco mais para a iniciação sexual optando por contatos íntimos menos intensos como o “ficar” antes de ingressarem em uma relação mais estável. Porém, isso é maior observado entre as moças, que relutam em ceder à ansiedade dos rapazes pela relação sexual, buscando antes a segurança no relacionamento. Nesse sentido, a influência dos amigos do mesmo sexo se mostrou importante para iniciarem a vida sexual.

Em relação ao HIV/Aids e sexualidade, Silva afirma que figuram como temas

centrais da Secretaria de Saúde e da escola do município, visando questões sociais e não apenas morais e políticas. Nesse sentido pondera que:

No entanto, não se pode pensá-las apenas como uma problemática de saúde pública que, portanto, deverão ser vistas apenas sob o ângulo das orientações preventivas de base fisiológica, se não se articularem a cultura e identidade com o corpo e saúde – sobretudo quando nesta articulação há questões que dizem de um contexto de precariedade e vulnerabilidade material e emocional, de relações assimétricas de gênero, como no caso de Rosário das Almas (SILVA; 2007: 421).

Apesar de encontrar vários casos de gravidez precoce entre as meninas do meio rural, e acreditar que este fato proporcionaria um rearranjo familiar, Silva observou que esta gravidez era precoce somente sob o ponto de vista biológico (idade), porém, sob o ponto de vista social, as moças mantinham relacionamentos estáveis (casamento ou “amigamento”) tendo iniciado cedo a vida sexual e não representando um problema e sim “uma solução para entrarem num outro *status* social – o de ser mãe –, enquanto comprovam socialmente a sua fertilidade, logo, a feminilidade, e entram na conjugalidade”(SILVA; 2007: 422). Por este aspecto, para Vanda Silva, a gravidez precoce é uma preocupação muito mais das instituições do que dos próprios jovens e de seus pais que tem decidido pelo *amigamento* que, gradativamente resultam em uniões oficiais. Nesse sentido, afirma que:

O fato de os jovens buscarem viver as experiências da sexualidade com maior liberdade não significa que desistiram do ideal de família. Ao contrário, a família é muito importante na vida desses jovens e por isso mesmo é que a convivência de códigos distintos resulta em ambiguidades nas representações acerca da conjugalidade, da própria ideia de ser jovem e da sexualidade, que são vividas nos espaços de sociabilidade (SILVA; 2007: 424).

Ao proceder suas análises, Silva percebe a complexidade do universo rural que se acentua a cada dia com as mudanças ocorridas no seio da família rural e das práticas impulsionadas por fatores de ordens sociais mais gerais exemplificados pelo controle da natalidade e pelo trabalho não centralizado na agricultura. Todavia observa “entraves” sociais dessas mudanças que se revelam nas diferentes representações relacionadas ao matrimônio e aos arranjos familiares. Nessa perspectiva, os jovens, frente a diversas possibilidades, apresentam diferentes condutas sexuais.

Enfim, há uma diferenciação notável nas relações familiares no município estudado, onde há um aumento da tolerância dos pais em relação às reivindicações dos jovens rurais que buscam o reconhecimento de serem jovens tanto quanto os jovens dos centros urbanos, protelando a entrada na vida adulta, avançando nos estudos e descobrindo novas formas de convívio que lhes trazem maiores oportunidades. Silva encontra diferentes grupos de jovens rurais tal qual ocorre no meio urbano e demonstra que é necessário refletir sobre o fim da divisão rural-urbano, que parece constatável no que diz respeito às relações sociais juvenis.

Outra pesquisa é a de Vieira (2004), que realizou um estudo com jovens rurais em assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), localizados no Sul do Brasil, no contexto de uma escola de ensino fundamental e ensino médio. Um de seus objetivos foi identificar o que os jovens dizem sobre sexualidade e observar as possíveis interfaces entre juventude, sexualidade e gênero no contexto do MST. Vieira observa a invisibilidade do tema sexualidade entre os jovens do meio rural, onde também não há políticas públicas específicas para esse público. Afirma que, estando a sexualidade mantida sob este manto, ela pode não se traduzir em direitos como, por exemplo, o acesso à informação e ao atendimento em saúde.

Vieira observa que a idade de iniciação sexual difere entre rapazes e moças, variando, entre os rapazes, dos 11 aos 14 anos e entre as moças dos 14 aos 15 anos. A primeira relação ocorre em ambos os casos com pessoas da comunidade ou de comunidades vizinhas. Para as moças a primeira relação é marcada pelo medo e pelo sentimento e para os rapazes como afirmação da virilidade.

Em relação à virgindade, Vieira observa que para os jovens, naquele contexto, a virgindade ainda está presente somente no imaginário dos adultos e não mais para eles, porém, sob este aspecto, existe o medo de decepcionar a família, principalmente em relação às meninas. Para Vieira isto significa que há, sim, a internalização de valores e de normas sociais por essas jovens. A autora também encontra a demonstração de constrangimento por parte de jovens homens em relação à condição de virgens, ao alegarem a dificuldade em encontrar a parceira no meio rural.

A pesquisa de Vieira revela que a escola e a rede de vizinhança se constituem para estes jovens como espaços de iniciação afetivo-sexual sendo o local mais comum para o primeiro beijo e o primeiro namoro, que geralmente acontecem com os colegas

nos intervalos das aulas. Para os mais velhos os bailes e festas também são mencionados.

Em relação aos jovens do MST, Vieira observa discursos que deixam claro a separação entre os “de dentro” e os “de fora” e por parte de alguns jovens há a tendência a uma certa fidelidade ao movimento ao se relacionar apenas com os de dentro, por falarem a mesma língua e serem aliados. Porém, por parte de outros, observa o desejo de abrir novos horizontes, conhecer e se relacionar com pessoas diferentes da comunidade.

Como locais mencionados pelos jovens para a ocorrência das relações sexuais, são referidos a casa do parceiro, o mato e dentro do carro (onde for possível). Os jovens demonstram ter conhecimento da importância do uso da camisinha na prevenção da Aids, porém não a utilizam regularmente. Segundo Vieira há “desinformação e descrença nas informações que recebem”, além da desconfiança sobre a qualidade do preservativo que é distribuído no Posto de Saúde. A camisinha é citada por todos, porém há maior preocupação em relação ao risco de gravidez indesejada. A preocupação das meninas em relação à gravidez está mais relacionada à condição de não-casamento do que à condição etária. Entre as meninas o uso da camisinha é também inconstante tendo como justificativa “a sorte, destino ou determinação divina”(VIEIRA; 2004:84-85).

Se considerarmos que o estigma da gravidez indesejada recai principalmente sobre a mulher, que à ela cabe maior responsabilidade de *se cuidar* e que o contraceptivo mais citado é a camisinha masculina, o fato de serem os homens que detêm o ‘poder de possuir e decidir sobre’ este método, condiciona uma relação de desigualdade de gênero no que se refere ao planejamento reprodutivo. O controle dos homens sobre a camisinha, desta forma, também pode ser compreendido como um meio de controle sobre a sexualidade feminina, o que pode justificar, em parte, o próprio adiamento do início da vida sexual das jovens mulheres (VIEIRA; 2004:89).

Sobre as políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids, Vieira afirma que não há dúvidas de que precisam ser repensadas para que as informações não sejam apenas repassadas, mas sejam traduzidas em prevenção e que apesar de, frente algumas colocações dos jovens, parecer que o discurso das campanhas de prevenção os atinge, alguns questionam se já existe cura. Portanto, “considerando que as campanhas reforcem a ideia da prevenção pelo risco de morte, acreditar que existe cura as torna

muito menos eficazes”. Nesse sentido Vieira identificou mitos e desinformação entre os jovens, o que os priva do direito à saúde, haja visto que “a noção de direito está associada a possibilidade e ao poder de escolha, o que traz implícito o direito à informação, ainda que não se restrinja a ela” (VIEIRA; 2004:96).

Vieira reitera, conforme também mencionado por Silva (2007), que os jovens rurais do MST não devem ser compreendidos como um grupo homogêneo, como são, não raro, compreendidos o rural e o MST, sendo necessário passar a enxergá-los com suas particularidades e conflitos.

Podemos inferir, a partir dessas pesquisas, que a invisibilidade da juventude rural como sujeitos das relações afetivo-sexuais se passa no campo das concepções teóricas e das políticas públicas, porém a realidade desses jovens é a vivência das múltiplas faces da sexualidade com intensas implicações em seus projetos para o futuro, em um contexto de mudanças constantes orientadas pelos avanços tecnológicos, tal como a juventude urbana. Pode-se dizer de uma realidade escondida? Há também, claro nas pesquisas, uma preocupação sobre o descompasso entre informação e prática, levando a crer que os mecanismos de prevenção não estão sendo internalizados, o que justifica a necessidade de uma abordagem mais próxima e interativa.

CAPÍTULO 4

UNIVERSO EMPÍRICO

No capítulo anterior fizemos uma reflexão acerca das denominações de campo e cidade e das noções de juventude correntes nas diversas culturas, para, então, alcançar algumas concepções teóricas referentes ao nosso objeto de estudo: a juventude rural. Nesse momento, após termos nos aproximado, então, do nosso objeto de estudo e antes de procedermos a análise dos dados da nossa pesquisa, convidamos o leitor a conhecer um pouco da história da cidade de Barbacena e do IF Sudeste MG – *Câmpus* Barbacena que se configuram como o universo empírico desta pesquisa.

4.1 – Barbacena: entre as rosas e os loucos

O município de Barbacena (Figura 14) localiza-se na mesorregião denominada Campos das Vertentes¹⁵, centro-oeste de Minas Gerais (Figura 16), na microrregião Barbacena, no planalto Serra da Mantiqueira, a 1.160 metros de altitude e a uma distância de 169 quilômetros da capital do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 272 km do Rio de Janeiro, 532 km de São Paulo e 884 km de Brasília (Figura 15). É banhada pelo Rio das Mortes que segue para o oeste onde encontra a bacia do Rio Grande. O município tem 759.185 quilômetros quadrados e possui um clima tropical de altitude, com invernos frios e verões amenos. A temperatura média anual da cidade é de 17°C¹⁶.

Barbacena limita-se ao norte com os municípios de Barroso, Carandaí e Ressaquinha, Alfredo Vasconcelos; ao sul com Santos Dumont, Antônio Carlos e Ibertioga; a leste com Desterro do Melo, Santa Bárbara do Tugúrio e Oliveira Fortes; a oeste com São João Del Rei e Prados. Em Divisão Territorial datada de 2003, o município é constituído de 13 Distritos: Barbacena, Colônia Rodrigo Silva, Correia de

15 - A mesorregião do Campo das Vertentes é uma das doze que compõem o Estado de Minas Gerais. É formada por 36 municípios e se divide em três microrregiões: Barbacena, Lavras e São João del Rei.

16 - Fonte: Prefeitura Municipal de Barbacena. Disponível em <http://www.barbacena.mg.gov.br>. Acesso em: 02/08/12.

Almeida, Costas da Mantiqueira, Faria, Padre Brito, Galego, Mantiqueira do Palmital, Senhora das Dores, Pinheiro Grosso, Ponte do Cosme, Ponte Chique do Martelo e São Sebastião dos Torres (Figura 17). Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007¹⁷.



Figura 14- Cidade de Barbacena¹⁸.



Figura 15 – Distância de Barbacena aos maiores centros do Sudeste e Distrito Federal.
Fonte: Prefeitura Municipal de Barbacena, 2010¹⁹.

17- Fonte: IBGE. <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/barbacena.pdf>. Acesso em 17/07/12.

18 - Fonte: <http://hostelflora.blogspot.com.br/p/fotos-de-barbacena.html>. Acesso em: 18/07/12.

19 - Disponível em <http://www.barbacena.mg.gov.br>. Acesso em: 02/08/12.



Figura 16 – Localização de Barbacena no mapa de Minas Gerais.
Fonte: IBGE, Rio de Janeiro: 2010.



Figura 17 – Barbacena e seus distritos.
Fonte: Secretaria Municipal de Obras de Barbacena, 2012.

De acordo com o censo realizado pelo IBGE em 2010, sua população é de 126.284 habitantes, com densidade demográfica de 166,34 hab./km². Destes, 60.162 são homens e 66.122 são mulheres. A população rural total do município é de 10.716 pessoas, sendo 5.596 homens e 5.120 mulheres. A população jovem de 15 a 24 anos residente na área rural é de 1.772 jovens, sendo destes 948 homens e 824 mulheres.

Levando em conta a classificação proposta por Veiga (2002), Barbacena pode ser

classificada como um centro urbano tendo em vista seu número de habitantes superior a 100.000, sua densidade demográfica superior a 80 hab./km² e sua economia voltada para o setor de serviços (Gráfico 5), apesar da grande extensão de áreas rurais no município.

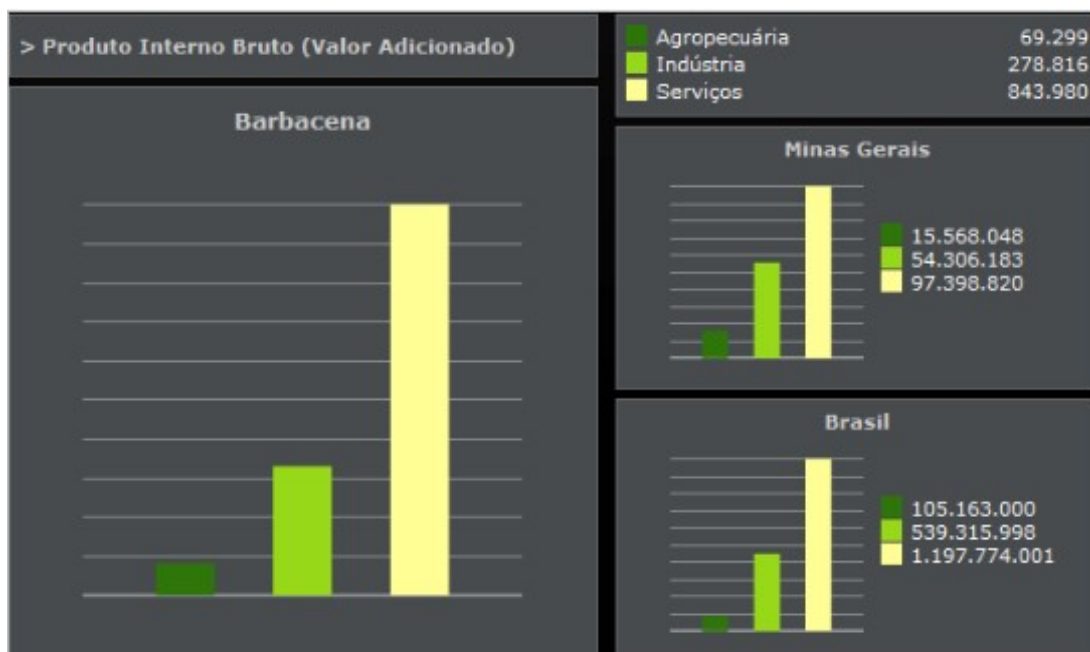


Gráfico 5 – Produto Interno Bruto
Fonte: IBGE Cidades²⁰.

O município de Barbacena é conhecido desde a década de 60 como a "Cidade dos Loucos", pelo grande número de hospitais psiquiátricos instalados no local (Figuras 18 e 19).



Figura 18 – Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz²¹.

20 - Disponível em: www.ibge.gov.br/cidades/topwindow.htm?1. Acesso em 28/08/12.

21 - Fonte: <http://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticias/hospital-psiquiatrico-e-judiciario-jorge-vaz-faz-80-anos>. Acesso em 18/07/12

A cidade atraiu esses manicômios pois acreditava-se que o clima agradável favorecia um melhor comportamento dos loucos, contribuindo para que eles ficassem menos arredios. Foi, então, criado em 1900 com a denominação de Assistência a Alienados, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), fundado com capacidade para abrigar inicialmente 70 pacientes, mas chegando a possuir 6.150 enfermos entre internos das seções masculina e feminina. A situação precária da assistência aos loucos na década de 70 em Barbacena foi comparada pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia à de um campo de concentração nazista, tendo colaborado para impulsionar o movimento de luta antimanicomial que resultou na Reforma Psiquiátrica no Brasil (RATON, 2009)²².



Figura 19 - Museu da loucura no CHPB²³.

Barbacena ficou também conhecida no Brasil e no exterior como a "Cidade das Rosas", devido à grande produção e exportação de rosas na região, propiciadas pelo

22 - O processo da Reforma Psiquiátrica iniciou no Brasil a partir do final da década de 70 com a instauração da Luta Antimanicomial movida pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM) após terem sido registradas inúmeras denúncias quanto às condições precárias de assistência psiquiátrica no país. Barbacena configurou-se como palco de um cenário de tragédia vivida pelos milhares de internos no Hospital Colônia. A Reforma prevê a extinção progressiva do modelo hospitalocêntrico e a implantação de serviços substitutivos. Ver: GOULART, M. S. B. e DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: história de desinstitucionalização. **Revista Psicologia e Sociedade**; 22(1): 112-120, 2010; Ver: FIRMINO, H. **Nos porões da loucura**. Rio de Janeiro: Codecri, 1982; Ver: www.museudapsiquiatria.org.br.

23- Fonte: <http://hostelflora.blogspot.com.br/p/fotos-de-barbacena.html>. Acesso em 18/07/12.

clima tropical ameno e pela luminosidade da cidade. A partir do ano de 1948 se iniciou a produção de rosas na cidade de Barbacena, após a chegada de imigrantes alemães e italianos que trouxeram as mudas em sua bagagem. A partir do ano de 1962 a produção de rosas movimentou a economia da cidade, configurando-se como a principal atividade econômica. No ano de 1967 foi iniciada a Festa das Rosas (Figura 21), com desfiles e exposição de rosas da região e que ainda hoje é comemorada todos os anos. Neste ano havia na região 97 produtores que formaram a Cooperativa União Barbacenense dos Floricultores (Uniflor). Nas décadas de 70 e 80 Barbacena tornou-se referência na distribuição de rosas para todo o país e para o exterior, principalmente a Alemanha, para onde eram destinados 80% da produção. Porém, após ter vendido uma grande remessa de rosas para a Alemanha e não receber o pagamento por ela, houve um período de grande turbulência que comprometeu a produção e levou a Uniflor a se dissolver (ARAÚJO, 2007).

Em 1979 foi instalada, no município vizinho de Antônio Carlos (Figura 20) à 10 Km de Barbacena, uma empresa alemã de produção de rosas, a Brasil Flowers, que representou um grande sucesso na produção e exportação de rosas, tendo se tornado a “maior empresa produtora de rosas do mundo” com tecnologia de ponta e gerando “900 empregos diretos e 3 mil indiretos na região, exportando para o mercado alemão. Mas, devido a uma crise no mercado europeu em 1986, quando houve a queda no valor das rosas, a Brasil Flowers ficou impossibilitada de escoar a produção que era demasiadamente alta para ser absorvida pelo mercado interno, fazendo com que os preços caíssem ainda mais, chegando a ficar abaixo do custo da produção. Este fato fez com que os proprietários abandonassem o país, deixando “dívidas trabalhistas e um cenário de desemprego” (ARAÚJO, 2007: 6).

Em 1999, alguns produtores que haviam prosseguido no propósito do cultivo da rosa, novamente se organizaram para a criação da Associação Barbacenense de Rosas e Flores - Abarflores, responsável por liderar, a partir de então, a melhoria técnica e gerencial do setor e promover a divulgação da produção, além de assumir a responsabilidade pela organização da Festa das Rosas (ARAÚJO, 2007).

A partir do ano de 2005 foi implantado o Projeto Floricultura, com o apoio do SEBRAE e da Prefeitura de Barbacena, assim como outras entidades: Associação Comercial de Barbacena, Fundação de Apoio à Pesquisa, Ensino e Extensão da Escola

Barbacena tem também uma intensa produção agropecuária (Tabela 1). Segundo dados da Prefeitura Municipal a cidade é um celeiro na produção de olericultura, fruticultura e pecuária leiteira, “se destacando como um dos principais pólos de hortifrutiganjeiros de Minas Gerais” com uma produção de 41.818 toneladas de olerícolas (ALMEIDA, 2011: 6).

Tabela 1 – Produção Pecuária e Produção Agrícola

Produção Pecuária – 2010		Produção Agrícola - 2010	
Bovinos	23.265 cabeças	Feijão	660 ton.
Equinos	887 cabeças	Milho	6.000 ton.
Suínos	9.982 cabeças	Batata-doce	100 ton.
Bubalinos	22 cabeças	Batata inglesa	1.940 ton.
Asininos	16 cabeças	Cana-de-açúcar	800 ton.
Muare	82 cabeças	Mandioca	100 ton.
Caprinos	259 cabeças	Tomate	7.000 ton.
Ovinos	284 cabeças	Banana	120 ton.
Galos, frangas, frangos e pintos	42.254 cabeças	Caqui	1.250 ton.
Galinhas	58.698 cabeças	Goiaba	450 ton.
Vacas ordenhadas	8.615 cabeças	Maçã	1.500 ton.
Produção de leite	18.234 litros	Pêssego	6.755 ton.
Ovos de galinha	1.040 mil dúzias		
Mel de abelha	21.204 kg		

Fonte: IBGE. Produção Pecuária Municipal/2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
 IBGE. Produção Agrícola Municipal/2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

Além do setor agropecuário, a cidade abriga as indústrias RDM Vale do Rio Doce (Beneficiamento de ferro-ligas à base de manganês) e a Saint Gobain (materiais cerâmicos), e configura-se como o principal centro comercial e de prestação de serviços da macrorregião do Campo das Vertentes, sendo que grande parte da população economicamente ativa está empregada em órgãos e instituições de administração pública (ALMEIDA, 2011).

O município possui parque de exposições e um aeroporto com aeroclube. É sede do Nono Batalhão de Polícia Militar, da 13ª Região da Polícia Militar de Minas Gerais e possui duas instituições federais de ensino: a Escola Preparatória de Cadetes do Ar (EPCAr) (Figura 22) e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais - *Câmpus* Barbacena, do qual falaremos mais adiante.

De acordo com Almeida (2011) a localização estratégica de Barbacena (fazendo limites com as mesorregiões Metropolitana de Belo Horizonte, Central Mineira, Zona da Mata, Sul de Minas e Oeste de Minas) contribuiu para que a cidade se tornasse pólo para a oferta de serviços na área da saúde e na educação, atendendo a população das cidades próximas. A cidade possui 89 estabelecimentos de saúde, sendo 31 públicos municipais, 3 públicos estaduais e 55 privados (IBGE, 2010). A grande quantidade de estabelecimentos de ensino existente faz com que a cidade possua uma das melhores relações aluno/vagas do Estado. Dentre eles estão a Escola de Hotelaria do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), o Colégio Tiradentes da Polícia Militar, o Colégio Imaculada Conceição, a Universidade Presidente Antônio Carlos, a Universidade do Estado de Minas Gerais e o Centro de Estudos Superiores Aprendiz. Possui mais de trinta bibliotecas, cinco associações culturais e a Academia Barbacenense de Letras.

Na cidade, também encontram-se escritórios da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural de Minas Gerais, do Departamento de Estradas de Rodagem e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e um Call Center da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos ²⁶.



Figura 22 – Escola Preparatória de Cadetes do Ar²⁷.

26 - Fonte: Prefeitura Municipal de Barbacena. Disponível em <http://www.barbacena.mg.gov.br>. Acesso em: 02/08/12.

27 - Fonte: http://trabalhovdm113.blogspot.com.br/p/historia_24.html. Acesso em 18/07/12.

Alguns pontos turísticos atraem os olhares dos visitantes, em geral, as igrejas e os edifícios históricos, de estilo colonial ou barroco. Dentre eles a Igreja Matriz Santuário de Nossa Senhora da Piedade (Figura 23), Igreja de Nossa Senhora da Boa Morte, Igreja de Nossa Senhora do Rosário (Figura 25), Cadeia Velha (Figura 26), Câmara Municipal, Museu Municipal, Solar dos Andradas, Sobrado dos Vidigal, Sobrado Paolucci, Residência Ânuar Fares e o Sobrado de Olinto de Magalhães. São também atrativos pontos de visitação pelo seu estilo ou importância histórica: Fórum Mendes Pimentel, Igreja Basílica de São José (Figura 24), Solar Bias Fortes, Solar dos Canedos (Figura 27), Grupo Escolar Bias Fortes, a Fundação Porphíria de José Máximo de Magalhães, Escola Estadual Adelaide Bias Fortes, o Pontilhão Ferroviário, a Escola Preparatória de Cadetes-do-Ar, Escola Agrotécnica Federal "Diaulas Abreu" (atual IF Sudeste MG - *Câmpus* Barbacena), Santa Casa de Misericórdia, Farmácia Santa Terezinha, Estação Ferroviária (Figura 28), o Colégio Imaculada Conceição, a Casa-museu de Georges Bernanos, o Manicômio Judiciário, Museu da Loucura (no antigo Hospital Colônia), edifício da antiga Sericicultura e o leito da antiga Estrada de Ferro do Oeste de Minas. O cemitério antigo, da Igreja de Nossa Senhora da Boa Morte, que data da década de 1850, também possui algumas obras de arte²⁸.



Figura 23 - Matriz Santuário de Nossa Senhora da Piedade²⁹.

28- Fonte: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/barbacena.pdf>. Acesso em 17/07/12.

29 - Fonte: <http://www.tiradentes.net/barbacena.htm>. Acesso em 18/07/12



Figura 24 - Basílica de São José Operário³⁰.



Figura 25- Igreja do Rosário³¹.



Figura 26 - Cadeia Velha - construção do início do século XIX³².

30 - Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Barbacena_\(Minas_Gerais\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Barbacena_(Minas_Gerais)). Acesso em 18/07/12.

31 - Fonte: <http://hostelflora.blogspot.com.br/p/fotos-de-barbacena.html>. Acesso em 18/07/12.

32 - Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Barbacena_\(Minas_Gerais\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Barbacena_(Minas_Gerais)). Acesso em 17/07/12.



Figura 27 - Solar dos Canedos³³.

O ponto mais elevado que permite vista de toda a cidade e adjacências é o mirante, localizado no bairro Monte Mário. A cidade tem restaurantes de comida típica italiana, árabe, oriental e mineira, além de bons serviços de hotelaria. No entanto, sofre efeitos da concorrência de outras cidades históricas mais próximas, como Tiradentes e São João del-Rei que têm investido em gastronomia e eventos relacionados ao cinema³⁴.



Figura 28 - Estação Ferroviária³⁵.

No calendário de eventos e festividades destacam-se o Jubileu de São José, a Festa das Rosas e a Exposição Agropecuária. Barbacena é sede do Grupo Ponto de Partida, uma das principais companhias brasileiras de teatro. Sua formação começou em 1980 e desde então coleciona diversos prêmios expressivos em âmbitos estadual, como a Medalha da Inconfidência Mineira, e nacional bem como carreira internacional³⁶.

33- Fonte: http://trabalhovdm113.blogspot.com.br/p/historia_24.html. Acesso em 18/07/12.

34- Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Barbacena_\(Minas_Gerais\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Barbacena_(Minas_Gerais)). Acesso em 17/07/12.

Fonte: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/barbacena.pdf>. Acesso em 17/07/12.

35- Fonte: <http://amantesdaferrovia.com.br/photo>. Acesso em 18/07/12.

36- Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Barbacena_\(Minas_Gerais\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Barbacena_(Minas_Gerais)). Acesso em 17/07/12.

4.2 – Trajetória Histórica de Barbacena: o caminho do ouro

A cidade de Barbacena nasceu na cabeceira do Rio das Mortes em um local habitado por índios puris. A partir do séc. XVII a região passou a ser povoada por homens brancos, bandeirantes, oriundos de São Paulo à procura de ouro, pedras preciosas e mão de obra escrava, tendo se estabelecido na Fazenda da Borda do Campo, onde erigiram a capela de Nossa Senhora da Piedade.

Esta fazenda era de propriedade, desde o fim do século XVII, dos bandeirantes capitão-mor Garcia Rodrigues Pais e de seu cunhado coronel Domingos Rodrigues da Fonseca Leme desde 1703, cedida por carta de sesmaria e se localizava às margens do Caminho Novo da Estrada Real para o Rio de Janeiro (SAVASSI, 1953).

Segundo Almeida (2011), sendo o Rio de Janeiro um importante centro fornecedor de diversas mercadorias, era necessário um melhor acesso à região das minas de ouro, o que desencadeou a abertura deste Caminho Novo possibilitando que a viagem até o Rio de Janeiro fosse realizada em 10 a 12 dias.

Este Novo caminho, com suas ramificações, facilitava o trabalho de fiscalização da Real Fazenda, que instalou barreiras e registros onde a passagem era obrigatória. Nas proximidades de cada barreira ou registro, iam surgindo aglomerados de casas, que de povoações, se transformaram em vilas e depois cidades. Aos poucos a colônia tomava uma feição urbana. O tropeiro, condutor da tropa de mulas teve nesta época um papel muito importante no transporte das mercadorias. Dentre as muitas cidades surgidas nesse período, encontra-se o povoado que mais tarde se tornou a cidade de Barbacena. Esse nome foi dado em homenagem ao governador da Capitania de Minas, que governou durante o episódio da Inconfidência Mineira, o Visconde de Barbacena (ALMEIDA, M; 2010: 5).

Em 1711, o governador da capitania, Antônio de Albuquerque, hospedou-se na localidade, acompanhado de um exército de 6000 homens, que ali acamparam em marcha de socorro à cidade do Rio de Janeiro que havia sido invadida pelos franceses da esquadra de René Duguay-Trouin.

A cidade de Barbacena, foi oficialmente criada pelo alvará de 6 de abril de 1714 e pertencia aos territórios de São João Del Rei e São José Del Rei (hoje Tiradentes), da Comarca do Rio das Mortes. Porém, as primeiras construções ocorreram a partir do ano de 1712 quando do início da construção da Capela de Nossa Senhora da Piedade da

Borda do Campo, nos seus arredores. O término da construção da capela ocorreu no ano de 1725. As tropas cruzavam por este caminho, interligando Minas Gerais, Goiás e Mato Grosso com o litoral. Em 9 de dezembro de 1743 foi demarcado pelo Pe. Manoel da Silva Lagoinha o local da construção da igreja nova e iniciada a edificação do templo com as licenças do bispo D. Frei João da Cruz. No ano de 1744 foi formado o Arraial da Igreja Nova da Borda do Campolide, nome várias vezes abreviado até ser denominada e elevada à categoria de Vila de Barbacena, em 14 de agosto de 1791, fazendo divisas com a província do Rio de Janeiro (SAVASSI, 1953).

Barbacena frequentemente se destacou, através da história, em movimentos políticos de âmbito nacional. No episódio da Inconfidência Mineira, entre os vinte e quatro inconfidentes que constaram da sentença, alguns eram nascidos ou radicados na cidade – Coronel Francisco Antônio de Oliveira Lopes, Dr. Domingos Vidal Barbosa Lages, Padre José Lopes de Oliveira, Padre Manuel Rodrigues da Costa e Coronel José Ayres Gomes. Barbacena recebeu uma parte do corpo esquartejado (o braço direito) de Tiradentes, que figura no emblema no município (Figura 29), o qual se configurava como uma possível advertência aos que se revoltaram contra o governo. Em Barbacena residiu um irmão de Tiradentes, Padre Antônio da Silva Santos, e o delator dos inconfidentes, o português Joaquim Silvério dos Reis, possuía fazendas na Igreja Nova da Borda do Campo – a carta denúncia foi assinada por ele em Borda do Campo, aos 11 de abril de 1789. O braço de Tiradentes teria sido enterrado no adro da Igreja de Nossa Senhora do Rosário (SAVASSI, 1953).



Figura 29 - Brasão do município de Barbacena³⁷.

37 - Fonte: Prefeitura Mun. de Barbacena. Disponível em <http://www.barbacena.mg.gov.br>. Acesso em: 02/08/12.

Barbacena foi elevada a cidade pela Lei Provincial nº. 163, de 9 de março de 1840. Em 10 de junho de 1842, a cidade aderiu à Revolução Liberal. Instada pela Guarda Nacional e o povo, a Câmara Municipal declarou a cidade sede do governo da província e deu posse a José Feliciano Pinto Coelho da Cunha, depois Barão de Cocais, como "presidente interino da Província". Depois deste episódio, ficaram presos vários dos revolucionários na "Cadeia Velha", dentre eles o Conde de Prados, político do Império. Por ocasião da Guerra do Paraguai, a cidade forneceu voluntários e guardas nacionais para o esforço de guerra. Em 1889, Barbacena hospedou o Imperador D. Pedro II em sua última viagem a Minas Gerais e, em 1893, sediou a sessão extraordinária do Congresso Mineiro que deliberou sobre a mudança da capital do estado de Ouro Preto para Belo Horizonte (SAVASSI, 1953).

No fim do século XIX, atendendo a uma política do Império, o município recebeu um grande número de imigrantes italianos. A primeira leva era composta por agricultores, a maioria veio do norte da Itália. Em 15 de abril de 1888, o Governo Imperial inaugurou uma colônia de imigrantes nos arredores de Barbacena. O local foi denominado "Colônia Rodrigo Silva", homenageando o então ministro da Agricultura. Assim como em todo o País, à época, o fluxo migratório na cidade colaborou para o crescimento, a diversificação das atividades comerciais e agrícolas e o desenvolvimento de indústrias, como sericicultura, cerâmica, marcenaria e construção civil. Em 30 de junho de 1923 foram inaugurados simultaneamente o entroncamento da "antiga linha da Oeste" (Estrada de Ferro Oeste de Minas) ligando a cidade a São João del-Rei e o edifício do foro judicial, que mais tarde recebeu o nome de "Mendes Pimentel" (SAVASSI, 1953).

A cidade teve participação ativa na Revolução de 1930 e na Revolução de 1932. Localizada estrategicamente às margens da estrada que levava à Capital, Rio de Janeiro, a cidade foi sede do "Quartel-General da 4ª Região Militar Revolucionária", em 1930. O avanço dos revolucionários de Barbacena sobre Juiz de Fora e a tomada desta praça, com a rendição e adesão das tropas legalistas, tornou livre o acesso dos mineiros à capital da República. Esse fato foi decisivo para a deposição de Washington Luís e a vitória da Revolução. A cidade participou, ainda, dos combates contra os revoltosos paulistas de 1932, fornecendo dois batalhões provisórios (SAVASSI, 1953).

O distrito recebeu a denominação de Barbacena pelo Alvará de 16/01/1752.

Elevado à categoria de Vila com a denominação de Barbacena, em 14/08/1791. A instalação ocorreu em 03/09/1791. Pelo Alvará de 24/02/1823, a Vila teve o título de "Nobre e Muito Leal Vila de Barbacena". Elevada à condição de Cidade com a denominação de Barbacena, pela Lei Provincial nº 163, de 09/03/1840 (SAVASSI, 1953).

4.3 – O IF Sudeste MG – *Câmpus Barbacena*

O Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais faz parte da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica do Brasil, juntamente com mais 37 Institutos Federais, tendo sido criados no ano de 2008 a partir da aprovação da lei 11.892/2008 que transformou as escolas técnicas e agrotécnicas, antes estabelecidas no país, em Institutos. Segundo o Ministério da Educação, os 38 Institutos existentes absorveram as atividades de 31 Centros Federais de Educação Tecnológica (Cefets), 75 Unidades Descentralizadas de Ensino (Uneds), 39 Escolas Agrotécnicas Federais, 7 Escolas Técnicas Federais e 8 Escolas Técnicas Vinculadas a Universidades. Ainda fazem parte da Rede Federal 28 instituições que não aderiram ao modelo dos Institutos: dois Cefets (Rio de Janeiro e Minas Gerais – que pleiteiam a transformação em Universidades Tecnológicas), 25 Escolas Técnicas vinculadas a Universidades (que possuem autonomia pedagógica e administrativa) e a Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR)³⁸.

Os Institutos Federais são instituições especializadas em oferecer educação no ensino superior, básico e profissionalizante. Estão presentes em todos os estados da federação (Figura 30) e possuem unidades de ensino que são localizadas nas áreas de abrangência de cada Instituto, com a oferta de ensino médio integrado ao ensino técnico, cursos técnicos, cursos superiores de tecnologia, licenciaturas e pós-graduação, buscando a geração de conhecimento e o estímulo à pesquisa com vistas à melhorias para as comunidades onde se localizam³⁹.

38 - Fonte:<http://www.mec.gov.br>

39 - Fonte:<http://www.brasil.gov.br/sobre/educacao/ensino-tecnico/capacitacao/escolas-centros-e-institutos-federais>

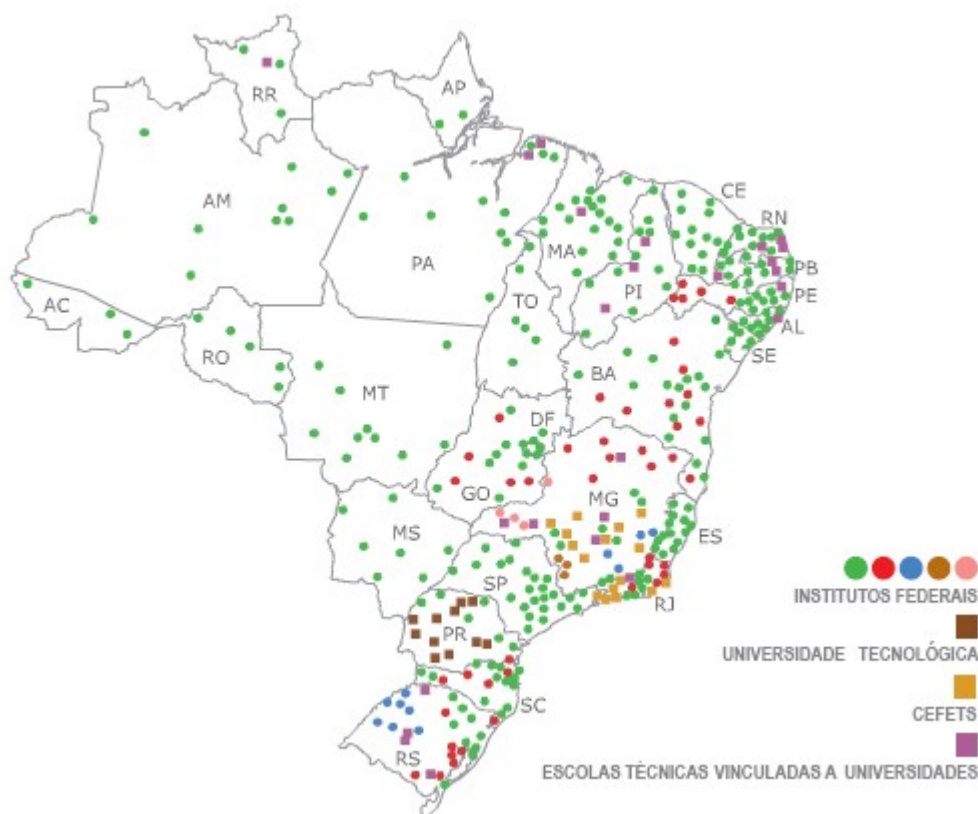


Figura 30 – Mapa de localização dos Institutos Federais⁴⁰.

O Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais teve sua sede (Reitoria) instalada na cidade de Juiz de Fora, tendo sido formado inicialmente pela Escola Agrotécnica Federal de Barbacena (*Câmpus Barbacena*), o CEFET Rio Pomba (*Câmpus Rio Pomba*) e o Colégio Técnico Universitário (*Câmpus Juiz de Fora*). Atualmente foi expandido e conta também com o *Câmpus Muriaé* os *Câmpus* avançados Santos Dumont e São João del Rei.

A história do IF Sudeste – *Câmpus Barbacena* se inicia em 1910, quando figurou-se como a primeira escola de ensino agrícola do país. Um ano antes, o governo federal iniciara a rede federal de educação com a implantação de 19 escolas de Aprendizes e Artífices. Essas instituições eram destinadas ao ensino profissional, voltadas prioritariamente à educação das classes mais pobres⁴¹. Segundo Almeida (2011: 9) “a economia nacional tinha como base de sustentação a agropecuária e, conseqüentemente, o incremento do ensino agrícola era fundamental para o

40 - Fonte: http://redefederal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=79. Acesso em 02/08/12.

41 - Fonte: http://www.ifc-videira.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=66.

desenvolvimento do setor”. Quando da sua criação, a escola de Barbacena recebeu o nome de Aprendizado Agrícola de Barbacena e tinha por finalidade atuar no cultivo e no ensino da fruticultura, visto que a cidade oferecia um clima e topografia favorável a esse cultivo. As atividades iniciaram efetivamente no ano de 1913 (Almeida, 2011).

Em 1933, a partir do decreto nº 22.934, a escola passou a oferecer o curso de Ensino Agrícola Básico com três anos de duração e o Curso de Ensino Rural com dois anos de duração, tendo passado a denominar-se “Escola Agrícola de Barbacena” (Figura 31). Os cursos de Iniciação Agrícola, Mestría Agrícola, Técnico em Horticultura, Técnico em Zootecnia e Técnico em Indústrias Rurais começaram a ser ofertados a partir de 1947 quando, através do decreto nº 22.506, de 22 de janeiro de 1947, a escola passou a se chamar Escola Agrotécnica de Barbacena. Os cursos eram frequentados majoritariamente pelo público masculino. Em 1955, em uma homenagem ao seu fundador, a escola passou a ser denominada Escola Agrotécnica “Diaulas Abreu” e foi criado, com base na Lei Orgânica de 1946, o Curso de Preparação de Economia Doméstica Rural, voltado para o público feminino, que dez anos depois foi transformado no Curso Colegial de Economia Doméstica Rural (IF SUDESTE – MG; 2012).

Algumas curiosidades fazem parte da história desta instituição. Uma delas era a forma como os alunos ingressavam inicialmente, sendo escolhidos pessoalmente pelo diretor da escola, que visitava as fazendas e selecionava os filhos e empregados dos fazendeiros. Conforme o relato do ex-diretor Francisco Rodrigues de Oliveira, era possível ingressar na escola o ano todo, ou seja, se já tivesse começado o ano, ficava como ouvinte e iniciava o curso no outro ano⁴².

No ano de 1964, com o decreto nº 53.558, de 13 de fevereiro, a escola passa à denominação de Colégio Agrícola “Diaulas Abreu”. Em 1967 a escola deixa de ser subordinada ao Ministério da Agricultura, passando, então, a pertencer ao Ministério da Educação e Cultura. A partir do ano de 1979, através do Decreto nº 83.935, de 04 de setembro de 1979, o Colégio Agrícola “Diaulas Abreu” passou a ser denominado Escola Agrotécnica Federal de Barbacena – MG, ofertando os cursos técnicos em Agropecuária e Economia Doméstica. Em 1993, através da Lei nº 8.731, a escola passa a ser uma autarquia, vinculada à Secretaria de Educação Média e Tecnológica –

42- Fonte: IF Sudeste MG – *Câmpus* Barbacena. 100 anos. Revista Centenário. Edição Especial, nov/2010. p 16-17.

SEMTEC do Ministério da Educação e a escola passou então a criar novos cursos nas áreas técnicas (informática, enfermagem, nutrição, segurança do trabalho, entre outros) além daqueles integrados ao ensino médio.



Figura 31 - Escola Agrícola de Barbacena em 1940⁴³.

A partir da implantação dos Institutos Federais no ano de 2008, quando estava prestes a comemorar seu centenário (Figura 32), a Escola Agrotécnica Federal de Barbacena passou a denominar-se IF Sudeste – *Câmpus* Barbacena, vinculada à Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica – SETEC – do Ministério da Educação. A escola oferece, atualmente, a mais de dois mil alunos, vários cursos técnicos, tecnológicos e superiores (Tabela 2)⁴⁴.

43 - Fonte: www.barbacena.ifsudestemg.edu.br/centenario. Acesso em 17/07/12.

44 - Fonte: IF Sudeste MG – *Câmpus* Barbacena. 100 anos. Revista Centenário. Edição Especial, nov/2010. p 16-17.

Cursos oferecidos no IF Sudeste <i>Câmpus</i> Barbacena - 2012	
Ensino Técnico Integrado ao Ensino Médio	Curso Técnico em Agropecuária Curso Técnico em Agroindústria Curso Técnico em Hospedagem Curso Técnico em Química Curso Técnico em Cuidador de Idosos – PROEJA
Ensino Técnico Concomitante	Curso Técnico em Informática PROEJA FIC Agroindústria/Panificação (Parceria com a Prefeitura Municipal de Argirita)
Ensino Técnico Subsequente	Técnico em Enfermagem Técnico em Informática Técnico em Nutrição e Dietética Técnico em Segurança do Trabalho
Ensino Técnico a Distância	Técnico em Agropecuária Técnico em Secretariado
Graduação (Tecnologia, Bacharelado e Licenciatura)	Bacharelado em Administração Bacharelado em Nutrição Engenharia Agrônômica Licenciatura em Ciências Biológicas Licenciatura em Educação Física Licenciatura em Química Tecnologia em Alimentos Tecnologia em Gestão Ambiental Tecnologia em Gestão de Turismo Tecnologia em Sistemas para Internet

Tabela 2 - Cursos oferecidos pelo IF Sudeste – *Câmpus* Barbacena⁴⁵.



Figura 32 - Selo comemorativo do Centenário da Instituição⁴⁶.

45 - IF Sudeste de Minas Gerais; 2012.

46 - Fonte: www.barbacena.ifsudestemg.edu.br/historico. Acesso em: 18/07/12.

A sede da escola (Figuras 33, 34 e 38) situa-se na região central da cidade de Barbacena (Bairro São José), mas a Instituição possui uma área total de 497 hectares, por onde se distribuem os núcleos de Agricultura (Figura 35), Indústrias Rurais (Figura 36), Zootecnia (Figura 37) e Equideocultura, oferecendo uma boa estrutura física para a realização dos cursos de natureza agropecuária. A escola conta também com vários laboratórios que dão suporte prático aos estudantes e também mantém à disposição destes uma biblioteca, o restaurante estudantil, o alojamento masculino e o setor de saúde com assistência odontológica e de enfermagem.



Figura 33 - Prédio Sede do IF Sudeste de Minas Gerais - *Câmpus* Barbacena – vista aérea⁴⁷.



Figura 34 – Prédio Sede do IF Sudeste de Minas Gerais - *Câmpus* Barbacena – vista aérea⁴⁸.

47 - Fonte: Almeida, 2011.

48 - Fonte: Pref. Mun. de Barbacena, 2010. Disponível em <http://www.barbacena.mg.gov.br>. Acesso em: 02/08/12.



Figura 35 - Núcleo de Agricultura⁴⁹.



Figura 36 - Núcleo de Indústrias Rurais⁵⁰.



Figura 37 - Núcleo de Zootecnia⁵¹.

49 - Fonte: www.barbacena.ifsudestemg.edu.br/historico. Acesso em 17/07/12.

50 - Fonte: www.barbacena.ifsudestemg.edu.br/historico. Acesso em 17/07/12

51 - Fonte: www.barbacena.ifsudestemg.edu.br/historico. Acesso em 17/07/12.



Figura 38 – Vista noturna do Prédio Sede⁵².

4.4 – O Curso Técnico em Agropecuária

É dentro deste universo descrito que se encontram jovens rurais participantes da pesquisa, estudantes do curso Técnico em Agropecuária integrado ao Ensino Médio.

O curso Técnico em Agropecuária objetiva a formação de profissionais para atuarem em atividades relacionadas à agricultura e à zootecnia onde os alunos são preparados para o trabalho nas diversas etapas da cadeia produtiva agropecuária, desde o fornecimento de recursos produtivos até a produção e comercialização dos produtos. As disciplinas, no *Câmpus* Barbacena, são ofertadas nos períodos matutinos e vespertinos, sendo alternados em ensino médio propedêutico (onde as aulas são ministradas no prédio sede) e ensino técnico. As aulas práticas são realizadas nos vários laboratórios e nos Núcleos de Agricultura, Zootecnia, Equideocultura e Indústrias Rurais⁵³.

Convido o leitor a conhecer um pouco da experiência vivida por estes alunos no dia-a-dia da sua trajetória escolar dentro do instituto ao longo dos anos, buscando identificar aspectos relacionados à saúde individual e coletiva.

Segundo um dos entrevistados pela pesquisadora (Entrevistado 1), ex-aluno e ex-servidor da Instituição, desde que ingressou na escola, no ano de 1949, como aluno do Curso de Mestría Agrícola Profissionalizante, já havia em funcionamento o setor

52 - Fonte: www.barbacena.ifsudestemg.edu.br/historico. Acesso em 17/07/12.

53 - Fonte: www.barbacena.ifsudestemg.edu.br. Acesso em 03/08/12.

médico e odontológico para assistência aos alunos. Lá eram realizados exames médicos periódicos e era observando o peso corporal. À época havia dois profissionais médicos que realizavam os atendimentos e havia leitos para que os alunos enfermos permanecessem em observação e cuidados, que eram realizados por “enfermeiros práticos” não diplomados. Não havia, naquela época, campanhas de orientação e prevenção de doenças transmissíveis dentro da escola, também ainda não era comum, naquele tempo, a administração de vacinas dentro da Instituição. Havia a preocupação com a higiene corporal, o corte de cabelos e o uso de uniformes e botas que eram fornecidos pela escola e o banho frio era obrigatório pela manhã, mesmo em invernos rigorosos. Os banhos quentes só ocorriam por orientação médica. Este entrevistado refere-se a um tempo, no ano de 1936, em que a escola foi fechada devido a um surto de “tifo” na região, que acometeu alguns alunos. Como medida protetiva, o então diretor fechou o dormitório e liberou os alunos para casa, temendo uma epidemia local. Ele lembra que esse período foi aproveitado para a realização de reformas e melhorias na estrutura física da escola.

O contato com as famílias dos alunos era muito dificultado não só pela distância física (visto que muitos deles vinham de locais distantes) como também pela precariedade dos meios de comunicação. Quando ocorria, o contato era feito por carta ou por intermédio de um locutor de rádio. Nas falas do Entrevistado 1, podemos observar a confiança depositada na escola pelas famílias ao deixarem os seus filhos:

“Eu fiquei onze anos sem ver meu pai porque era muito difícil...era um colégio interno, né?... hoje não se fala mais colégio interno. Os grandes estabelecimentos de internato naquele tempo, como o Santo Antônio em São João del Rei, Colégio Arnaldo em Belo Horizonte, Colégio Imaculada aqui em Barbacena, eram colégio interno. Então, o pai vinha, entregava e o diretor assumia a responsabilidade da pessoa. ...e a disciplina muito dura.... A escola, naquele tempo, sempre tinha o Doutor Diaulas (o diretor) como um pai, ele era um verdadeiro pai para nós, com a sua energia ele olhava muito para os alunos. Os enfermeiros, os professores, os inspetores eram verdadeiros educadores e com relação à saúde nós éramos muito bem tratados” (Entrevistado 1, pesquisa de campo; 2012).

Nesse sentido, outro entrevistado (Entrevistado 2), também ex-aluno e ex-servidor, tendo ingressado como aluno na escola no ano de 1964, relata que:

“Se fosse uma coisa mais grave comunicava a família, mas nos casos que dava pra resolver na escola, a escola resolvia... tinha os enfermeiros que acompanhavam” (Entrevistado 2, pesquisa de campo; 2012).

A confiança que família depositava na escola pode ser observada ainda hoje nas famílias dos jovens adolescentes, principalmente os que ingressam na escola como alunos internos.

Outro fato lembrado pelo Entrevistado 1 foi o falecimento de um aluno interno no ano de 1954 com diagnóstico de sífilis cerebral, porém, segundo ele, não houve repercussão que resultasse em orientação sexual entre os alunos e tudo se resolveu muito rápido. Isto pode demonstrar o tabu em torno da doença sexualmente transmissível que, diferentemente do “tifo”, apesar de levar o aluno a óbito, não mobilizou as pessoas em relação às formas de contágio e ao risco do alojamento conjunto. A dificuldade em se abordar o assunto pode ter suas raízes, como já vimos no Capítulo 2 deste trabalho, nas crenças e valores dos povos, nos sentimentos de culpa, nos medos, superstições e mistérios que envolvem determinadas doenças (Entrevistado 1, pesquisa de campo; 2012).

Sobre a sua experiência como inspetor de alunos, um dos entrevistados (Entrevistado 2) relata que as orientações eram feitas aos alunos internos em relação ao uso de bebidas alcoólicas, mas não em relação ao comportamento sexual:

“Havia muita orientação na parte de bebida, porque era muito comentado, porque a bebida... ia ficar só na bebida e esquecia das outras coisa, aí era pior...Tinha o feminino (alojamento). É uma coisa tão difícil, porque tinha o horário de fechar. Depois de fechar as meninas saíam, aí eram encontros com os meninos, porque os meninos também chegavam tarde, dava aquele problema sério, mas nunca foi explicado sobre a saúde nesse caso. Engravidavam (as meninas), os meninos ficavam pensando que era uma coisa fácil, depois tinham muitos problemas. ...É, quantas meninas saíram dali com dois diplomas!” (referindo-se à gravidez como o outro diploma) (Entrevistado 2, pesquisa de campo; 2012).

Isto pode se traduzir ainda hoje nas falas de uma das professoras da disciplina de Biologia (Entrevistada 3) ao relatar que aborda o assunto DST/Aids em sala de aula, mas existe a dificuldade na abordagem com alguns alunos, sobretudo os mais novos, pois percebe neles a insegurança, o desconforto e a falta de maturidade para falar sobre isto:

“Aluno de primeiro ano, principalmente do curso de Agropecuária, que são alunos que vem da zona rural, eles tem um pouquinho de dificuldade pra poder ficar mais à vontade para falar de sexualidade, de DST, de Aids. Então com essa turmas... eu procuro trabalhar mais leve. Ai no segundo ano a gente entra mais no tema mesmo” (Entrevistada 3, pesquisa de campo; 2012).

Atualmente observamos, através da análise das ementas das disciplinas, que as doenças sexualmente transmissíveis fazem parte do conteúdo formal da disciplina de Biologia no 2º ano do curso Técnico em Agropecuária Integrado ao Ensino Médio, inclusive constando no livro didático adotado pela escola. Nesse sentido buscamos saber de que forma este conteúdo tem sido abordado junto aos alunos. Para tanto, entrevistamos, conforme já visto acima, as professoras que ministram a disciplina neste curso e pudemos perceber que existe a abordagem do tema Aids dentro do referido conteúdo, porém, entre outras coisas, a escassez de tempo e o grande volume de outros conteúdos dificultam um aprofundamento sobre o tema. Também observamos que não há previsto no projeto político pedagógico algum trabalho ou espaço para que seja realizada a educação sexual e não estão previstos também trabalhos relacionados a orientações para a saúde com o envolvimento de outras disciplinas, ou seja, a transdisciplinaridade.

Uma das entrevistadas (Entrevistada 3) relata que, para além do conteúdo formal, trabalha extra-oficialmente o tema DST/Aids e também sexualidade em todas as três séries do ensino médio, em momentos oportunos como a veiculação de notícias na mídia, assuntos de novelas ou quando o tema é abordado espontaneamente pelos alunos, sempre buscando observar o perfil de amadurecimento da turma com a qual está trabalhando. Para o conteúdo formal são utilizados por ela DVDs, cartazes, macromodelos, etc. Porém não é cobrada essa matéria nas avaliações. Esta professora também se refere a trabalhos extra-oficiais já realizados, juntamente com o Setor de Enfermagem da escola, abordando os métodos contraceptivos e a prevenção das DST , fazendo um “link” com a enfermagem, o que para ela, “agrega valor” (Entrevistada 3, pesquisa de campo; 2012).

A professora afirma que, ao falar especificamente sobre Aids, percebe nos alunos o medo do enfrentamento dessa realidade sobretudo porque “eles sabem que a Aids não tem cura e a doença tem um estigma muito grande na sociedade, então eles já vem com

esse preconceito com esse respeito, principalmente porque eles estão iniciando a vida sexual”. Ela afirma ainda que observa que a maioria dos alunos não revela o que sabe sobre DST e Aids e não emite opinião pessoal sobre o que sabe, principalmente por medo do constrangimento e das brincadeiras dos colegas de turma (Entrevistada 3, pesquisa de campo; 2012).

Uma professora (Entrevistada 5) considera que os alunos têm interesse em aprender sobre as doenças associadas ao conteúdo da reprodução humana. Percebe conceitos equivocados e “*até mesmo preconceituosos, como por exemplo, pensar que a Aids afeta preferencialmente os chamados “grupos de risco”, como homossexuais e profissionais do sexo*” (Entrevistada 5, pesquisa de campo; 2012).

Outra entrevistada (Entrevistada 4) relata que ao falar de DST/Aids com os alunos procura questioná-los sobre o conhecimento prévio ou trabalha o tema em forma de seminários em grupo, fazendo com que os alunos busquem as informações e as apresentem posteriormente em sala de aula. Nesse sentido, percebe que há motivação por parte dos alunos para a apresentação dos trabalhos. Sobre a Aids, relata que percebe dúvidas frequentes em relação à existência de vacinas e à origem da doença. Relata que são necessários maiores recursos materiais (p. ex. preservativos masculino e feminino), para a melhorar a dinâmica das aulas (Entrevistada 4, pesquisa de campo; 2012).

Nesse sentido, é consenso entre as professoras entrevistadas a falta de articulação entre as disciplinas na abordagem de temas relacionados à saúde e prevenção de DST/Aids, além da falta de um local ou de um projeto que possibilite a abordagem do tema de forma descontraída entre os alunos num ambiente que desperte a confiança deles. Também não há o envolvimento dos pais ou familiares para tratar a respeito deste assunto.

São várias as sugestões elencadas por elas para se efetivar a realização de trabalhos com os alunos dentro da escola para a sensibilização sobre o tema DST/Aids. Vejamos o depoimento de uma professora:

Se a gente pensar, esse tema, ele é muito amplo, é complexo. Então a gente poderia trabalhar de forma transdisciplinar, interdisciplinar com outras matérias, por exemplo historia, geografia, etc. Agora, a gente já trabalhou o tema com a enfermagem. Não é uma disciplina oficial, mas daria, sim pra fazer uma abordagem muito melhor aonde a gente pudesse ter, por exemplo, uma sala de recurso, uma sala ambiente, aonde os alunos ficassem mais à vontade e tivesse

abordagem, assim, de outras áreas, né? Não só da biologia porque, às vezes, o aluno tem uma certa dificuldade de perguntar, tirar dúvidas porque ele sabe que no dia seguinte ele vai ver o mesmo professor. Então ele acha que se ele perguntar certas coisas, o professor vai lembrar dele sempre. Então quando a gente trabalha com a enfermagem, com o psicólogo, aí já ficam mais à vontade, eles ficam mais “lights” (Entrevistada 3, pesquisa de campo; 2012).

Em relação ao setor de saúde, atualmente são realizados atendimentos odontológicos e de enfermagem aos alunos. Já foram feitas várias campanhas de vacinação (febre amarela, hepatite B, rubéola, antirrábica humana, influenza, H1N1) e algumas apresentações em sala de aula, em conjunto com uma das professoras de Biologia do Ensino Médio, sobre as doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e doenças infecto-contagiosas passíveis de imunização por vacinação. Em conjunto com o setor odontológico, são feitos trabalhos no pátio da escola com esclarecimentos sobre a dengue, sobre as doenças sexualmente transmissíveis e sobre saúde bucal. No ano de 2009 foram feitas oficinas de orientação sexual e prevenção da Aids, em parceria com o Centro de Testagem e Aconselhamento de Barbacena, onde foram envolvidos os jovens masculinos internos, a maioria do curso Técnico em Agropecuária. Porém, a grande dificuldade em realizar atividades educativas é a escassez de horários, já que os alunos estudam em tempo integral e não há, atualmente, espaço reservado no calendário escolar para esse tipo de atividade.

CAPÍTULO 5

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A presente pesquisa trata das representações dos jovens rurais sobre a Aids e foi realizada com jovens alunos do 1º ao 4º anos do Curso Técnico em Agropecuária integrado ao ensino médio do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais – *Câmpus* Barbacena, no primeiro semestre do ano de 2012.

Participaram da pesquisa 91 jovens urbanos e 40 jovens rurais, num total de 131 jovens que representam 37% dos alunos do curso. Dos alunos urbanos, 54 de sexo masculino e 37 de sexo feminino. Entre os rurais, 24 de sexo masculino e 16 de sexo feminino. A classificação dos jovens como rurais e urbanos ocorreu a partir da autodeclaração em relação ao seu local de residência, tendo eles sido previamente orientados pela pesquisadora sobre ser o local onde residem com a família. Nesse sentido há pelo menos dois alunos residentes em cidades de forte característica rural, filhos de agricultores, que se declararam urbanos. O contrário não ocorreu. Este dado suscita novas questões para pesquisa: seriam estas respostas mecanismos de fuga do estigma do rural (atrasado, “jeca tatu”, longínquo) ou seriam reflexo da própria dificuldade na definição clara dos espaços rural e urbano?

Vale salientar que os jovens rurais envolvidos nesta pesquisa são jovens que transitam entre os espaços rurais-urbanos para a viabilização dos estudos, reforçando a ideia do movimento pendular descrito por SZWARCWALD (1999). Nesse sentido, Vanda Silva (2007) observa que o ir-e-vir dos jovens pode influenciar nas mudanças dos costumes locais, principalmente com relação à educação informal-familiar, acentuando tensões entre gerações.

Conforme já mencionado na metodologia da pesquisa, foi aplicado questionário aos alunos dentro da sala de aula, no horário de uma hora/aula com acompanhamento e orientação da pesquisadora. O questionário foi composto por 31 questões, dividido em três blocos, sendo eles: Dados Socioeconômicos, Relações Sexuais e Aids, os quais a partir de agora serão objeto de nossa análise. As respostas de todas as questões abertas compõem o Anexo D deste trabalho.

No primeiro bloco de questões, constatamos que a idade dos entrevistados

variou dos 14 aos 20 anos, estando a média de idade entre os 16 e 18 anos nos alunos de origem rural e entre 15 e 18 anos nos alunos de origem urbana (Gráfico 6).

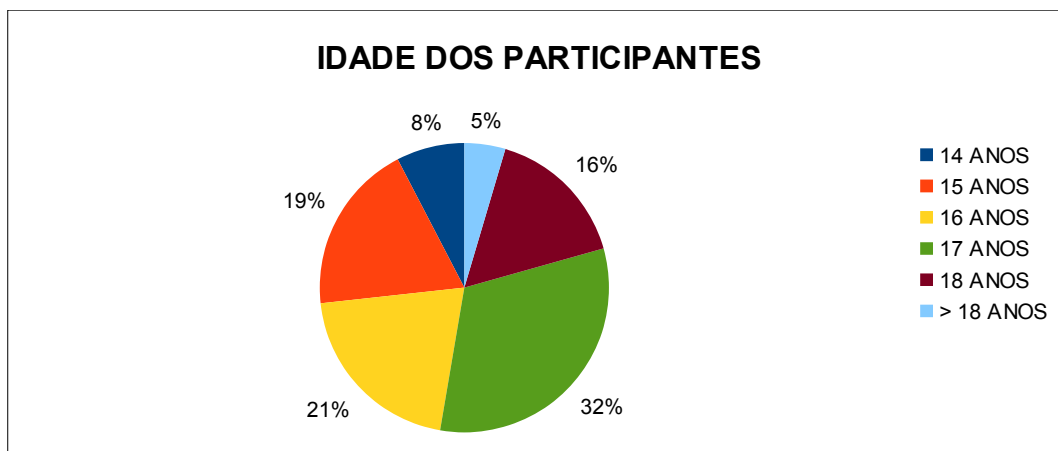


Gráfico 6 – Idade dos participantes.
Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

Dos quarenta alunos que declaram ser de origem e residência rural, apenas oito (20%) afirmam terem concluído o ensino fundamental em escola rural, dado que reafirma o trânsito campo/cidade vivido por eles desde a infância.

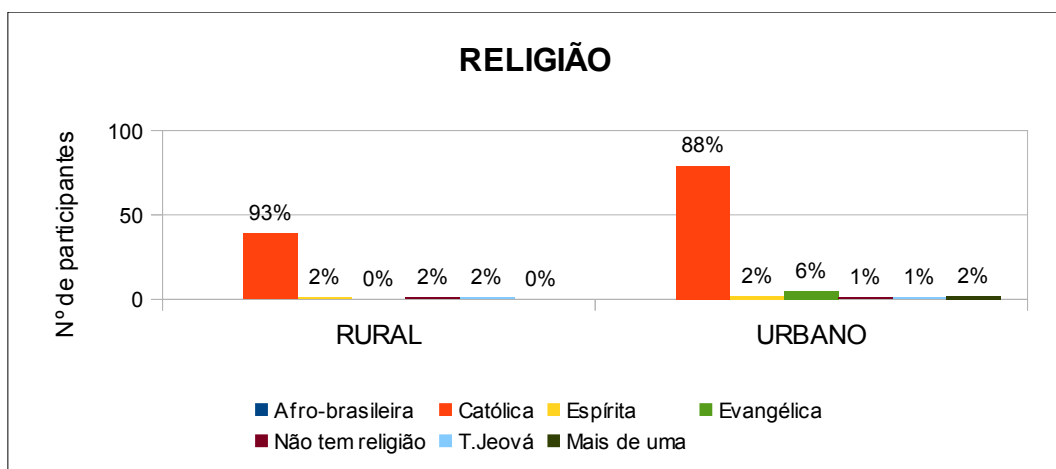


Gráfico 7 – Religião
Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

Em relação à religião, 90% do total de entrevistados declararam serem católicos (Gráfico 7). Observamos, porém, certa discrepância entre algumas respostas dadas pelos jovens (sobretudo nas questões referentes à virgindade e ao uso de camisinha) e a doutrina católica que, no que diz respeito ao sexo, orienta a castidade sexual pré-marital e condena o uso de contraceptivos e preservativos. Isto pode demonstrar que, apesar da influência da igreja, para muitos jovens, as práticas sexuais vem sendo também

influenciadas pela liberação sexual do mundo pós-moderno, o que pode levar a conflitos entre o capital social recebido e as escolhas feitas, conforme citado por Jeolás (2007) no Capítulo 2 deste trabalho.

A pesquisa revela que o acesso aos dispositivos⁵⁴ considerados “urbanos” como televisão, computador, internet e telefone móvel está sendo amplamente estendido ao meio rural, assim como o acesso aos meios de locomoção como moto ou outro veículo (Gráfico 8), fato este que acompanha a tendência brasileira de diminuição das distâncias entre rural/urbano, através dos meios de comunicação, da facilidade de acesso a locais longínquos e da adoção de comportamentos “urbanizados” pela população rural, conforme já descrito em outros estudos por autores como Carneiro (2007), Wanderley (2009) e Endlich (2010).

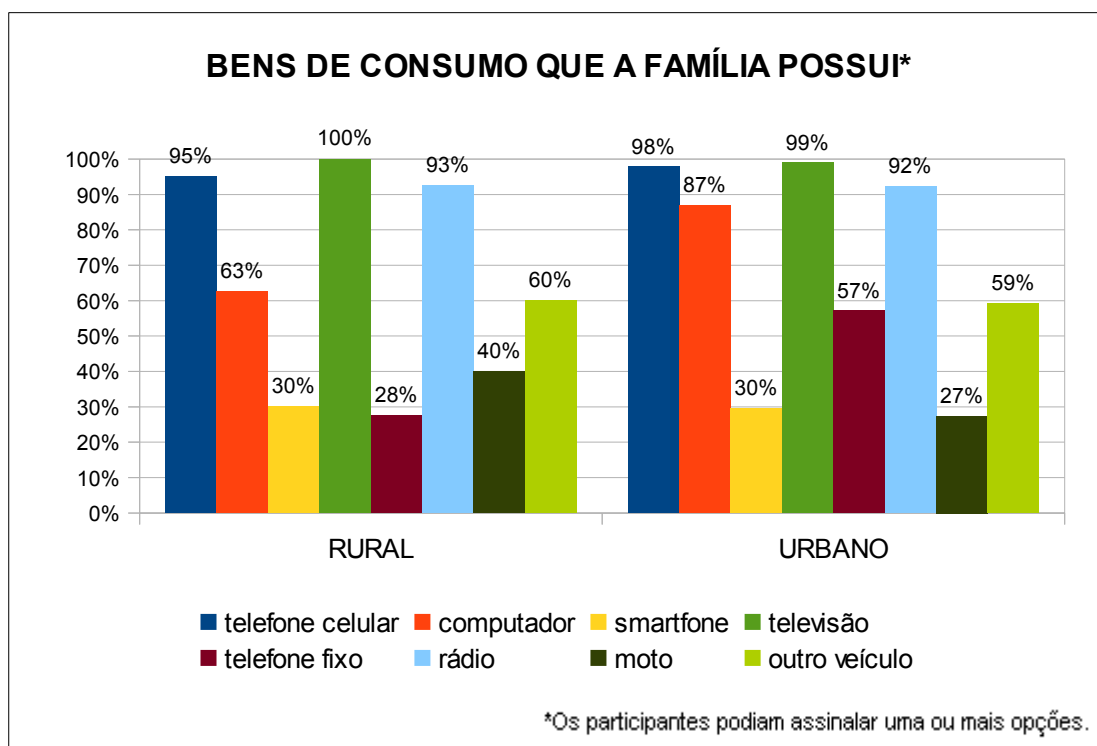


Gráfico 8 – Bens de consumo que a família possui
Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

54 - “Com a palavra *dispositivo*, Foucault designa todo um conjunto de práticas discursivas e não discursivas cujos elementos são heterogêneos mas se mantêm conectados numa rede de relações. Tais elementos são de diferentes ordens, de diferentes naturezas: discursos, instituições, teorias, regulamentos e leis, enunciados científicos, práticas sociais, proposições filosóficas, arquiteturas etc. Em outras palavras, Foucault chama de *dispositivo* a rede de relações que mantém certas práticas e correlatas instituições articuladas entre si e cuja racionalidade desempenha funções estratégicas, ou seja, funções cujo objetivo principal é fazer funcionar ou manter o poder de uns sobre os outros, a ação de uns sobre as ações dos outros” (NETO; 2008).

Quanto ao uso desses dispositivos também constatamos, através dos dados da pesquisa (Gráfico 9), que a maioria dos jovens de origem rural não só possui em suas residências os bens materiais que se configuram como dispositivos de informação, como também utilizam essas vias de comunicação em igual porcentagem à utilização dos jovens urbanos, com alguma diferença nos usos da internet e dos *sites* de relacionamento, onde os jovens rurais declaram acessar com menor frequência. Uma justificativa para esse fato pode ser a pouca inserção da internet nos espaços rurais, pela ainda dificultada conexão e dificuldade de sinal para a rede, um processo que, aos poucos vem sendo vencido pelo avanço das tecnologias e pela política governamental de inclusão digital.

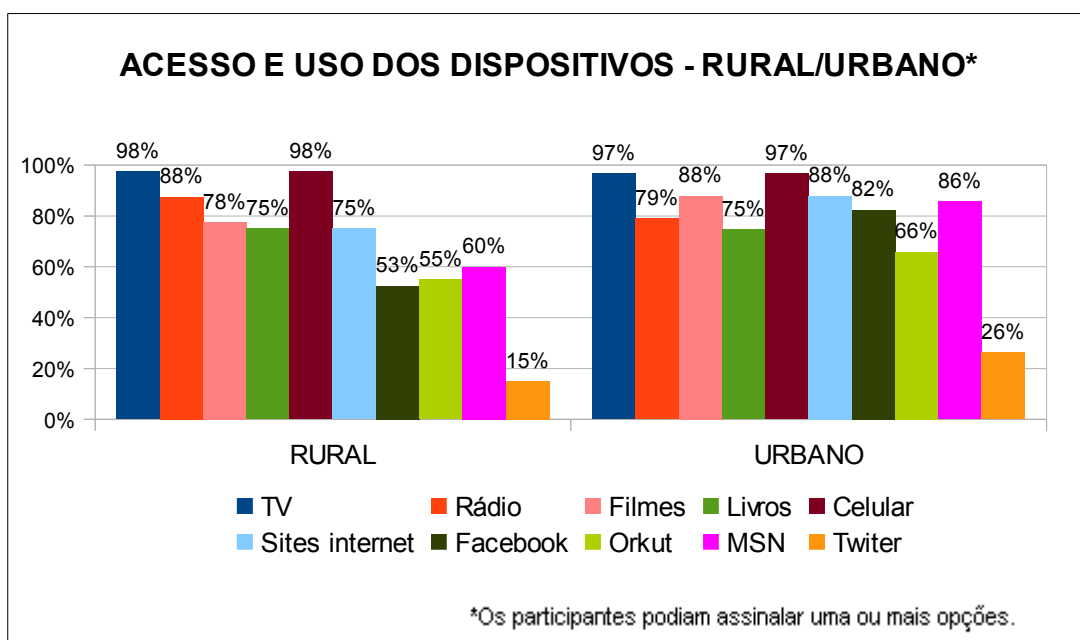


Gráfico 9 – Acesso e uso dos dispositivos – Rural/Urbano
 Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

5.1 – As relações sexuais

Ao ser abordado o tema das relações sexuais observamos, através dos dados, que a maioria dos jovens entrevistados (57%), urbanos e rurais, declaram ainda não terem vivido a primeira relação sexual, sendo esta entendida como relação sexual com penetração (Gráficos 10 e 11).

Ao serem questionados se consideram importante a virgindade antes do casamento, 75% dos jovens rurais de sexo masculino e 73% dos jovens masculinos

urbanos responderam “não”, tendo respondido “sim” 17% e 16% dos meninos rurais e urbanos respectivamente. Entre as meninas, 63% das que residem no meio rural e 36% das residentes no meio urbano responderam “sim” (Gráfico 12).

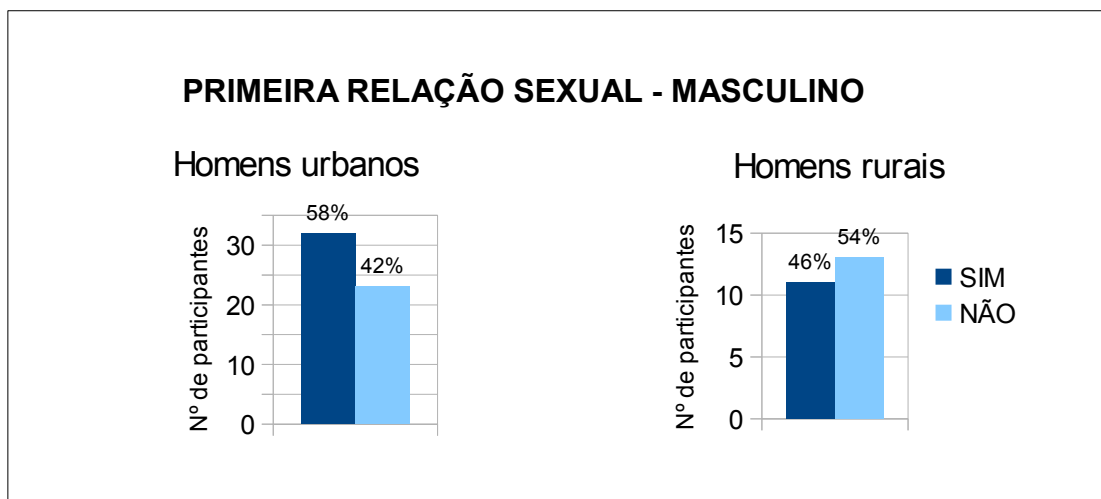


Gráfico 10 - Primeira relação sexual Urbano/Rural - Masculino
 Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

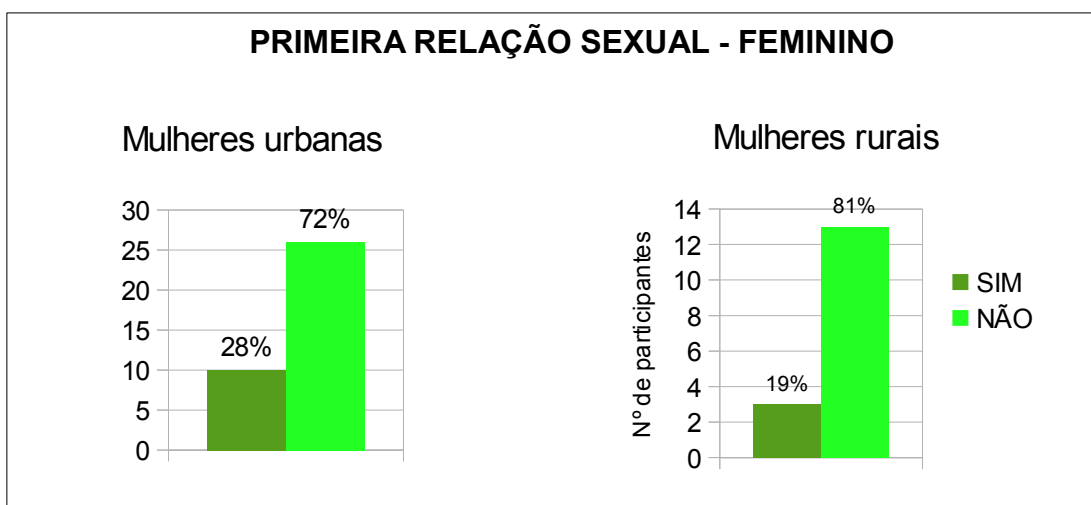


Gráfico 11 – Primeira relação sexual Urbano/Rural - Feminino
 Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

Como se pode observar (Gráfico 12), há uma grande porcentagem de meninas rurais que ainda valoriza a virgindade, em contraste com o número de jovens masculinos rurais e os demais jovens urbanos, masculinos e femininos que responderam “não”. Este dado pode exemplificar algumas das representações que se mostram mais estáveis no meio rural, conforme citado por Jeolás (2007: 42) no Capítulo 2 deste trabalho, onde historicamente a defesa da honra da família se pauta na virgindade das

mulheres e na virilidade dos homens. Nesse sentido Vanda Silva afirma que “pesa para as moças nascidas e criadas nas comunidades rurais uma iniciação sexual com a segurança do casamento” (SILVA; 2008: 77) e que ainda existe um duplicidade nos padrões de moralidade com a “liberdade sexual para os homens e vigilância com respeito à virgindade e à honestidade da mulher”(SILVA, 2007, 84).

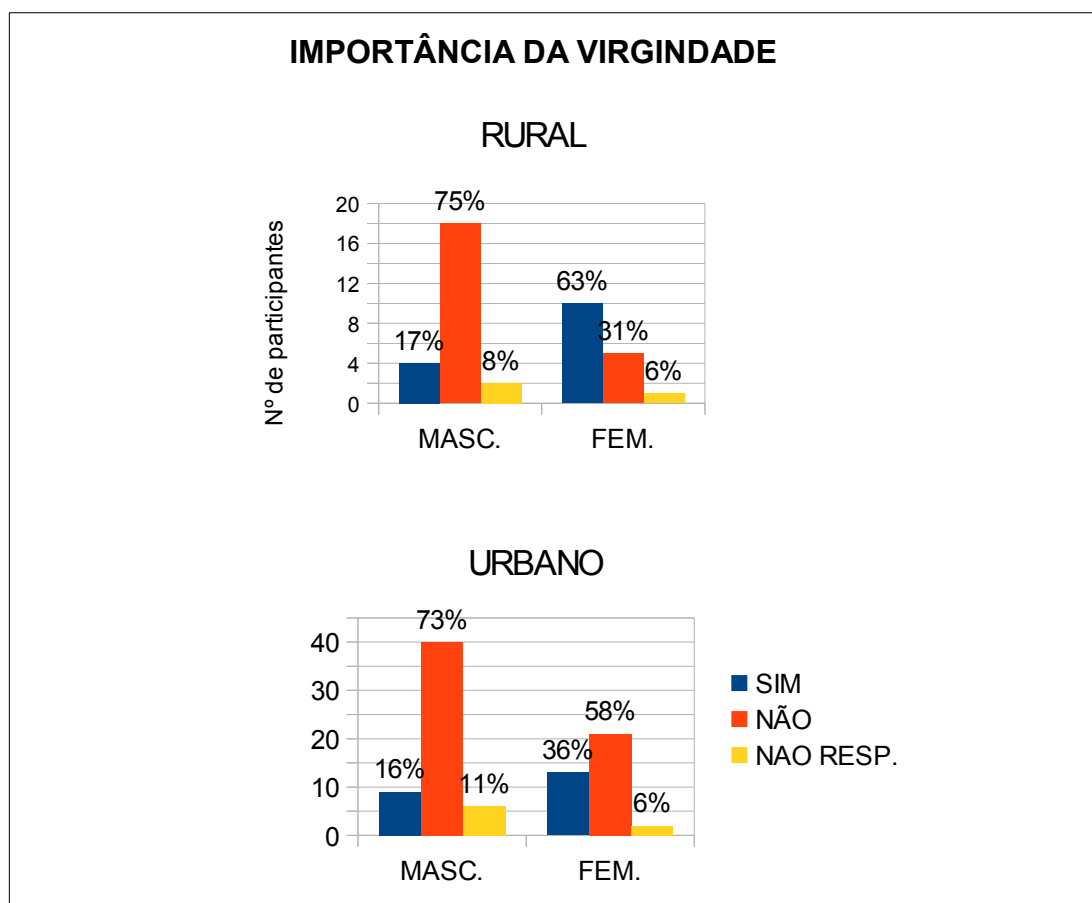


Gráfico 12 – Importância da Virgindade – Rural/Urano
 Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

Várias são as justificativas elencadas pelos jovens ao responderem a esta questão “Você considera importante a virgindade antes do casamento? Porque?”. Percebe-se, nas justificativas, que as meninas, rurais e urbanas, ao considerarem importante a virgindade, a relacionam a questões morais e religiosas, à valorização da mulher, ao respeito, à preservação do corpo, ao relacionamento estável, ao amor e à pureza.

“É um certo modo de privacidade e respeito.” (15 anos, sexo feminino, urbana, católica).

“Porque existe valores e padrões de cultura ou valores éticos.” (15 anos, sexo feminino, urbana, testemunha de Jeová).

“Porque trata-se de um símbolo de pureza, e também por ser um companheiro fixo.” (17 anos, sexo feminino, urbana, católica).

“Pois é uma forma de orgulho para os pais.” (15 anos, sexo feminino, urbana, católica).

“Por questão de religião, e também porque acho bonita a iniciativa.” (16 anos, sexo feminino, urbana, católica).

“Pois de acordo com o que meus pais dizem, a mulher deve ser inteiramente de um homem e isso a valoriza.” (16 anos, sexo feminino, rural, católica).

“Por causa que meus pais me ensinaram que é importante.” (16 anos, sexo feminino, rural, católica).

“Porque é um ato de valorização da mulher.” (17 anos, sexo feminino, rural, católica).

“Pois seu corpo é o tesouro que você tem.” (16 anos, sexo feminino, rural, católica).

Entre os meninos que responderam “sim”, rurais e urbanos, prevalece como justificativa a responsabilidade, o respeito à cultura e à religião, a fidelidade e o “valor”.

“Porque sexo é uma coisa que exige responsabilidade e depois de casado geralmente se é mais responsável.” (14 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Respeito a minha religião na qual a relação sexual antes do casamento é pecado grave.” (17 anos, sexo masculino, rural, católico).

“É uma questão de honra e o nosso corpo é só para uma pessoa “escolhida” para viver junto.” (16 anos, sexo masculino, urbano, evangélico).

“É um fator de cultura e religião, devendo ser respeitado por quem respeita esses valores.” (17 anos, sexo masculino, rural, católico).

Também encontramos respostas que sugerem que os meninos se importam com a virgindade (visto que responderam “sim”), mas não acreditam que seja possível o “sacrifício” das pessoas se manterem virgens. Interpretamos esse dado como um fator importante na definição da relação sexual impregnada de culpa e pecado:

“Pela religião, mas a carne é fraca.” (18 anos, sexo masc, urbano, católico).

“É algo especial, mas deixo claro que é quase impossível nos dias atuais.” (17 anos, sexo masculino, urbano, católico).

“Sim, mas hoje em dia acho isso inviável.” (16 anos, sexo masculino, urbano, católico).

Um dado importante é que apenas dois participantes relacionam a virgindade à prevenção de gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis:

“Ajuda a evitar algumas doenças sexuais que são transmitidas, mas não é obrigado.” (17 anos, sexo masculino, urbano, católico).

“Evita DST e gravidez indesejada.” (14 anos, sexo feminino, urbana, católica).

Entendemos que este dado pode significar que os jovens estão informados sobre outras formas de prevenção que não a abstinência das relações sexuais, sobretudo nas palavras *“mas não é obrigado”* descritas pelo próprio participante que considera importante a virgindade.

Dentre os que responderam “não”, as justificativas das meninas apontam para as relações de confiança no parceiro; o momento certo independente do casamento e da religião; e a modernidade. Parece não haver diferenças significativas entre as justificativas das jovens rurais e urbanas, conforme alguns relatos:

“Acho que hoje em dia as pessoas perdem muito fácil sua virgindade, mas acho também que é questão de confiança.” (17 anos, sexo feminino, urbana, católica).

“São coisas naturais da vida, apesar de serem contraditórias as crenças da religião.” (16 anos, sexo feminino, urbana, católica).

“Porque isso é questão de religião. Cada um pensa de uma forma diferente.” (18 anos, sexo feminino, urbana, católica).

“Eu acho que o que importa é o que você sente pela outra pessoa e não o que a sociedade diz ser certo ou errado.” (17 anos, sexo feminino, urbana, não tem religião).

“Hoje o mundo não exige isso.” (14 anos, sexo feminino, rural, católica).

“Pois nos dias atuais fazer sexo antes do casamento é normal, mas com uso de preservativo.” (16 anos, sexo feminino, rural, católica).

“Pois hoje em dia as coisas estão bem diferentes do que eram antes. Basta

ter responsabilidade.” (17 anos, sexo feminino, rural, católica).

“Porque eu acho que cada pessoa tem um momento certo, que pode ser antes ou depois do casamento.” (17 anos, sexo feminino, rural, católica).

Para os meninos que responderam “não” a esta questão, prevaleceram como justificativas a importância de conhecer a outra pessoa antes do casamento, a modernidade como propulsora da liberdade sexual, a responsabilidade como condição, o afeto, o momento certo de cada um e o direito de aproveitar a vida.

“Nos dias em que vivemos isso quase não importa mais, até alguns padres já apoiam esta ideia.” (18 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Hoje já não é como antigamente.” (18 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Porque temos que conhecer de forma completa a pessoa com quem nos relacionamos.” (17 anos, sexo masculino, rural, sem religião).

“Porque vivemos em um mundo moderno.” (17 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Pois pra que se guardar para uma só pessoa, todos tem direito a experimentar o lado bom da vida.” (18 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Laços de sentimento são mais importantes que laços matrimoniais para uma relação sexual.”(18 anos, sexo masculino, urbano, católico).

De acordo com Abramovay (*apud* VIEIRA; 2004: 72), “a virgindade ainda é um marco na diferenciação dos gêneros na cultura brasileira. Ela vem sendo re-significada frente a novos discursos, mas permanece uma referência que norteia comportamentos e delimita atitudes”.

No entanto, Vanda Silva (2008), em um trabalho realizado com jovens rurais de 14 a 19 anos no Vale do Jequitinhonha, buscando conhecer os modos de vida e a experiência com a sexualidade, afirma que:

Também se percebe que a valorização da virgindade é questionável por parte dos jovens, uma vez que a ocorrência da gravidez precoce, sem o compromisso do casamento, é mais ou menos frequente no cotidiano das famílias, seja no rural, seja no urbano, razão pela qual se pressupõe uma ambiguidade entre o dito e o vivido, o “ideal” e o “acontecido”, assim como uma “vigilância” não tão rígida por parte

dos pais. Existe a expectativa de uma “conduta ideal” e de um comportamento real flexível coexistindo no município em questão, sem que isso isente seus moradores do conflito, pelo contrário (SILVA: 2008: 74).

Entre os que declararam já terem iniciado vida sexual (43% do total de participantes), 23% eram mulheres e 77% eram homens. Este dado revela uma diferenciação de gênero na iniciação sexual, conforme também já encontrado em outras pesquisas (Camargo e Ferrari (2009), onde os garotos têm iniciado mais cedo a vida sexual. Retomamos, aqui, a observação de Silva (2007), considerando que as respostas dadas podem ser influenciadas pela necessidade de compartilhar experiências junto aos demais jovens, nem sempre condizendo com a verdade.

Em relação à idade média com que experimentaram a primeira relação sexual, do total de entrevistados 73% iniciaram entre os 15 e 18 anos, acompanhando a média nacional, que, conforme informações do Ministério da Saúde (2005) está em torno dos 15 anos. Porém, ao analisarmos separadamente os jovens rurais masculinos, 45% destes (cinco meninos) declararam que iniciaram a vida sexual aos 13 anos. Vieira (2004) também encontra uma idade precoce de iniciação sexual ao entrevistar os jovens rurais em um assentamento de Sem Terra, tendo variado entre 11 e 14 anos a idade da primeira relação. Para Vieira (2004), entre os homens, a primeira relação parece configurar-se como um marco de afirmação da sua masculinidade. Entre os meninos urbanos, apenas 1 jovem (6%) declara ter iniciado a vida sexual antes dos 12 anos.

Quanto ao número de parceiros nos últimos seis meses (Gráfico 13), podemos observar que a maioria, do total de participantes, declara que teve apenas um parceiro ou que não teve relações sexuais nesse período. Porém ao analisarmos separadamente em gênero (Gráfico 14), os dados indicam que é maior a prevalência entre as mulheres, rurais e urbanas, as relações com único parceiro, demonstrando novamente a diferenciação de atitudes entre meninos e meninas em relação à sexualidade como uma certa imposição da sociedade, visto que sobre este aspecto o jovem que se relaciona com várias meninas ganha a fama de “pegador” e a jovem ganha a fama de “galinha”.

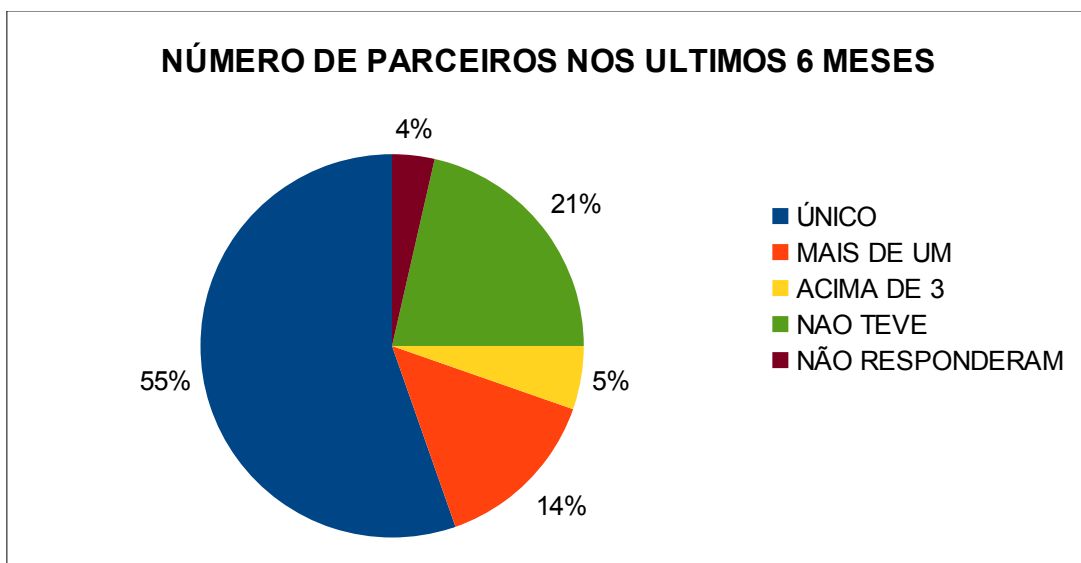
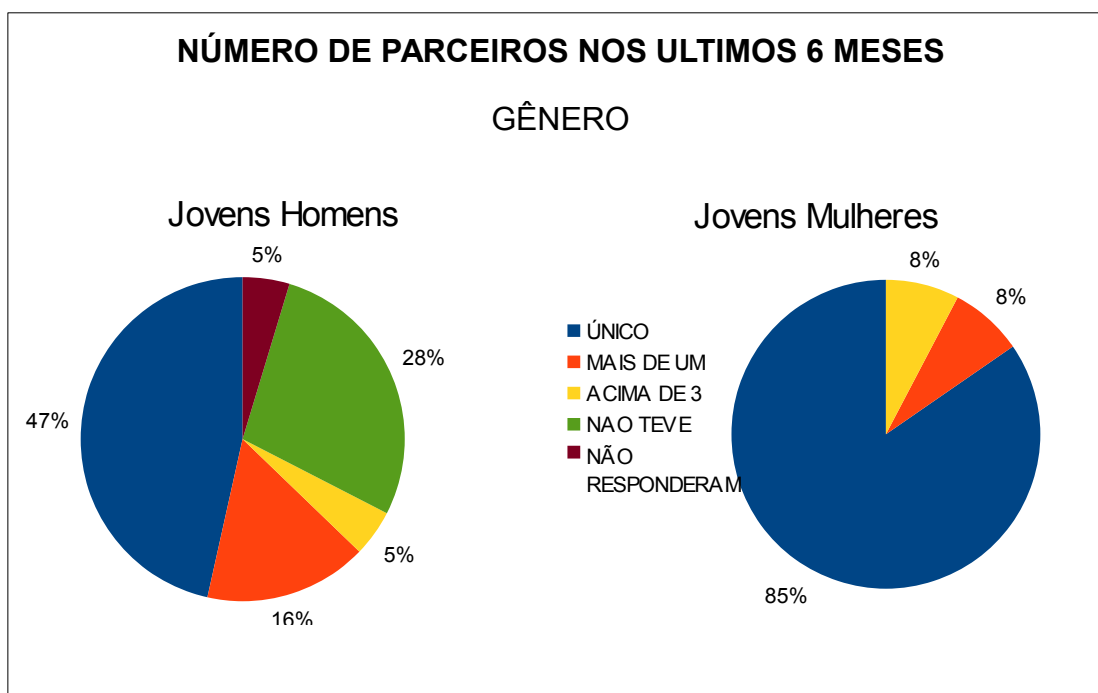


Gráfico 13 – Número de parceiros nos últimos 6 meses – Total de participantes
 Fonte: Dados da pesquisa; 2012.



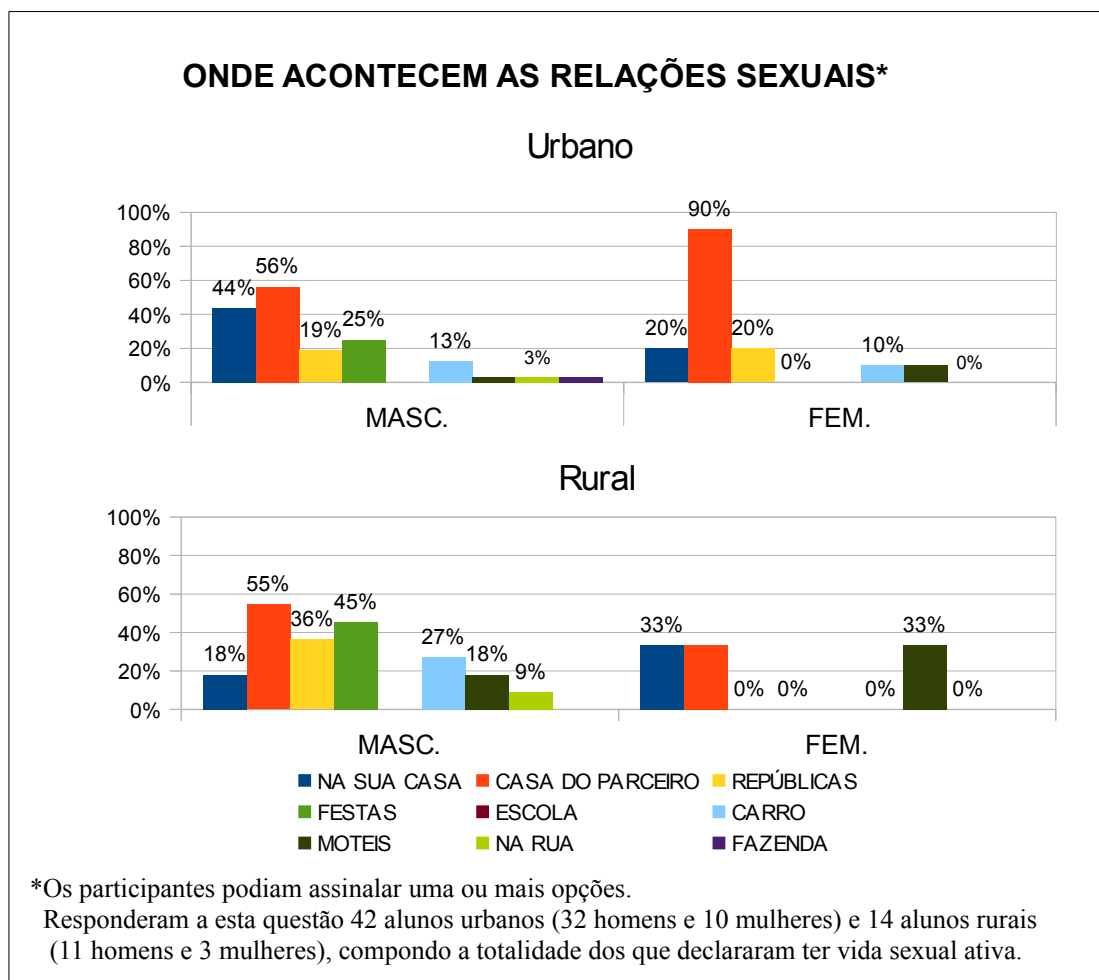
Gráficos 14 – Número de parceiros nos últimos 6 meses – Gênero
 Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

Com relação à procedência do parceiro, entre os jovens rurais masculinos os relacionamentos ocorrem com maior frequência com pessoa da comunidade (entendendo comunidade como sendo o local aonde mora). Das três meninas rurais que declararam já terem vida sexual ativa, duas afirmam que o parceiro é de fora da

comunidade. Em outros estudos, Wanderley (2007) e Carneiro (1998) já observaram o comportamento das meninas residentes no meio rural que, em seus projetos de vida não pretendem continuar no campo, o que pode justificar a preferência por parceiro residente na zona urbana. Apesar da pequena amostra, isto pode se revelar como um indicativo de tal comportamento.

Ao questionar sobre onde acontecem com maior frequência as relações sexuais (Gráfico15), observamos que os jovens, urbanos e rurais, homens e mulheres, assinalaram mais vezes a casa do(a) parceiro(a), à exceção das meninas rurais com vida sexual ativa (3 participantes) que assinalaram a própria casa (1), a casa do parceiro (1) e em motéis (1). Entre as meninas, de uma maneira geral, é interessante observar que a grande maioria (90% urbanas e 33% rurais) assinala a casa do parceiro como o local de acontecimento das relações sexuais. Da mesma forma os homens (44% urbanos e 18% rurais) assinalam a própria casa, o que pode sugerir uma maior aceitação do envolvimento sexual pela família do homem como uma manutenção de padrões culturais de virilidade masculina. Por outro lado, 56% dos homens urbanos e 55% dos jovens homens rurais também declaram a casa da parceira como local de relações sexuais. Isto pode sugerir uma tendência de aceitação do relacionamento “moderno” pelas famílias das jovens, quem sabe até mesmo como um fator de proteção, já que dentro de casa pode haver o diálogo e um maior controle dos pais para a prevenção de DST e principalmente da gravidez. Apesar dessas considerações ainda observamos que entre os jovens rurais homens as festas e as repúblicas aparecem como locais importantes para os relacionamentos sexuais.

Houve referência, sobretudo por parte dos jovens rurais masculinos, a locais como o carro, a rua, as festas e as repúblicas, o que pode indicar a imprevisibilidade das relações. Nenhum jovem referenciou a escola como local das relações sexuais, porém entendemos que o fato de estarem respondendo ao questionário dentro da escola pode ter inibido esta resposta. Consideramos que, ainda que não se possa comprovar a veracidade das respostas dadas, os locais apontados pelos jovens podem ser tomados enquanto representações e não necessariamente como correspondentes ao real vivido.



Gráficos 15 – Onde acontecem as relações sexuais Urbano/Rural
 Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

Quanto ao uso da camisinha nas relações sexuais, em torno de 75% dos jovens urbanos homens e 73% dos jovens rurais com vida sexual ativa declaram utilizá-la em todas as relações. Entre as jovens, 90% das urbanas (9 jovens) e 100% das rurais com vida sexual ativa (3 jovens) declaram usar camisinha em todas as relações. Parece haver uma maior preocupação com o uso da camisinha pelas mulheres, o que pode se justificar pelo medo do risco de gravidez indesejada.

Dos 11 jovens rurais de sexo masculino com vida sexual ativa, 3 jovens (27,2%) declaram que nunca usam camisinha ou usam apenas com parceiros ocasionais ou usam às vezes, elencando como principais justificativas para o não uso o esquecimento ou a falta da camisinha na hora da relação. Dos 32 jovens masculinos urbanos não virgens, 8 jovens (25%) declaram que usam às vezes ou nunca usam, sendo a principal justificativa

não ter camisinha na hora da relação. Entre as meninas urbanas apenas 10% (1 jovem) declara que usa às vezes, elencando como justificativa que confia no parceiro, tem vergonha de sugerir o uso e “tira o prazer”, “quebra o clima”. Entre as 3 meninas rurais com vida sexual ativa, todas declaram que utilizam camisinha em todas as relações.

Destes dados podemos inferir que a importância do uso da camisinha é de conhecimento dos jovens, visto que eles não assinalam opções que sugerem o desconhecimento deste método, porém não há por parte de muitos deles uma prática voltada para esta prevenção, demonstrando a busca pelo prazer imediato, conforme observamos na fala de um jovem que declara não utilizar camisinha nas relações, ao questioná-lo sobre o risco de contrair Aids:

Às vezes nos pega de surpresa. (18 anos, sexo masculino, urbano, católico)

Dentre os que ainda não passaram pela primeira experiência sexual, o uso da camisinha é frequentemente mencionado nas questões sobre a Aids como um comportamento a ser incorporado no futuro, indicando que também há conhecimento sobre este método de prevenção.

5.2 – Sobre a Aids

No terceiro bloco de questões abordamos o tema da Aids com a pergunta: Você já ouviu falar sobre Aids?, que foi respondido “sim” pela totalidade dos participantes. A partir disto, os participantes foram questionados sobre as cinco primeiras palavras que lhes vinham à cabeça ao ouvirem falar sobre Aids.

Considerando a repetição de evocação de uma mesma palavra em relação ao número de participantes da pesquisa, as palavras mais evocadas entre os 40 participantes de origem rural foram: doença ou doença sexualmente transmissível (33), relação sexual ou sexo (21), camisinha ou preservativo (18), morte ou fatal (11), prevenção (8).

Entre os 91 alunos de origem urbana as palavras mais evocadas foram: doença ou doença sexualmente transmissível (63), relação sexual ou sexo (37), camisinha ou preservativo (34), morte ou fatal (40), preconceito (20), irresponsabilidade (15).

O resultado foi analisado em oito categorias de palavras (Figura 39) de acordo com o que sugeriam as respostas: sentimento, comportamento, lugar/pessoa, consequência, descrição da doença, tratamento, informação e transmissão.

CATEGORIAS DAS PALAVRAS RELACIONADAS À AIDS

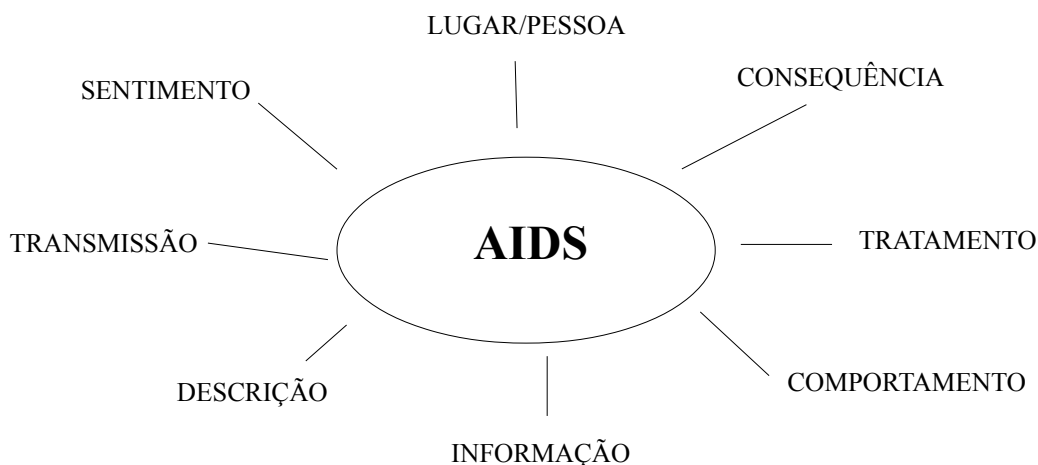


Figura 39 - Categorias de palavras relacionadas à Aids
Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

Os dados demonstram (Gráfico 16) que os jovens participantes da pesquisa associam com maior frequência a Aids aos comportamentos, à descrição da doença, às formas de transmissão e às suas consequências. Isto pode sugerir que há conhecimento por parte dos jovens sobre a doença, sobre os mecanismos de transmissão e sobre as dificuldades que podem ser encontradas pelos portadores da doença, assim como também entendem que o comportamento individual pode determinar maior ou menor chance de contaminação.

Dentro da categoria “Comportamento” as palavras mais evocadas pelos jovens rurais foram camisinha ou preservativo (41%), seguidas das palavras prevenção (18,6%), preconceito (16,2%) e falta de responsabilidade (13,9%). Assim também pelos jovens urbanos as palavras mais evocadas foram camisinha ou preservativo (25,7%), preconceito (15%), irresponsabilidade (11,3%).

Das 15 palavras classificadas na categoria “Consequência” entre os jovens rurais a palavra mais evocada foi “morte” (73%), sendo as demais palavras evocadas apenas uma vez. Assim como das 67 palavras classificadas nessa mesma categoria entre os jovens urbanos a palavra morte foi a mais evocada (58,2%). Alves (2001) também

encontrou em sua pesquisa, feita com homens rurais na faixa etária de 18 a 40 anos, a representação da Aids como fatalidade associada à morte. Discutiremos adiante esta associação.

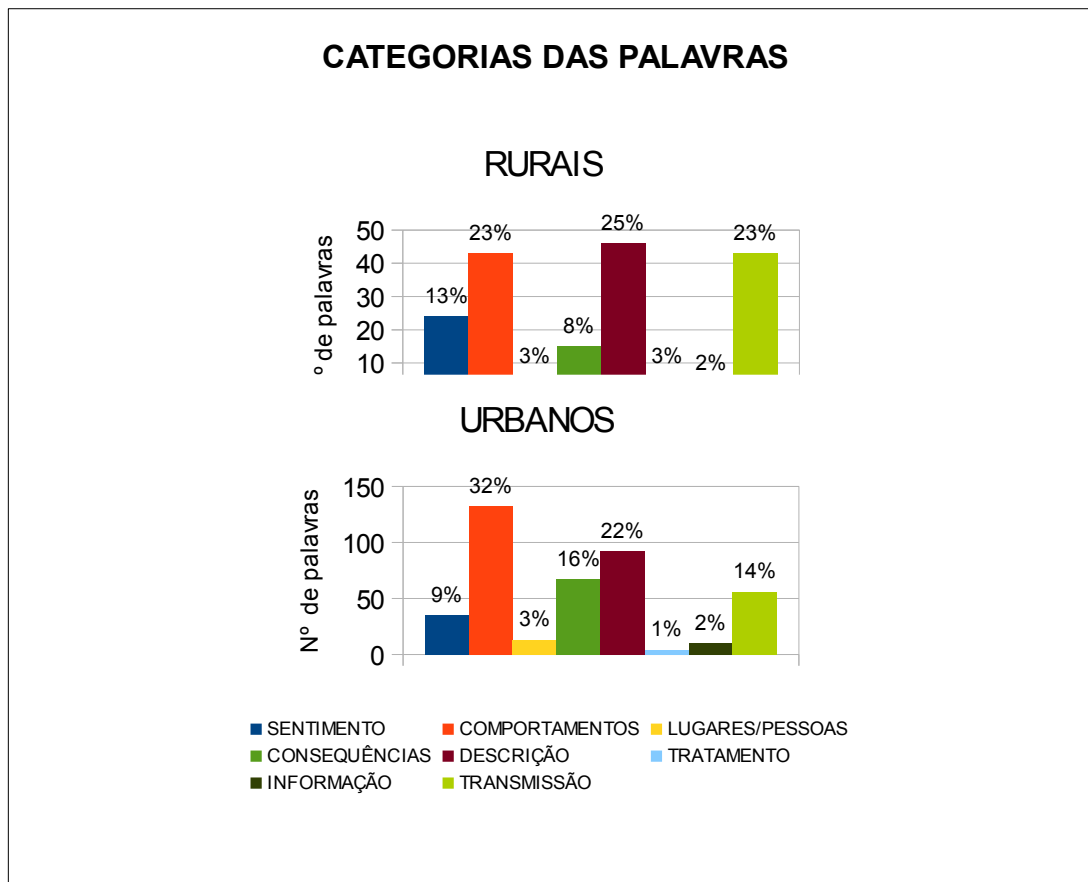


Gráfico 16 – Categorias das palavras
 Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

Na categoria “Transmissão” as palavras mais evocadas foram “relação sexual”, 66% entre urbanos e 48,8% entre rurais. Isto pode se justificar pelas campanhas de prevenção da Aids veiculadas na mídia, com grande ênfase nas relações sexuais, principalmente aconselhando o uso da camisinha.

Dentro da categoria “Descrição” as palavras mais evocadas são “doença” e “DST” entre rurais e urbanos. Nesse sentido Morris (1998), afirma que “quase todas as eras parecem ser marcadas por uma doença distinta que as definem ou influenciam profundamente” e sugere definir a Aids como uma candidata à doença pós moderna nas palavras a seguir:

A SIDA podia ser chamada, em bom estilo pós-moderno, uma meta doença: em vez de atacar um órgão específico, ataca o sistema imunitário responsável pela proteção a múltiplas doenças. Não só se trata de uma nova doença, como reflete uma forma de pensar a doença desconhecida antes do meio do século XX. Estranhamente, o período famoso por inventar sistemas pensando na eletrônica e nas comunicações encontra-se agora vulnerável a uma doença infecciosa que ataca um sistema humano crucial e complexo, enquanto a transmissão da SIDA pelo sêmen e pelo sangue – fluidos fortemente associados à atividade sexual e ao consumo de drogas por via intravenosa – marca uma viragem deprimente na revolução *sex-and-drug* dos anos 60 tão importante para a auto exploração pós moderna. Todavia, apesar do seu significado social e do seu impactante devastador, sobretudo na comunidade homossexual, a SIDA provoca muito menos mortes por ano do que o cancro e as doenças cardíacas. A sua maior ameaça reside presentemente nas nações em vias de desenvolvimento – acima de tudo, no Leste da Ásia e na África Central e de Leste. A contínua atenção recente prestada à SIDA no mundo desenvolvido (diretamente relacionada com as atuais pressões políticas, sociais e econômica) pode exagerar muito os perigos que a doença coloca para as pessoas que vivem fora de centros costeiros urbanos específicos e que evitam comportamentos de risco. Além disso, há outras fortes candidatas ao papel de doença pós moderna distintiva (MORRIS; 1998: 79).

Importante observar que não houve, entre os alunos de origem rural, palavras que indicassem a associação da doença aos homossexuais, hemofílicos, prostitutas e usuários de drogas e entre os urbanos, aparecem apenas duas vezes as palavras “gay/homossexual” e “drogas” e apenas uma vez a palavra “prostituição”. Este dado pode indicar que os jovens envolvidos nessa pesquisa, em consonância com o que acontece na esfera mundial, não associam mais prontamente a doença aos anteriormente chamados “grupos de risco”. Todavia, embora estes “grupos” não tenham sido pouco citados, esta pesquisa não permite avançar na discussão sobre a prevalência do preconceito entre os jovens e do estigma da doença, haja visto que a ideia de perigo e de contágio atrelado a “fêrras categorias de pensamento” (Douglas, 1966) é claramente notável nos discursos.

Outra importante observação é que não houve evocação de palavras que traduzissem as condições socioeconômicas e culturais associadas à Aids, o que nos leva a pensar que os jovens não conseguem perceber as questões sociais descritas por Parker (1994) e Szwarcwald (1999) como condição de vulnerabilidade social e permanecem associando a culpa ao indivíduo, considerando apenas o risco individual, ou seja, o comportamento desviante em relação às normas sociais e ao “sagrado”, conforme já

descrito por Mary Douglas (1966). Um bom exemplo disso são as palavras carregadas de culpa e preconceito elencadas por um dos participantes, utilizando-se das iniciais da sigla da doença:

“Agora Idiota Durma Sozinho”. (17 anos, sexo masculino, urbano, católico).

Relembramos também aqui as colocações de Paiva (2002) que nos auxiliaram na construção do referencial teórico deste trabalho, afirmando que a partir da segunda década da epidemia as abordagens mais bem sucedidas para conter novos casos de infecção pelo HIV, assim como o adoecimento dos infectados, passaram a se inspirar nos princípios da promoção e proteção dos direitos individuais e sociais, propondo que a vulnerabilidade ao HIV e à Aids é tanto individual quanto coletiva.

Nesse sentido pudemos também observar que a palavra “falta” aparece com frequência de evocação pelos jovens fortalecendo a ideia de erro ou de carência: falta de responsabilidade, falta de prevenção, falta de cuidado, falta de preservativo, falta de sorte, falta de proteção, falta de conscientização, falta de precaução, falta de informação, falta de cura. Recorremos novamente às palavras de Jeolás, ao afirmar que existem “significados de falta, culpa ou responsabilidade patentes em certas doenças” e “significados de pecado, doença ou anormalidade relacionados a algumas manifestações da sexualidade” (JEOLÁS; 2007: 42). Isto também configura-se como um exemplo do modelo etiológico relacional proposto por Laplantine, que considera a representação da doença como resultado do excesso ou da falta, conforme mencionado no Capítulo 2.

Observamos que não foram evocadas palavras que traduzissem “sintomas” da doença, exceto a palavra “dor” que se contextualiza muito mais no sentido de sofrimento emocional do que da dor propriamente física que pode se incluir entre os sintomas da síndrome. Talvez possa haver por parte da população estudada um desconhecimento dos sintomas da doença.

Podemos observar claramente na evocação das palavras (Tabela 3) algumas das invariáveis (morte, coisa, angústia, medo, falta, azar, câncer, perigo, etc) que compõem os modelos etiológico-terapêuticos metaculturais da definição das doenças, propostos por Laplantine (2010), o qual referenciamos no Capítulo 2 deste trabalho.

CATEGORIAS DAS PALAVRAS	
Categorias	Palavras
Sentimentos	angústia, constrangimento, decadência, depressão, destruição, dor, felicidade, infelicidade, medo, pavor, perda, rancor, segurança, tranquilidade, tristeza, vergonha, sofrimento, confiança, desespero, nojo, incômodo, injustiça, baixa autoestima, preocupação, sofrimento, solidão
Comportamentos	camisinha, cuidado, descuido, desobediência, despreparo, erro, falta de cuidado, falta de prevenção, falta de proteção, falta de responsabilidade, família, loucura, luta, negligência, pecado, falta de preservativo, preconceito, prevenção, promiscuidade, responsabilidade, tabu, precaução, atenção, <i>bulling</i> , falta de precaução, compromisso, consciência, cuidado, promiscuidade, descuido, discriminação, prostituição, falsidade, pílula, falta de preservativo, proteção, inconsequência, irresponsabilidade, mudança de hábitos, preconceito, namoro, risco, fácil evitar, probabilidade de pegar, anticoncepcional
Lugares/Pessoas	África, Carnaval, Cazuza, festa, homem, médico, mulher, gay, parceira correta, pessoas desconhecidas, soro positivo, boates, zona, gestante infectada
Consequências	Fatal, isolamento, morte, pra vida inteira, baixa imunidade, dificuldade, consequências, danos à saúde, deficiência, fragilidade, futuro, gravidez, impotência sexual, imunidade, isolada, acabar com a vida, jogar a vida fora, nada de mulher, não viver bem, problema, rejeição social, exclusão social, pro resto da vida, caminho sem volta, agora idiota durma sozinho
Descrição	Câncer, contagioso, cura, doença, incurável, perigosa, vírus, DST, falta de cura, HIV, mal, perigo, destrói sistema imunitário, coisa muito ruim, transmissível, grave, imperceptível, peste, síndrome
Tratamento	Coquetel, tratamento, vida, remédio
Informação	Desorientação, dúvidas, falta de informação, informação, discussão (debate), falta de conscientização, palestras
Transmissão	Sangue, transmissão, relação sexual, acidente, azar, contaminação, drogas, falta de sorte, secreção vaginal, sêmen, sexo oral

Tabela 3 – Categorias das palavras

Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

Ao responderem a questão “O que é Aids para você?” pudemos observar que a maioria dos jovens (91% do total de participantes) classificam a Aids como uma “doença”. Destes, 68,3% (80 participantes) declaram ser uma “doença sexualmente transmissível”.

“Síndrome da imunodeficiência adquirida. É uma doença (um vírus) adquirida através de relações sexuais sem preservativo, ou contato com o sangue contaminado. É um vírus que ataca o sistema de defesa do organismo, deixando-o susceptível a doenças. Dessa forma o indivíduo soro positivo tem que tomar remédios controlados e fazer exames periódicos.”
(18 anos, sexo feminino, urbano, evangélica).

“Aids é uma DST (doença sexualmente transmissível). Ainda não há cura, mas existem coquetéis que são os remédios para esta doença. Pode ser transmitida por seringas contaminadas, relações sexuais sem preservativo, pelo sangue e outros.” (16 anos, sexo feminino, rural, católica).

“É uma doença sexualmente transmissível, esta acontece principalmente em relações sexuais sem preservativos, que é fatal.” (18 anos, sexo masculino, rural, católico).

“É uma doença sexualmente transmissível de difícil tratamento, mas possui e deve ser cumprido rigorosamente. É uma doença que é transmitida por um vírus que não permite a formação de agentes que ajudam na proteção de nosso organismo e assim dificulta o funcionamento de nosso sistema imunológico.” (17 anos, sexo feminino, rural, católica).

“É uma doença causada pelo vírus HIV transmitida na maioria das vezes pelo ato sexual, que com o tempo pode destruir o seu sistema imunológico, morrendo por doenças simples.” (17 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Uma DST que acomete todo o sistema imunológico da pessoa. Não possui cura ainda, mas há tratamento suficiente para a pessoa ter uma boa qualidade de vida, mesmo sendo portadora do vírus.” (17 anos, sexo feminino, urbana, católica).

Entre os que responderam somente ser uma “doença” não associando ao sexo (31% dos que a classificaram como doença), também não houve associação com as demais formas de transmissão e não houve uma definição sobre o significado da doença em si, mas das consequências que ela traz.

“É uma doença que é recebida pela pessoa por falta de proteção dela e de outras pessoas, que causará certamente a morte deste, mas antes haverá o sofrimento dele e da família.” (16 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Uma doença que acaba com a nossa própria vida e com a vida de quem gosta da gente.” (18 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Uma doença que põe limites em sua vida, privando de aproveitar as melhores coisas. É também uma doença que se pega por falta de informação e de conselhos de pai e mãe.” (15 anos, sexo feminino, rural, católica).

Observamos que alguns participantes demonstram saber o que é Aids, porém com informações equivocadas sobre as formas de prevenção e transmissão:

“Aids é uma doença que só pode ser contraída após uma relação sexual sem

proteção. É uma doença como as outras, porém não tem cura.” (15 anos, sexo feminino , urbana, católica).

“Uma doença vinda do vírus HIV, que é transmitida pelo não uso do anticoncepcional nas relações sexuais, e também transmitida através do contato de sangue com o outro.” (15 anos, sexo masculino, urbano, católico).

“A Aids, para mim, é uma doença que pode ser transmitida sexualmente ou por contato com o sangue da pessoa infectada. Ela pode ser evitada quando se conhece bem a pessoa com que se faz a relação, sabendo-se que ela não tem Aids. A Aids não mata, mas faz com que a pessoa tenha o sistema imunológico mais fraco.” (15 anos, sexo feminino , urbana, católica).

Apenas 7% dos participantes referem-se à transmissão sanguínea. Este dado pode revelar a pouca associação da Aids com outras formas de contaminação além da via sexual, como por exemplo o compartilhamento de seringas durante o uso de drogas injetáveis. Apenas uma resposta refere-se à transmissão vertical da doença (durante a gravidez) e duas respostas mencionam o uso de seringas.

Também apenas uma resposta refere-se à homossexualidade ao definir a doença, o que nos leva a supor, como já discutido anteriormente na análise das palavras, que os jovens já não associam a doença à homossexualidade como ocorreu no início da epidemia, revelando, esse dado, que a população gay, a partir do reconhecimento de seus direitos e de sua organização em movimentos, tem conseguido vencer este estigma. Também não houve, como na evocação das palavras, associação com prostituição e hemofilia.

A associação da Aids com a morte (17,5% entre rurais e 18,6% entre urbanos) e com a ausência de cura (17,5% entre rurais e 19,7% entre urbanos) também se configura como um dado importante contrastado com a pouca evocação da palavra prevenção (10% entre rurais e 5,4% entre urbanos). Isto nos leva a crer que os jovens temem a doença “fatal” (no sentido de ser mortal e, portanto, não prevenível) e estão, dessa forma, potencialmente vulneráveis.

“Uma doença séria e grave, que põe medo em muita gente, uma coisa que eu nunca quero ter.” (15 anos, sexo masculino, urbano, católico/espírita).

Nesse discurso observamos claramente o modelo etiológico-ontológico de Laplantine (2010), que percebe a doença como entidade inimiga, “a coisa”.

Segundo Garcia *et al* (2011), em um estudo da campanhas do HIV/Aids no Brasil, as primeiras campanhas de prevenção enfatizaram o medo ao associar a Aids à morte rápida com a intenção de estimular o uso do preservativo. Garcia afirma, ainda, que:

A representação da Aids como morte imediata cria outro sentido: a sexualidade está próxima da morte. Sexo é uma prática mortal. Este primeiro momento das campanhas vinculou uma prática humana à efetiva culpa. Somos culpados pela nossa síndrome; somos culpados até pela nossa morte. Estávamos, então, lidando com uma perigosa argumentação: infecção é morte, logo sexo é morte. Aids, doença, saúde e sexualidade são dimensões entrelaçadas, nesse caso, com a ideia de morte e culpa (GARCIA; 2011: 79).

Cinco participantes não responderam a esta questão, deixando-a em branco e nove participantes não definiram a Aids como doença, ou a definiram incorretamente. Observamos que não há distinção entre HIV e Aids. Vejamos alguns relatos:

“Aids é uma consequência de um ato não pensado que pode ocasionar não só a Aids como outras demais consequências graves, podendo assim não voltar atrás do tempo para pensar antes de agir.” (17 anos, sexo feminino, rural, católica).

“É um tipo de câncer que mata pouco a pouco e acaba com a vida.” (16 anos, sexo feminino, rural, católica).

“Um vírus que deixa a imunidade baixa, sendo porta de entrada de doenças simples que podem se complexar e levar à morte.” (17 anos, sexo masculino, rural, católico).

“É um vírus que pode ser transmitido pelo sexo, beijos na boca, por alguma vasilha utilizada pela pessoa que contém aids e outras coisas mais.” (18 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Uma forma de encarar os prazeres de outra forma.” (17 anos, sexo masculino, urbano, católico).

“Algo que pode mudar uma vida para sempre para pior.” (16 anos, sexo masculino, urbano, católico).

“É um vírus muito comum nos dias atuais, e está devastando a humanidade.” (17anos, sexo masculino, urbano, católico).

“A princípio um descuido com o próprio corpo, mas principalmente uma enorme barreira a ser vencida.” (maior de 18 anos, sexo masculino, urbano,

evangélico).

“Um vírus que ataca e pode levar a pessoa a morte.” (17 anos, sexo masculino, urbano, católico).

Sobre as fontes de informação através das quais já ouviram falar de Aids (Gráfico 17), os jovens rurais fazem maior referência à escola (98%), seguida dos programas de TV (93%), do posto de saúde (85%) e de jornais e revistas (75%). Entre os urbanos, os programas de TV e a escola aparecem em primeiro lugar com a mesma frequência como fonte de informação (97%), seguidos dos jornais e revistas (82%) e do posto de saúde (77%). Observamos que não houve grande diferença nas fontes de informação assinaladas pelos jovens rurais e urbanos, a não ser pelos *sites* da internet, sobretudo os *sites* de relacionamentos, quase não assinalados pelo jovens rurais. Mais uma vez este dado pode nos indicar a maior dificuldade de acesso à internet pelos jovens rurais.

Os programas de TV, um dos mais acessíveis meios de comunicação de massa, foram assinalados com frequência pela maioria dos jovens. Nesse sentido, retomamos Vieira, que considera “a necessidade de questionamento de ideias majoritariamente presentes na mídia, em condutas idealizadas, que são ‘naturalizadas’, e, assim, generalizadas para todos os grupos sociais, independentemente de suas origens e localização” (VIEIRA; 2004: 27), conforme já citado no Capítulo 2. Paiva também considera fundamental que os indivíduos se reconheçam nas informações que são disseminadas para poderem utilizá-las para sua proteção, considerando sua cultura e o seu contexto sociopolítico (PAIVA *et al*; 2002).

As campanhas governamentais de prevenção da Aids também são bastante assinaladas como fonte de informação tanto pelos jovens rurais quanto pelos urbanos, o que pode significar que elas, de uma forma geral, tem alcançado a juventude rural, já que sabemos não haver ainda campanhas governamentais específicas para esse público.

A igreja configura-se igualmente como fonte de informação entre rurais e urbanos (28% e 27%), respectivamente.

Um dado que consideramos relevante é que 10% dos jovens rurais e 12% dos jovens urbanos declaram conhecer alguém que contraiu o vírus. Este dado sugere a aproximação da doença que outrora era vista como algo distante, passando, aos poucos, a compor o cotidiano das pessoas, podendo até mesmo deixar de ser vista como doença

do “outro” ou do outro grupo, conforme encontrado em pesquisa feita por Hélène Joffe ao afirmar que as pessoas dizem em primeiro lugar “eu não”, “não o meu grupo” referindo-se à origem e disseminação da Aids (JOFFE; 1999: 300). A tendência a esta inversão pode ser traduzida pela fala de dois participantes da pesquisa quando questionados sobre o risco de contrair a doença:

Sim. *“Porque como já aconteceu com alguém conhecido, a gente fica meio cismado, e como hoje está tão presente.”* (17 anos, sexo masculino, urbano, católico).

Sim. *“Porque está sendo algo um pouco comum nos dias atuais, e às vezes pode ocorrer de nós fugirmos dos métodos de se prevenir.”* (17 anos, sexo masculino, urbano, católico).

Outro dado também relevante é que 50% dos jovens rurais e 51% dos jovens urbanos envolvidos na pesquisa assinalam os pais/família como fonte de informação sobre a Aids, sugerindo que o diálogo com a família tem ocorrido, apesar do grande volume de informações recebidas dos meios de comunicação de massa.

Camargo e Botelho (2006), em pesquisa realizada com adolescentes do ensino médio em Santa Catarina, com o objetivo de descrever o papel no contexto informativo e sociocultural para o risco de transmissão do HIV/Aids, também afirmam que as duas principais fontes de informação dos estudantes sobre a Aids são a escola e a televisão, seguidas dos folhetos e da família, demonstrando novamente a importância da escola e da família no contexto da sexualidade.

A partir dessa questão consideramos pertinente buscar conhecer quais as fontes de informação que esses jovens consideram mais confiáveis (Gráfico 18) e quais as fontes consideram menos confiáveis (Gráfico 19). Constatamos que jovens rurais e urbanos consideram a escola como uma das fontes mais confiáveis de informações sobre a Aids, ressaltando-se que entre os jovens rurais 95% afirmam isso. Consideramos este dado muito relevante, o que justifica intensificar ações de promoção da saúde nas escolas, não só no que diz respeito à Aids como também aos outros temas relacionados à saúde individual e coletiva, conforme vem sendo implementado pelo Ministério da Educação através da inserção da saúde e sexualidade como temas transversais nas séries finais do ensino fundamental.

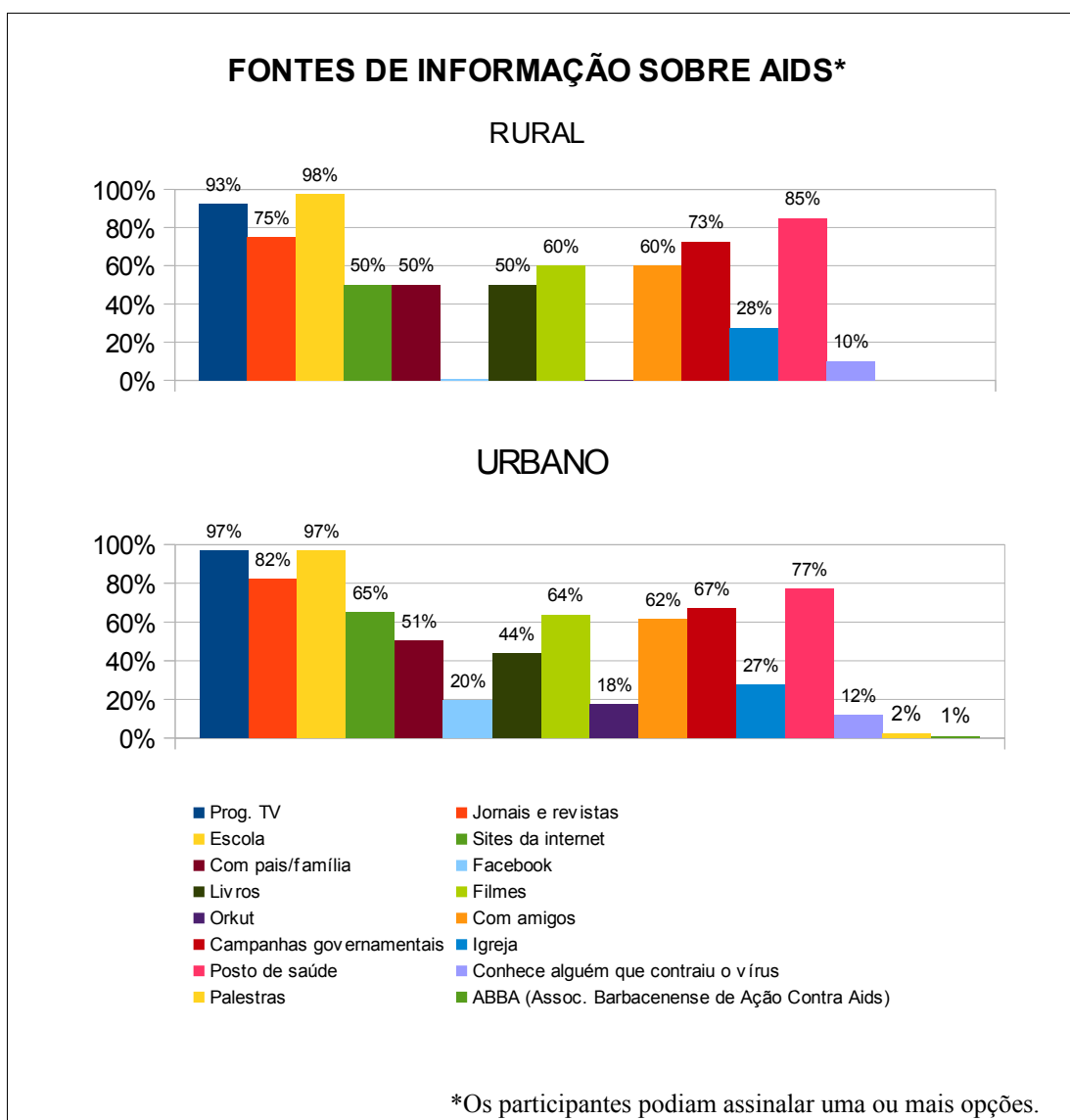


Gráfico 17 – Fontes de informação sobre a Aids – Rurais/Urbanos
 Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

Entre as fontes mais confiáveis assinaladas pelos jovens rurais estão a escola (95%), o posto de saúde (60%) e os pais/família (35%). Para os jovens urbanos as fontes mais confiáveis são a escola (74%), o posto de saúde (53%), os pais e os programas de TV (42%). Quanto aos programas de TV, Bretas *et al* (2009) consideram ser preocupante o valor atribuído a eles por ser um veículo de pouca interatividade.

Como fontes menos confiáveis os jovens, rurais e urbanos, assinalaram os *sites* de relacionamento (*Facebook e Orkut*) e os demais *sites* da internet. Queremos crer que este dado nos indica que, apesar da grande influência da tecnologia da informação no dia a dia da juventude pós-moderna e das facilidades dos encontros e das mais diversas

relações virtuais para variados fins, as relações presenciais como a escola e a família ainda se configuram como meios de maior confiabilidade.

Cabe ressaltar que a escola, além de ser eleita pela maioria como uma fonte confiável, em momento algum foi assinalada como fonte menos confiável pelos participantes. Isto sugere a expectativa depositada na escola pelos alunos, demonstrando que eles estão motivados a crer que os conteúdos repassados dentro do ambiente escolar podem ser, sem receios, incorporados às suas prática cotidianas. Este dado também reitera a alta taxa de contribuição que a escola pode oferecer aos seus alunos no enfrentamento de questões relacionadas não somente ao aprendizado formal, como também para as questões de saúde e cidadania.

Apesar de os alunos afirmarem a confiança na escola, pudemos perceber, durante a aplicação do questionário, a dificuldade dos alunos na abordagem de temas relacionados à sexualidade, em especial às relações sexuais. Ao responderem às questões alguns alunos tapavam a folha com as mãos para que os outros não vissem ou riam sem parar e faziam piadinhas demonstrando alto constrangimento em responder com seriedade, necessitando intervenção da pesquisadora para não atrapalhar os outros ou até mesmo, ao entregar o questionário preenchido, cuidavam para colocá-los debaixo de outros já respondidos dentro de uma caixa para que a pesquisadora, mesmo de longe, não pudesse identificá-los. Entendemos que essas atitudes demonstram o quanto é difícil para os adolescentes falarem sobre a própria sexualidade e o quanto é necessário que a escola possa tratar desse assunto com leveza e naturalidade em momentos de descontração apropriados para esse fim.

Ao mesmo tempo, observamos a preocupação dos alunos em responder com franqueza às questões após terem sido orientados pela pesquisadora de que as respostas dadas poderiam se tornar um instrumento para a implementação de uma educação continuada em saúde dentro da escola. Nesse sentido, exemplificando, houve um jovem rural que, apesar de ser previamente orientado sobre a liberdade de não querer participar da pesquisa, questionou, baixinho, se seria obrigado a responder se era ou não virgem. Ao ser novamente orientado a se sentir à vontade para responder apenas o que quisesse, entregou o questionário e saiu. Minutos depois retornou à sala e solicitou novamente o questionário, identificando-o pela letra e dizendo: *“Eu quero responder. Ahh! É importante pra pesquisa e também ninguém vai saber que sou eu.”* Em seguida

entregou o questionário e saiu sorrindo para a pesquisadora.

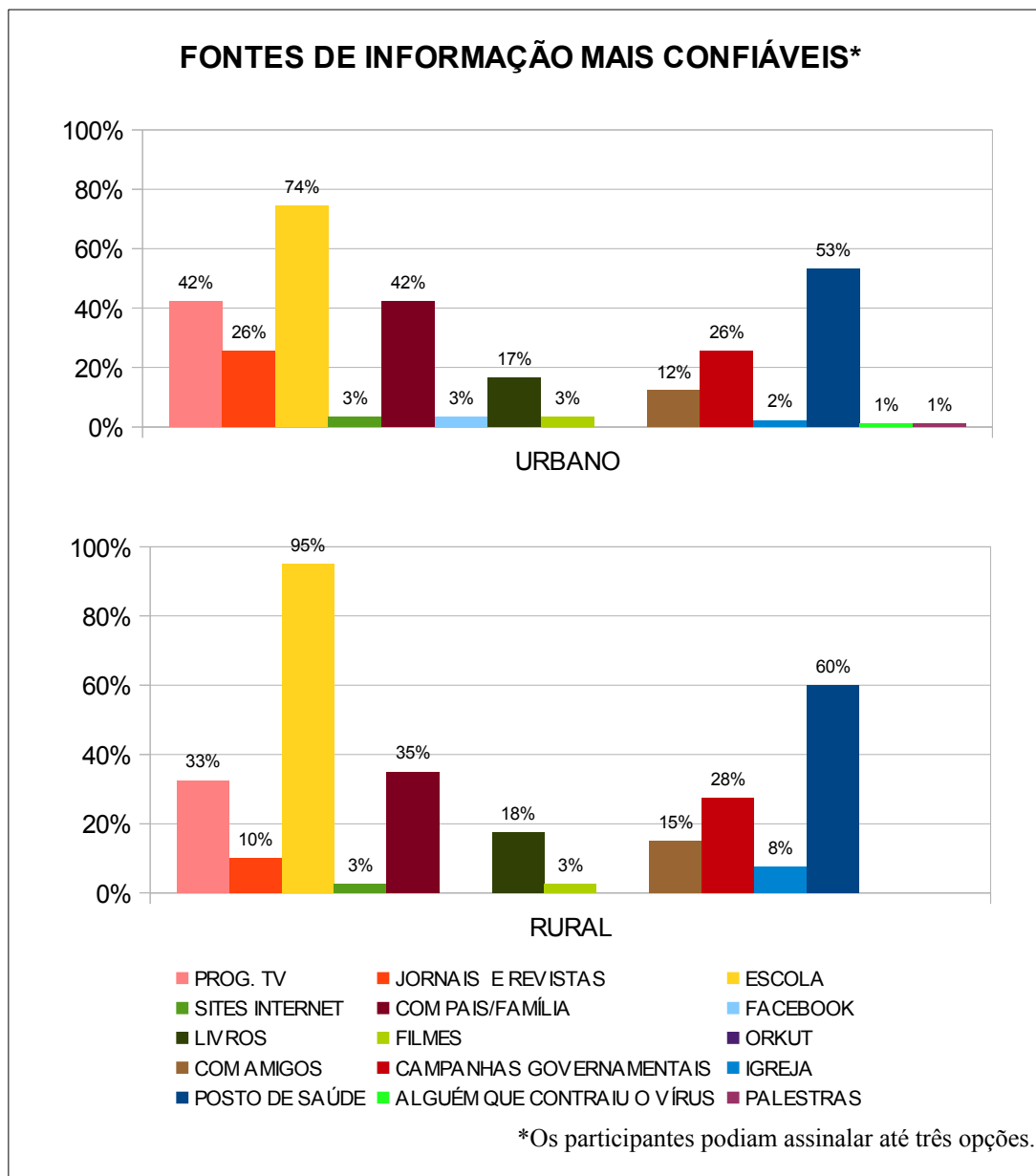


Gráfico 18 – Fontes de informação mais confiáveis – Rural/Urbano
 Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

Podemos observar a confiança nas informações obtidas através dos pais e do posto de saúde com maior frequência em relação à confiança nas conversas com os amigos, levando a crer que a abordagem familiar tem importância fundamental nas atitudes e tomada de decisões, assim como deve ser observada a relevância do preparo do profissional de saúde para atuar na atenção básica, captando essas demandas e trabalhando na prevenção de agravos à saúde dos adolescentes.

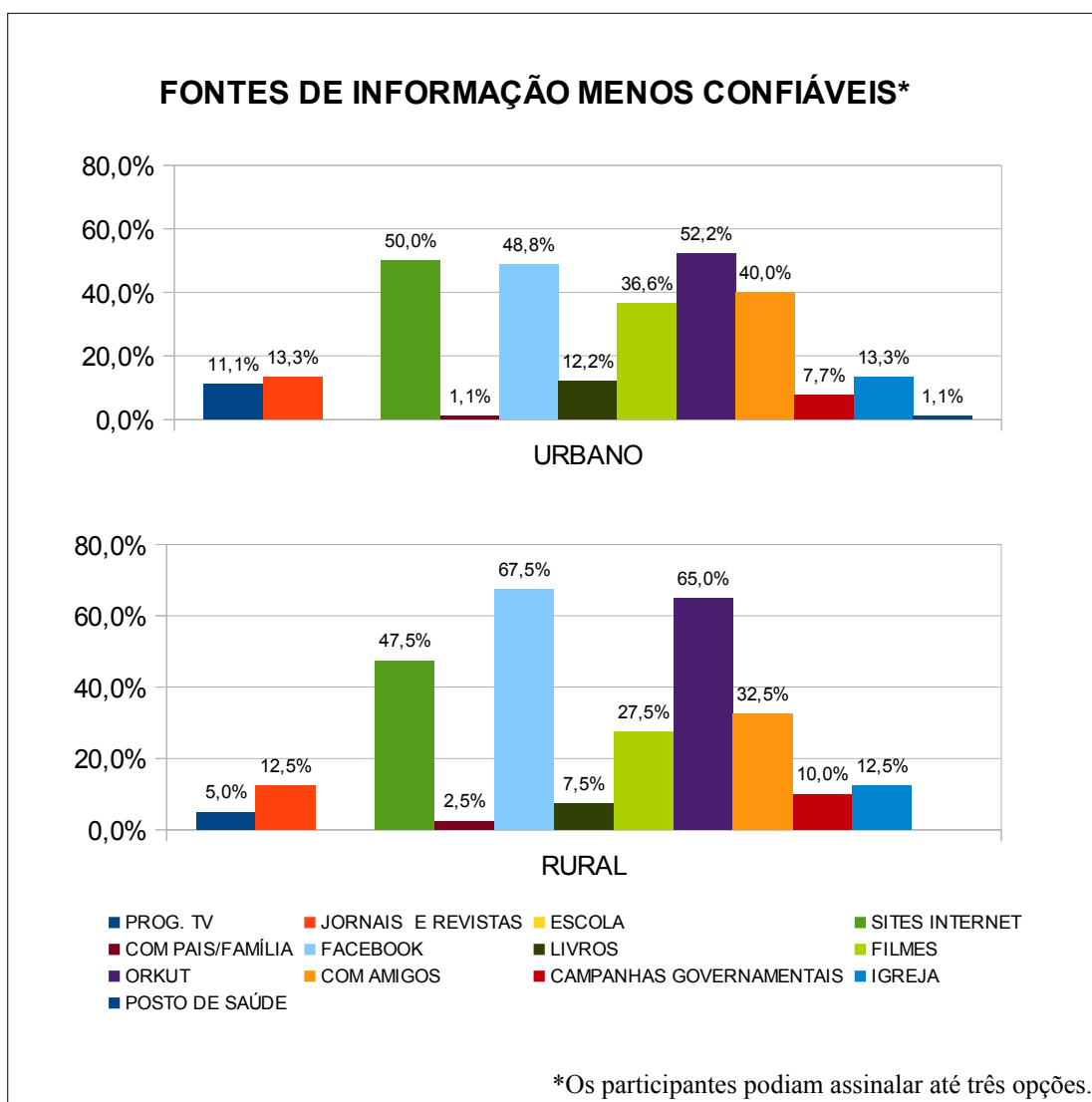


Gráfico 19 – Fontes de informação menos confiáveis – Rural/Urbano
 Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

Romero *et al* (2007), ao realizarem uma pesquisa sobre questões relacionadas ao sexo com adolescentes do sexo feminino das zonas rural e urbana de uma escola pública em Guararema – SP, observaram, em dissonância com nossa pesquisa, que foram poucos os relatos da busca de informações com profissionais de saúde, justificando a dificuldade de acesso e a falta de preparo dos profissionais de saúde para abordar temas de sexualidade com adolescentes. Porém encontram uma situação parecida em relação aos pais e amigos e afirmam que:

“Não há dúvida de que, atualmente, as adolescentes falam mais sobre sexo com os pais. Contudo, as conversas transitam apenas na superficialidade, não há esclarecimento sobre a necessidade de alguns

cuidados antes da iniciação sexual e do conhecimento adequado dos métodos contraceptivos. Os amigos frequentemente também são procurados, mas as conversas começam interessantes e posteriormente acabam na vulgarização, deixando sérias dúvidas sobre a validade do conteúdo e a seriedade do diálogo (ROMERO *et al*; 2007:4).

Bretas *et al* (2009) diferem de nossa pesquisa ao relatarem que, em pesquisa realizada com adolescentes no município de Embu - SP, a família foi pouco citada como fonte de referência de informação sobre as DST/Aids.

Sobre o risco de contrair a Aids, a maioria dos jovens (rurais (63%) e urbanos (64%)) admitem o risco de contaminação, tendo respondido “sim” à questão “Você acha que existe o risco de você pegar Aids?”. As justificativas destes foram variadas, e implicam a condição de vulnerabilidade sentida pelos jovens, ora por forças externas às possibilidades de proteção elencadas por eles como a contaminação acidental, ora pela avaliação de suas atitudes “impróprias” à proteção e ora até mesmo pelo curso natural das coisas, já que é uma doença transmissível, e pela incerteza no futuro. Mais uma vez observamos que pode estar havendo uma diminuição da alteridade relegada à doença, muito embora uma porcentagem significativa dos participantes tenha respondido “não” ao risco de contaminação, conforme analisaremos mais adiante. Abaixo, alguns exemplos da justificativas dos que responderam “sim” a esta questão:

“Porque mesmo que eu tenha segurança na hora do sexo também posso me contaminar pelo sangue.” (14 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Por festas que frequento e pela vida afora.” (18 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Porque não há um meio de prevenção 100% controlável e, quando se ama alguém por mais que ela tenha a doença, o máximo que se faz é prevenir com camisinha.” (17 anos, sexo feminino, rural, católica).

“Tem risco porque nunca se sabe um dia, posso estar passando na rua e ser violentada por exemplo.” (15 anos, sexo feminino, rural, católica).

“Porque não dá pra saber quem tem Aids só de olhar.” (18 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Muitas vezes você pode se envolver com uma pessoa sem saber que ela é portadora do vírus. Sou virgem, mas posso me relacionar com alguém que possua o vírus.” (16 anos, sexo feminino, rural, católico).

“Porque todo mundo que tem relações sexuais corre o risco de acontecer

imprevistos, como por exemplo a camisinha estourar.” (17 anos, sexo feminino, rural, católica).

“Existe porque o homem é fraco em relação e na hora do prazer não se pensa nem raciocina.” (17 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Pois não sei do futuro, se por algum motivo a camisinha estoura e minha parceira tem o vírus, ou por deslize eu fizer sexo sem camisinha posso contrair. Nunca se sabe.” (18 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Porque faço sexo sem camisinha.” (17 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Porque ninguém sabe o dia de amanhã. Pode acontecer com qualquer um. Por isso tem que conhecer bem a pessoa com quem se relaciona.” (14 anos, sexo feminino, urbano, católica).

“Não só eu, como todos correm risco. Porque pode ser passado através de feridas, etc., e mesmo que você não queira ter relação sexual, você pode ser vítima de estupro.” (16 anos, sexo feminino, urbano, católica).

“Se você tiver namorando muito tempo e depois de várias relações com camisinha você resolveu fazer sem achando que já confia naquela pessoa e ela ter o vírus.” (16 anos, sexo masculino, urbano, católico).

“Porque todos nós estamos expostos à consequência de nossos atos.” (16 anos, sexo masculino, urbano, católico).

Entre os que responderam “não” a esta questão (38% dos jovens rurais e 36% dos jovens urbanos), várias justificativas dadas demonstram a situação de vulnerabilidade a que estão expostos frente a noções equivocadas sobre o assunto, e demonstram a necessidade de intervenção educativa. Demonstram, ainda, que podem existir lacunas, dentre outras fontes de informação, no ensino formal, já que é de lá que se originam as informações consideradas pelos jovens como mais seguras.

Devemos ressaltar que indivíduo, ao se julgar consciente e protegido de algum mal, mas com noções equivocadas sobre como se proteger, está ainda mais vulnerável do que aquele que consegue perceber a sua própria vulnerabilidade. A confiança no parceiro também é citada como fator de proteção e ausência de risco. Assim como também observou Bretas (2009: 7), “o fato de conhecer o parceiro elimina, em nível do imaginário, todos os riscos de se adquirir uma DST/Aids”, sem pensar, o adolescente, que há um período de latência para o surgimento dos sintomas de uma doença e que esta pode ser imperceptível na relação sexual.

Estes dados também vão ao encontro da pesquisa realizada por Alves (2003),

onde afirma que os homens rurais envolvidos em sua pesquisa dispõem de um “conhecimento impreciso e inconsistente” e sentem-se distante do risco de se contaminarem, não se vendo como possíveis infectados, mas também não utilizando eficientemente as formas de proteção. Vejamos algumas falas de participantes que negam o risco de contrair Aids:

“Pois a pessoa que tem Aids fala para o seu parceiro se tem Aids ou não.” (14 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Porque eu não conheço ninguém próximo que contraiu.” (15 anos, sexo feminino, rural, católica).

“Pois eu tenho um anel de castidade (mentira). Bom, eu não faria alguma relação se não fosse com uma pessoa que eu confiasse muito e que eu amasse (yeah) é muito íntimo! E não sem camisinha! Prevenção a menos que a intenção fosse engravidar. Eu acho.” (16 anos, sexo feminino, rural, católica)

“Porque meu parceiro perdeu a virgindade comigo e só mantém relações comigo também.” (15 anos, sexo feminino, urbana, católica).

“Pois hoje em dia existe meios bastante confiáveis, e vem também a questão da confiança.” (16 anos, sexo masculino, urbano, católico).

“Porque eu não tenho contato sexual e nem com pessoas que possuem o vírus.” (15 anos, sexo masculino, urbano, católico).

“Porque não pretendo fazer transfusão sanguínea ou tatuagem, bem como não viveria na promiscuidade sexual ou relações sem camisinha.” (17 anos, sexo feminino, urbana, católica).

“Quando não conheço a parceira, faço uso de preservativos.” (18 anos, sexo masculino, urbano, católico).

Muitos dos que responderam “não” são virgens e consideram a virgindade como um fator de proteção, projetando no futuro a necessidade de utilização dos métodos de prevenção. Novamente a associação da Aids com as relações sexuais é notadamente mais marcante em relação aos demais meios de contaminação.

“Eu acho que por enquanto não porque não pratico sexo e depois também acho que não porque eu saberei me prevenir.” (14 anos, sexo feminino, rural, católica).

“Porque eu sempre vou usar camisinha. Só se ela arrebentar.” (16 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Porque não tive relações.” (18 anos, sexo masculino, rural, católico).

“Porque tenho em mente os modos de prevenção e não pretendo ter relação sexual antes do meu casamento.” (15 anos, sexo feminino, urbana, testemunha de Jeová).

Há aqueles que responderam “sim” e aqueles que responderam “não”, mas com justificativas parecidas, citando a prevenção.

Sim. *“Porque é um risco que todos correm, mas com prevenção pode-se evitar.”* (16 anos, sexo feminino, rural, católica).

Sim. *“Pois nenhum portador do vírus vem escrito na testa que tem Aids. Por isso a prevenção é importante.”* (18 anos, sexo feminino, rural, católica).

Sim. *“Acho que ninguém está livre. É preciso apenas se prevenir e tomar os cuidados necessários.”* (17 anos, sexo feminino, urbano, católica).

Sim. *“Pois apesar de conhecer os métodos de prevenção pode ocorrer acidentes como a ruptura da camisinha, etc.”* (15 anos, sexo masculino, urbano, católico).

Não. *“Eu considero que não porque sei das precauções de proteção.”* (16 anos, sexo feminino, rural, católica).

Não. *“Embora todos estejam expostos a contrair o vírus, eu considero que não porque já estudei o assunto e tenho conhecimento.”* (15 anos, sexo feminino, urbana, evangélica).

Não. *“Acredito que se eu me prevenir e não ter muitos parceiros, acredito que o risco diminua. Porém, não posso afirmar com certeza de que nunca serei portadora do HIV. O que posso afirmar é que irei me prevenir.”* (16 anos, sexo feminino, urbana, católica).

Ao serem questionados sobre como é possível uma pessoa contrair a Aids (Gráfico 20), os meios mais assinalados entre os alunos, rurais e urbanos, foram as relações sexuais com vários parceiros (95,0% rurais e 94,4% urbanos), usando agulha ou seringas de outros (88% rurais e 90% urbanos), recebendo transfusão de sangue (80% rurais e 81,1% urbanos) e pelo uso de objetos cortantes utilizados por outros (77,5% rurais e 81,1% urbanos). Podemos observar a grande semelhança nas respostas da juventude rural e urbana. Também observamos que, mesmo tendo relacionado prontamente a Aids ao sexo em todas as questões abertas, ao assinalarem as formas de contrair a doença os alunos demonstram ter conhecimento das demais formas de contaminação.

As relações homossexuais, assim como as relações sexuais com único parceiro e a prática do sexo oral foram assinaladas com menor frequência. Observa-se, também, um grande número de participantes que acreditam na contaminação através da doação de sangue.

Apesar de se configurarem como uma importante fonte de contaminação passível de prevenção, a gravidez e a amamentação foram pouco assinaladas pelos jovens como possível meio de contrair a doença.

O uso de drogas injetáveis foi assinalado com menor frequência, apesar de terem assinalado o compartilhamento de seringas. Também fazendo tatuagens não houve grande porcentagem de evocação, apesar de terem assinalado com maior frequência o uso de agulhas e seringas utilizados por outros e o uso de objetos cortantes utilizados por outros. Isto pode demonstrar que estes jovens sabem do risco, mas banalizam essas fontes de contaminação.

Conforme já citado no Capítulo 2 deste trabalho, o Ministério da Saúde afirma que a via de transmissão sexual é, de fato, a mais frequente entre os jovens no Brasil (59,3%). Porém a maioria dos casos de transmissão sanguínea são decorrentes do uso indevido de drogas injetáveis (Ministério da Saúde; 2005).

Apesar de assinalados com pouca frequência, observamos que há jovens, urbanos e rurais, que acreditam na contaminação através do beijo, pelo abraço ou aperto de mão, bebendo no mesmo copo, pelo uso de vaso sanitário, sentando onde outro acabou de levantar, nadando em piscinas, vestindo roupas de outros, por picadas de inseto e até mesmo pelo ar. Caballero *et al* (*apud* Romero *et al*, 2007) também constataram em pesquisa a crença nessas fontes de contaminação e acreditam que o nível de conhecimento varia de acordo com a situação socioeconômica dos jovens e que essas lacunas no conhecimento podem influenciar os adolescentes a crerem que estão isentos da contaminação pela Aids.

Para que sejam identificadas estas lacunas entendemos que a abertura de diálogo com os jovens se faz necessária nos espaços considerados por eles como confiáveis e seguros, onde eles possam ter a oportunidade de se manifestarem e serem ouvidos em suas dificuldades. Nesse sentido parece de crucial importância que, principalmente a escola e a família, busquem reconhecer esses espaços e a forma como os jovens gostariam de tratar sobre o assunto.

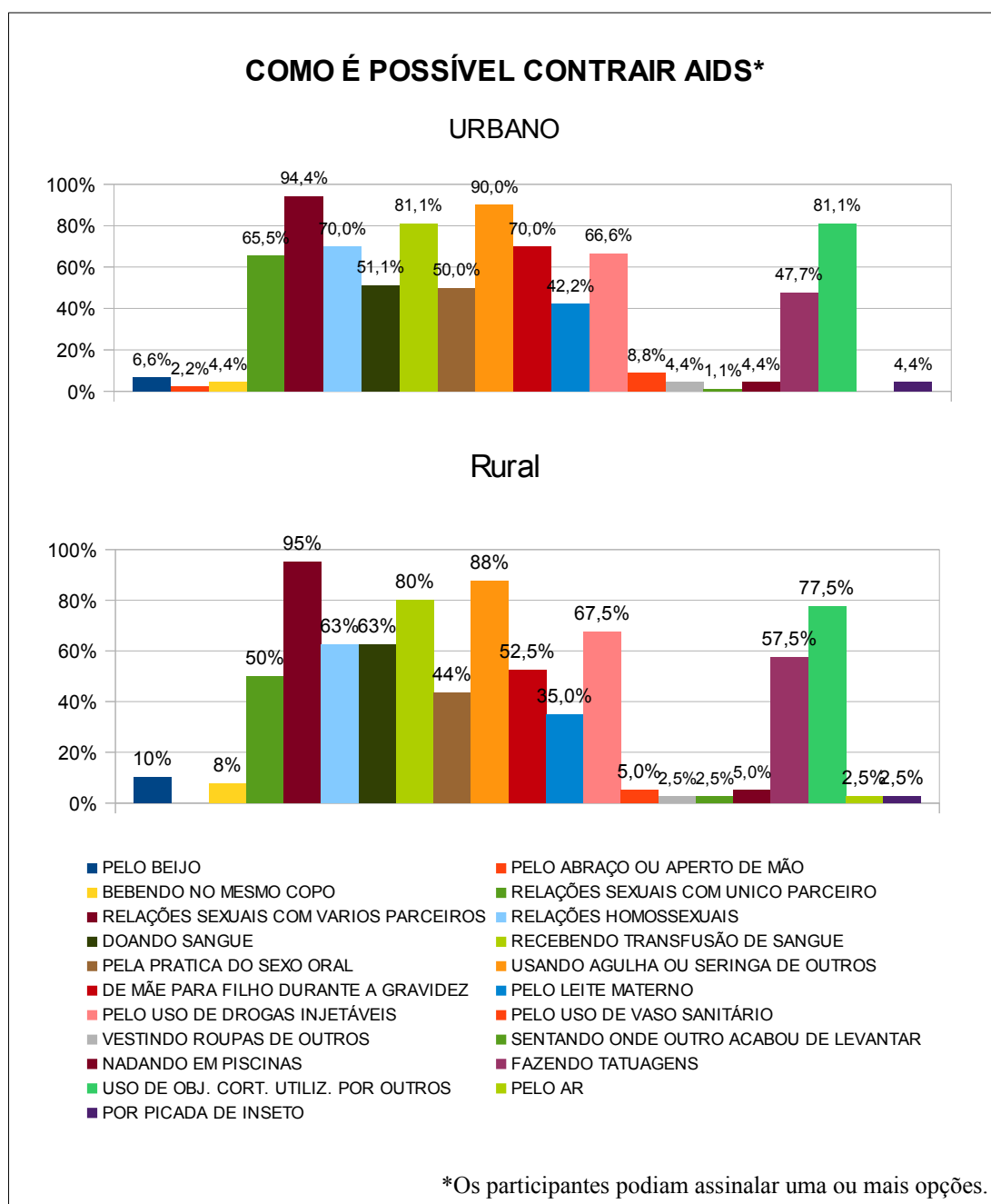
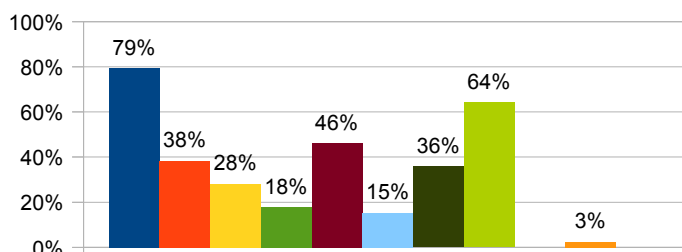


Gráfico 20 – Como é possível contrair Aids – Urbano/ Rural
 Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

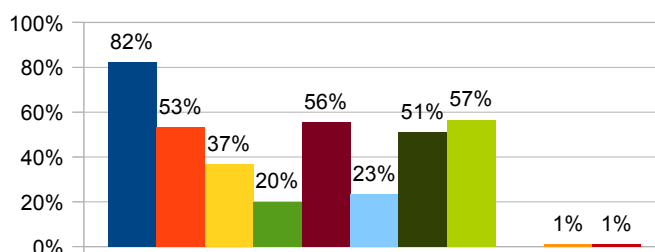
Em resposta à questão “Através de que meios gostariam de aprender sobre a Aids” (gráficos 24 e 25) observamos que os jovens assinalam com maior frequência dispositivos como as palestras (79% rurais e 82% urbanos), os serviços de de saúde (64% rurais e 57% urbanos) e os folhetos explicativos, o que demonstra que a escola tem total condições de construir estes espaços, inclusive em parceria com serviços de saúde como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família.

MEIOS EM QUE GOSTARIAM DE APRENDER SOBRE AIDS

Rural



Urbano



- Palestras
- Vídeos
- Peças teatrais
- Música
- Folhetos Explicativos
- Internet
- Grupos de discussão/interação
- Serviços de saúde
- Não tenho interesse em aprender
- Outros: Pais
- Outros: Esporte

*Os participantes podiam assinalar uma ou mais opções.

Gráfico 21 – Meios em que os jovens gostariam de aprender sobre Aids Rural/Urbano

Fonte: Dados da pesquisa; 2012.

Todos os alunos participantes da pesquisa demonstraram interesse em aprender sobre a Aids. Também Camargo e Botelho (2006) encontraram entre os adolescentes participantes de sua pesquisa a preferência pelo recurso pedagógico como o folheto e os filmes, considerando que os recursos audiovisuais tem impacto positivo sobre os adolescentes.

Quando questionados se já receberam informações sobre a Aids no IF Sudeste - *Câmpus* Barbacena, foi unanimidade entre os alunos do primeiro ano a resposta “não”, tendo em vista que a nossa abordagem para a pesquisa ocorreu ainda no primeiro semestre letivo. Entre os alunos do segundo ano, 21% responderam “não”, no terceiro ano 10,3% responderam “não” e no quarto ano 5,7% responderam “não”. Isto no leva a pensar que ao longo dos anos de estudo no IF Sudeste MG – *Câmpus* Barbacena, em

algum momento, ocorreu a informação sobre a Aids, porém não alcançando efetivamente a todos os alunos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar sobre sexualidade entre os jovens, em pleno séc XXI, poderia parecer um pouco extemporâneo, se pensássemos, da perspectiva da divulgação, no acesso quase irrestrito aos veículos de comunicação de massa e tantas outras formas de saber e esclarecer dúvidas relativas ao corpo, ao sexo, à prevenção de uma gravidez indesejada ou de doenças sexualmente transmissíveis, ou mesmo de que este já seria um assunto muito debatido. No entanto, a realidade, nos mais variados níveis da sociedade brasileira, tem demonstrado que temos muito que falar, pesquisar, refletir sobre esta questão, ainda mais quando se trata de jovens e não menos dos jovens do meio rural.

(Vanda Silva; 2007: 78)

Foi compartilhando desta mesma visão que partimos neste estudo ao perceber, empiricamente, que apesar da grande gama de informações circulantes em nossa sociedade e no mundo globalizado, sobretudo através da televisão e da internet, cada vez mais presentes nos lares e nos espaços de socialização, os jovens ainda demonstram insegurança ao se referirem a determinados assuntos, dentre eles, os assuntos relacionados ao sexo, às doenças sexualmente transmissíveis e à Aids.

O nosso propósito de analisar as representações dos jovens rurais sobre a Aids se fundamentou em quatro questões básicas: Através de quais “ferramentas” de comunicação os jovens rurais recebem informações sobre a Aids? Como esses jovens percebem suas próprias vulnerabilidades? A aproximação com o meio urbano – principalmente caracterizada pelo movimento pendular, no caso dos jovens participantes da pesquisa – afeta as representações dos jovens rurais sobre a Aids? Quais são as fontes de informação consideradas por eles como confiáveis?

Para procedermos esta análise precisávamos buscar, antes, o embasamento teórico que nos permitisse realizá-la à luz da ciência e com as “lentes” de autores que já percorreram por estes caminhos. Para tanto, procuramos, no nosso referencial teórico, abordar as três categorias analíticas que se relacionam intimamente com o nosso objeto de estudo: Aids, Representações Sociais e Juventude Rural. Primeiramente nos inteiramos sobre o aparecimento da Aids no mundo, sua trajetória até os dias atuais,

assim como as estratégias de combate no seu enfrentamento pela sociedade. Em seguida propomos a apreensão do significado das “Representações Sociais” e das representações sobre “Doença” em nosso meio para entendermos a sua aplicabilidade em nossa pesquisa. Finalmente buscamos compreender a noção de Juventude Rural, perpassando, antes, pelas discussões do que seja o espaço rural contemporâneo, tal como as conceituações ambíguas do termo “juventude”.

Muitas coisas estão em jogo quando nos propomos à abordagem do tema Aids com os jovens. A vergonha de falar sobre o assunto, o tabu em torno do sexo, as crenças, o medo de dizer o que sente, o constrangimento diante dos colegas, etc. Ficou claramente notável entre os jovens, durante a coleta de dados, a dificuldade de se expressarem, até mesmo através da escrita, o que pudemos perceber quando uns se esquivavam utilizando-se da expressão corporal, preocupados com que o colega não visse a sua resposta, ou quando pareciam querer saber o que o outro estava escrevendo como se buscando apoio e reafirmação para o que ele próprio escrevia, ou até mesmo quando riam e faziam pequenos comentários ao responder às questões e também ao se assegurarem do anonimato colocando o questionário embaixo dos outros já entregues. Porém isso nos diz de uma “verdade” escrita, ou seja, de algo que eles respondem, a nosso ver, com certa sinceridade (em relação a questões pessoais como, por exemplo, a virgindade e o número de parceiros), o que justifica o medo de serem “descobertos”.

Este estudo limitou-se a analisar as representações a partir das declarações dos sujeitos. Porém, consideramos também, que pode haver diferença entre o “real” e o “ideal” buscado por eles, que justifique respostas tão semelhantes, homogeneizadas, repetidas, cerceadas pelas inteirações sociais e que apelam para uma análise detalhada dos discursos acompanhada de um estudo etnográfico que possa comprová-los (ou não). Ficou evidente a dificuldade de elaborações próprias, sendo utilizadas como recurso frases prontas e estereotipadas ao responder, por exemplo, “O que é a Aids para você?”.

Pudemos perceber na nossa análise dos dados que o jovem rural tem recebido informações sobre a Aids através dos mesmos dispositivos utilizados pelos jovens urbanos. O acesso às principais ferramentas como a televisão, o computador, o telefone celular tem sido quase irrestrito ao meio rural e essas ferramentas parecem ser de uso frequente entre os jovens rurais que compuseram o espaço amostral da pesquisa, proporcionando a veiculação das mais diversas informações, dentre elas as informações

sobre a Aids. Entendemos que os jovens rurais são influenciados pela proximidade com o meio urbano, o que se revelou em posicionamentos bem parecidos entre eles ao longo da análise dos dados.

Porém observamos que a informação, sozinha, não é suficiente para resolver o desafio da conscientização e da mudança de comportamentos dos jovens. A nosso ver, informações precisam ser muito mais do que sons e imagens impactantes. Precisam, além de veiculadas, serem “digeridas” e adequadas a cada realidade. Entendemos que a abordagem através de atividades lúdicas, de oficinas de aconselhamento, de sensibilização pela participação efetiva e afetiva, do convívio com experiências alheias e da adequação do tema à realidade local é indispensável para que haja internalização das informações a ponto de que a mudança possa se revelar nas atitudes dos jovens frente à Aids. Isto faz com que acreditemos que é na escola que este espaço precisa se concretizar.

Também ficou claro que os jovens percebem a escola como a instituição mais confiável para receber as informações sobre a Aids, o que reitera a responsabilidade desta, que ainda faz muito pouco, tendo em vista respostas equivocadas dos jovens em relação à sua própria vulnerabilidade frente à Aids e às DSTs.

Os profissionais de saúde e a família também se destacaram como meios confiáveis para os jovens, revelando a importância atribuída às instituições tradicionais e levando-nos a crer que, apesar do grande espaço conquistado pelas TICs (que se tornam cada vez mais necessárias, sobretudo no mercado de trabalho), as informações que nelas circulam são questionáveis, universais e ainda há espaço para a abordagem humanista, presencial e dialógica.

Questões importantes ainda precisam ser respondidas, principalmente no que diz respeito aos jovens rurais. Tivemos como participantes da pesquisa os jovens rurais e urbanos estudantes, portanto com relações recíprocas muito intensas. E o jovem rural que não frequenta a escola? E aquele que não migrou? Tão somente as mudanças ocorridas no seu universo, promovidas pelas transformações de que falamos do “novo rural”, serão suficientes para o enfrentamento de questões relacionadas à sexualidade e às DST/Aids? Está também ele sensibilizado em relação a essas questões, ou ainda ronda sobre ele apenas os olhares que o enxergam como força de trabalho na pecuária e na agricultura ou, modernamente falando, nas atividades pluriativas? Não estão estes

jovens igualmente necessitados de orientação? A ação dos extensionistas rurais tem problematizado as questões relacionadas à sexualidade no meio rural? A dificuldade em encontrarmos trabalhos nessa linha de pesquisa talvez por si mesma já sirva como resposta e evidencie a necessidade de um maior empenho acadêmico voltado à estas questões.

Essa dificuldade também pode se traduzir no fato de que a formação profissional em nível de graduação na área de saúde, sobretudo nos cursos de enfermagem, tem ainda um caráter muito técnico, voltado para questões do cuidado com o corpo, mesmo em vista de um processo recente de humanização na assistência, não sendo abordadas questões sociais e antropológicas suficientes que possam dar embasamento teórico para o desenvolvimento de pesquisas no campo das representações sociais.

Para a autora deste trabalho, enfermeira, tornar-se uma extensionista rural implica em reflexões sobre um novo papel social que amplia os horizontes para a possibilidade de trabalhos com esta e outras temáticas envolvendo os agentes do meio rural. Acredita-se que a formação de extensionistas rurais de distintas áreas do conhecimento pode impulsionar a adoção de políticas públicas (governamentais ou não) evidenciando lacunas que precisam ser preenchidas não somente relacionadas ao trabalho e à subsistência. A nível local e escolar, no IF Sudeste – *Câmpus* Barbacena, sugere-se ações multiprofissionais e interdisciplinares, afora o conteúdo formal, não somente dentro do ambiente escolar, onde se faz absolutamente necessário, como também em trabalhos de extensão que levem até o campo (enquanto espaço) atividades de integração e socialização de conhecimentos e práticas.

Entendemos que a pesquisa é uma ferramenta importante, um meio de demonstrar o grande potencial transformador de uma comunidade acadêmica e que pode, a partir de seus resultados, direcionar a tomada de decisões tanto no plano da comunidade local (representada pela escola, pelas associações, ONGs, instituições religiosas, sindicatos e outros movimentos organizados) quanto no plano das políticas públicas direcionadas às necessidades de determinada população em determinado campo. Portanto, a partir dessa ótica, entendemos e pretendemos que esta pesquisa venha a contribuir para lançar novas sementes que possam florescer na construção do conhecimento e no desvendamento dos dilemas que se instalam no cotidiano dos jovens rurais brasileiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABRAMOVAY, R. **Funções e medidas da ruralidade no desenvolvimento contemporâneo**. Rio de Janeiro:2000. Disponível em http://ipea.gov.br/pub/td/2000/td_0702.pdf. Acesso em 23 fev12.

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G; SILVA, L.B. **Juventude e sexualidade**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004. 426p.

ALMEIDA, M. B. P. **A efetividade da contribuição escolar para a transformação socioeconômica do aluno egresso**. 2011. 50 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Instituto de Agronomia. Programa de Pós-Graduação em Educação Agrícola, 2011. Disponível em <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/dissertacao/Marcileia%20Balbina%20Prenazzi%20de%20Almeida.pdf>. Acesso em 15 ago12.

ALVES, M. F. P. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2): S429-S439, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a24v19s2.pdf>>. Acesso em 26 out 2011.

ARAÚJO, R. B. A. **Histórias de sucesso : agronegócios : floricultura**. Brasília: Sebrae, 2007. Disponível em www.casosdesucesso.sebrae.com.br/include/arquivo.aspx/280.pdf. Acesso em 14 ago12.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.6, n.11, p.11-24, 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832002000200002&script=sci_arttext. Acesso em 21 jul11.

BAGLI, P. Rural e urbano: harmonia e conflito na cadência da contradição. In SPOSITO, M. E. B; WHITACKER, A. M. (org). **Cidade e Campo: relações e contradições entre urbano e rural**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

_____. **O mal estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

BERNARDELLI, M. L. F. H. Contribuição ao debate sobre o urbano e o rural. In SPOSITO, M. E. B; WHITACKER, A. M. (org). **Cidade e Campo: relações e contradições entre urbano e rural**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

BOURDIEU, Pierre. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7):1421-1430, jul 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/07.pdf>>. Acesso em 05 jun 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 24 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_prevencao_escolas.pdf> Acesso em 12 mar 2010.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais**. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em <<http://www.portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/ttransversais.pdf>>. Acesso em 12 mar 2010.

BRETAS, J. R. S. OHARA, C. V. S. JARDIM, D. P. MUROYA, R. L. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. vol. 43. nº 3. São Paulo. Set/2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342009000300008&script=sci_arttext. Acesso em 21 out11.

BRITO, A. M; CASTILHO, E. A; SZAWARCWALD, L. C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**: 34(2), p. 207-217, Mar./Abr. 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>>. Acesso em 12 out. 2011.

CAMARGO JR. K. R. **As ciências da Aids e a Aids das ciências: o discurso médico e a construção da Aids**. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ/Relume Dumará, 1994.

_____. Políticas públicas e prevenção em HIV/AIDS. In: PARKER, R; GALVÃO, J; BESSA, M. S. Org. **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA. São Paulo: Ed. 34, 1999.

CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B.; BARBARÁ, A. Representações sociais da Aids e alteridade. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**. UERJ, Ano 9, nº3, 710-723, 2º semestre de 2009. Disponível em <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n3/artigos/pdf/v9n3a11.pdf>>. Acesso em 08 nov 2011.

CAMARGO, B. V., BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 41. nº 1. São Paulo: Fev. 2007. Epub: Nov, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 12 out 2011.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Vol 8 nº1, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100009 Acesso em 16 ago 2012.

CARDOSO, I. A geração dos anos de 1960: o peso de uma herança. **Revista Tempo Social**. Vol.17 no. 2. São Paulo Nov. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ts/v17n2/a05v17n2.pdf>. Acesso em 15 mai 2012.

CARNEIRO, M. J. O ideal rurbano: campo e cidade no horizonte dos jovens. In: Silva, Francisco Carlos Teixeira da *et al.* (org.) **Mundo rural e política: ensaios interdisciplinares**. Rio de Janeiro: *Câmpus*, 1998. p. 97-117.

CARNEIRO, M. J.; CASTRO, E. G. (org.). **Juventude rural em perspectiva**. Rio de Janeiro: Mauad, 2007.

CASTRO, E. G. **Juventude rural, “mais que uma palavra”: uma problematização da construção de categorias sociais**. In: MOREIRA, J. R.; BRUNO, R. L. (org.). Rio de Janeiro: Mauad X; Seropédica: Edur, 2010.

CONCONE, M. H. V. B. Um mergulho no imaginário dos jovens. In: JEOLÁS, Leila Sollberger. **Risco e prazer: os jovens e o imaginário da AIDS**. Londrina: Eduel, 2007. 264p.

DESCHAMPS, J. C. MOLINER, P. **A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

DIAS, L. **Anos 70: enquanto corria a barca**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2003.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1966.

DURKHEIM, É. MAUSS, M. Algumas formas primitivas de classificação: contribuição para o estudo das representações coletivas. In: MAUSS, M. **Ensaio de Sociologia**. São Paulo: Perspectiva, 1981, 399-455.

ELIAS, N. & SCOTSON, J. L. “Introdução. Ensaio teórico sobre as relações estabelecidos-*outsiders*”. In: **Os estabelecidos e os *outsiders***. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ENDLICH, A. M. Perspectivas sobre o urbano e o rural. In: SPOSITO, M. E. B; WHITACKER, A. M. (org). **Cidade e Campo: relações e contradições entre urbano e rural**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

FORACCHI, M. M. **A juventude na sociedade moderna**. São Paulo: Pioneira, 1972.

GARCIA, M. L; BELLINI, M; PAVANELLO, R. M. Análise retórica das campanhas sobre HIV/AIDS no Brasil e em outros países. **REMPEC - Revista Eletrônica do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente**, v.4 n1 p.76-99, abril 2011. ISSN 1983-7011. Disponível em <http://www.ensinosaudeambiente.com.br/edicoes/volume4/artigo7MartaBelini.pdf>. Acesso em 15 mar 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio

de Janeiro: Zahar Editores, 1982. 4ª ed.

JEOLÁS, L. S. **Risco e prazer: os jovens e o imaginário da AIDS**. Londrina: Eduel, 2007.

JODELET, D. (org.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001, p.17-44.

JOFFE, H. “Eu não, “o meu grupo não””: representações sociais transculturais da Aids. In: GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1999. 5ªed.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. 4ª. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

MALAGODI, E.; MARQUES, R. Para além de ficar ou sair: as estratégias de reprodução social de jovens em assentamentos rurais. In: CARNEIRO, M. J; CASTRO, E. G. (org.). **Juventude rural em perspectiva**. Rio de Janeiro: Mauad, 2007.

Manual do estudante. **Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais - Câmpus Barbacena** - Setor de Educação a Distância – SEAD. Barbacena: 2012. Disponível em <http://www.youblisher.com/p/359061-Manual-do-Estudante-EaD-Barbacena/>. Acesso em 24 ago 2012.

MARTINS. M; CASTRO. E. G; ALMEIDA. S. L. F. **Jovens Rurais no Brasil: a construção de um novo ator político**. Ponencia presentada al VIII Congresso Latino Americano de Sociologia Rural, Porto de Galinhas, 2010. Disponível em <http://www.alasru.org/wp-content/uploads/2011/08/GT13-Ma%C3%ADra-Martins.pdf>. Acesso em 21 jul 2011.

MARTINS, P.O.; TRINDADE, A. Z.; ALMEIDA, A. M. O. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2003, 16(3), 555-568. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a14.pdf>. Acesso em 26 out 2011.

MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 2004, ed. Especial: 91-104. Disponível em <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php>. Acesso em 21 jul 2011.

MAZZOTTI, A. J. A. **Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação**. **Revista Múltiplas Leituras**, v.1, n.1, p.18-43, jan/jun. 2008. Disponível em <http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/912/818>. Acesso em 02 mar 2012.

MEYER. D. E. *et al.* ‘Mulher sem-vergonha’ e ‘traidor responsável’: problematizando

representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. **Estudos Feministas**. 12(2): 51-76, maio-agosto. Florianópolis, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n2/23960.pdf>. Acesso em 15 out 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A infecção pelo HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. In MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Educação. Unesco. Unicef. **Diretrizes para implementação do projeto saúde e prevenção nas escolas**. Brasília: 2005. Disponível em www.unicef.org/brazil/pt/SPE_Guia_Diretrizes.pdf. Acesso em 10 out 2010.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Sobre a epidemia da Aids no Brasil: distintas abordagens**. 1ª ed. Ministério da Saúde: 1999.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Ano VII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009. 1ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/45974/vers_o_final_15923.pdf.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Ano VII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010. 1ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/45974/vers_o_final_15923.pdf. Acesso em 30 abr 2012.

_____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/SVS/MS. Resumo Analítico dos dados. **Boletim epidemiológico/2011. Vulnerabilidade à Aids em Jovens Gays**. P. 7-9. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo/publicacao/2011/50652/resumo_anal_tico_dos_dados_do_boletim_epidemiol__92824.pdf. Acesso em 30 abr 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Jovem**. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/jovem;s/d1>. Acesso em 30 abr 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais **Insumos de prevenção**. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/insumos-de-prevencao;s/d2>. Acesso em 30 abr 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Uso de medicamentos como prevenção**. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/2012/uso-medicamentos-como-prevencao;s/d3>. Acesso em 30 abr 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Gays, travestis e outros homens que fazem sexo com**

homens. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/gays-travestis-e-outros-homens-que-fazem-sexo-com-homens>; s/d 4. Acesso em 30 abr 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **DST e Aids entre as mulheres.** Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=dst-e-aids-entre-mulheres>; s/d. 5. Acesso em 30 abr 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Equipamentos para uso de drogas.** Disponível em: www.aids.gov.br/pagina/equipamentos-para-uso-de-drogas; s/d 6. Acesso em 30 abr 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Acompanhamento durante a gravidez.** Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/acompanhamento-durante-gravidez>; s/d 7. Acesso em 30 abr 12.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Presídios.** Disponível em www.aids.gov.br/pagina/presidios; s/d 8. Acesso em 30 abr12.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Vulnerabilidade à Aids em Jovens Gays.** Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/resumo_analitico_dos_dados_do_boletim_epidemiol_92824.pdf. Acesso em 30 abr 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Política brasileira de Aids: principais resultados e avanços – 1994-2002.** Jan/2002. Disponível em: www.aids.gov.br/publicacoes/politica-brasileira-de-aids-principais-resultados-e-avancos-1994-2002. Acesso em 28 abr 2012.

MIRANDA, J. J. Saúde e doença na antiguidade: a influência do conceito greco-romano sobre o judaísmo bíblico e o novo testamento. **Hermenêutica**, vol. 11, nº 1, 2011, 135-157. Disponível em <http://www.revistahermeneutica.com.br/index.php/hermeneutica/article/view/48>

MORRIS, D. B. **Doença e cultura na era pós-moderna.** Instituto Piaget: Lisboa, 2000.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (org.). **As Representações sociais.** Rio de Janeiro: Eduerj, 2001, p.45-65.

MUSSNER, F. Doença. In: BAUER. **Dicionário Bíblico-Teológico.** São Paulo: Edições Loyola, 2000.

MURAKAMI, J. K. FILHO, J. F. P. FILHO, P. C. P. T. Conversando sobre sexualidade, IST e AIDS com adolescentes pobres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**

Vol 15 (spe). Out/2007. Disponível em: www.scielo.br.php?script=sci_arttex&pid=S0104_1169200700023&lang=pt. Acesso em 13 ago 2012.

NATIVIDADE, J. C.; CAMARGO, V. B. Elementos caracterizadores das representações sociais da Aids para adultos. **Revista Temas em Psicologia**, 2011, vol.19, nº1, 305-317. Disponível em <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol19n1/PDF/v19n1a24.pdf>. Acesso em 10 out 2012.

NETO, A.V. **Crise da modernidade e inovações curriculares: da disciplina para o controle**. Revista de Ciências da Educação. nº 17. set/dez 08. Disponível em <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/sisifo7confPT.pdf>. Acesso em 20 ago 2012.

NETO, A. F. O. A incorporação do modo de vida urbano na região de fronteira do sul do território mato-grossense no início do século XX. In SPOSITO, M. E. B; WHITACKER, A. M. (org). **Cidade e Campo: relações e contradições entre urbano e rural**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

PAIVA, Vera; *et al.* Capacitando profissionais e ativistas para avaliar projetos de prevenção do HIV e de Aids. **Revista Saúde Pública**. Vol. 36. nº4 suppl. São Paulo. agosto 2002. p 4,5. Disponível em www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11158.pdf. Acesso em 20 out 2010.

PARKER, Richard G. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ:1994.

_____. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

PESSALACIA, J.D.R.; MENEZES, E.S; MASSUIA, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. Revista Centro Universitário São Camilo: 2010; 4(4): 423-430. Disponível em http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_423-430_.pdf. Acesso em 15 mar 2012.

RATON, H. **Em nome da razão** [CD]. Belo Horizonte: Quimera Filmes; 2009.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R. M. B. Grupo Focal Como uma Estratégia para Coletar dados de Pesquisa em Enfermagem. International Journal of Qualitative Methods. 2002, 1(2). Disponível em http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_2Final/pdf/ressel.pdf. Acesso em 20 ago 2012.

SACCO DOS ANJOS, F. e CALDAS, N.V. Pluriatividade e Ruralidade: Falsas Premissas e Falsos Dilemas. In: CAMPANHOLA, C. e GRAZIANO DA SILVA, J. **O Novo Rural Brasileiro: Novas ruralidades e urbanização**, v. 7. Brasília: Embrapa: 2004; 71-105.

SANTOS, L. H. S; OLIVEIRA, D. L. L. C. Gênero e risco de HIV/AIDS nas campanhas de educação em saúde através da mídia. 29ª Reunião anual da ANPED. **GT: Gênero, Sexualidade e Educação**. n. 23. Caxambu, 2006. Disponível em:

<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT23-2294--Int.pdf>. Acesso em 25 out 12.

SAVASSI, Altair José. **Barbacena 200 anos**. 2.ed. Vol.1. Belo Horizonte: Editora Leme S/A, 1991.

SEN, A. KLIKSBERG, B. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEVALHO, G. Representações Sociais de Saúde e Doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 349-363, jul/set, 1993. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v9n3/22.pdf>. Acesso em 20 ago 2012.

SILVA, L. S.; PAIVA, M. S.; SANTIAGO, U. C. F. Representações sociais de idosos sobre prevenção e transmissão da Aids. **VI Congresso Virtual HIV/AIDS : Prevenção da SIDA. Um desafio que não pode ser perdido**. 2005. Disponível em: www.aidscongress.net/Modules/WebCAidsCongress/CommunicationHTML.aspxMid=35&CommID=181. Acesso em 28 nov 2011.

SILVA, V. **As flores do pequi: sexualidade e vida familiar entre jovens rurais**. Arte Escrita: Campinas, SP/CMU Publicações, 2007.

_____. Jovens migrantes do sertão do estado de Minas Gerais: modos de vida e experiências com a sexualidade. In: Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. **Um olhar sobre o jovem no Brasil**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/olhar_sobre_jovem_brasil.pdf. Acesso em 30 ago 2012.

SOBARZO, O. O urbano e o rural em Henri Lefebvre. In: SPOSITO, M. E. B; WHITACKER, A. M. (org). **Cidade e Campo: relações e contradições entre urbano e rural**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro : Edições Graal, 1984.

SPOSITO, M. E. B; WHITACKER, A. M.(Org). **Cidade e campo: relações e contradições entre rural e urbano**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010. 248 p.

STROPASOLAS, V. L. **O mundo rural no horizonte dos jovens**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* A disseminação da epidemia de Aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Sobre a epidemia da aids no Brasil: distintas abordagens**. 1ª ed. Ministério da Saúde: 1999.

STEARNS, P. N. **História da sexualidade**. São Paulo: Contexto, 2010.

THIENGO, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; RODRIGUES, B. M. R. D. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2005; 39(1): 68-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a09v39n1.pdf>. Acesso em 26 out 2011.

VEIGA, J. E. **Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula**. Ed. Autores Associados: Campinas, São Paulo, 2002.

VELHO, G. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social. In VELHO, G (org.). **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1985.

VIEIRA, R. S. **Juventude e sexualidade no contexto (escolar) de assentamentos do movimento dos trabalhadores rurais sem terra**. Florianópolis: 2004. Disponível em: <<http://www.bdae.org.br/dspace/bitstream/123456789/1644/1/tese.pdf>>. Acesso em 26 out 2011.

WANDERLEY, M. N. B. A ruralidade no Brasil moderno: por um pacto social pelo desenvolvimento rural. In publicacion: **¿Una nueva ruralidad en América Latina?. Norma Giarracca. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 2001**. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/rural/wanderley.pdf>>. Acesso em 15 out 2011.

_____. Jovens rurais de pequenos municípios de Pernambuco: que sonhos para o futuro. In CARNEIRO, M. J. CASTRO, E. G. (org.) **Juventude rural em perspectiva, Rio de Janeiro: Mauad, 2007**.

_____. **O mundo rural como espaço de vida: reflexões sobre a propriedade da terra, agricultura familiar e ruralidade**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

WEISHEIMER, N. **Juventudes rurais : mapa de estudos recentes**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2005.

ANEXOS

ANEXO A – Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Campus Universitário - Viçosa, MG - 36570-000 - Telefone: (31) 3899-1269

Of. Ref. Nº 209/2011/Comitê de Ética

Viçosa, 16 de dezembro de 2011.

Prezada Professora:

Cientificamos V. S^a. de que o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em sua 9^a Reunião de 2011, realizada nesta data, analisou e aprovou, sob o aspecto ético, o projeto intitulado *Juventude Rural e as Representações sobre a AIDS*.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Patrícia Aurélio Del Nero'.

Professora Patrícia Aurélio Del Nero
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Presidente

À Professora
Sheila Maria Doula
Departamento de Economia Rural

/rhs.

ANEXO B – Questionário

QUESTIONÁRIO

Este questionário é parte de uma pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Economia Rural da Universidade Federal de Viçosa. A pesquisa tem como tema: “Juventude rural e as representações sobre a AIDS” e está sendo desenvolvida no âmbito do Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais – Campus Barbacena, com alunos do Curso Técnico Integrado em Agropecuária no 1º semestre de 2012.



DADOS PARA CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA

<p>1 – Idade:</p> <p><input type="checkbox"/> 14 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 15 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 16 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 17 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 18 anos</p> <p><input type="checkbox"/> maior de 18 anos</p>	<p>2 - Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> masculino</p> <p><input type="checkbox"/> feminino</p> <p>3 – Cidade onde você mora:</p> <p>_____</p> <p>Estado _____</p> <p>4 – Nome do local onde você mora: (localidade, bairro, etc)</p> <p>_____</p>	<p>5- Seu local de residência é na:</p> <p><input type="checkbox"/> zona rural</p> <p><input type="checkbox"/> zona urbana</p> <p>6 - A escola onde cursou o ensino fundamental fica na:</p> <p><input type="checkbox"/> zona rural</p> <p><input type="checkbox"/> zona urbana</p>
<p>7 - Qual é a sua religião?</p> <p><input type="checkbox"/> Afro-brasileira</p> <p><input type="checkbox"/> Católica</p> <p><input type="checkbox"/> Espírita</p> <p><input type="checkbox"/> Evangélica</p> <p><input type="checkbox"/> Judaica</p> <p><input type="checkbox"/> Não tem religião</p> <p><input type="checkbox"/> Outra. Especificar: _____</p>	<p>8- Quantas pessoas moram em sua casa?</p> <p><input type="checkbox"/> 3 pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> de 4 a 6 pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> de 7 a 10 pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> mais de dez pessoas</p> <p>9- Ocupação do chefe da família:</p> <p>_____</p>	<p>10- Dos itens abaixo, assinale os que sua família possui:</p> <p><input type="checkbox"/> telefone celular</p> <p><input type="checkbox"/> computador</p> <p><input type="checkbox"/> smartfone</p> <p><input type="checkbox"/> televisão</p> <p><input type="checkbox"/> telefone fixo</p> <p><input type="checkbox"/> rádio</p> <p><input type="checkbox"/> moto</p> <p><input type="checkbox"/> outro veículo: _____</p> <p> Especificar _____</p>
<p>11- Dos itens abaixo, assinale os que você tem acesso e faz uso:</p>		
<p><input type="checkbox"/> televisão</p> <p><input type="checkbox"/> rádio</p> <p><input type="checkbox"/> filmes</p> <p><input type="checkbox"/> livros</p>	<p><input type="checkbox"/> telefone celular</p> <p><input type="checkbox"/> sites da internet</p> <p><input type="checkbox"/> facebook</p> <p><input type="checkbox"/> orkut</p>	<p><input type="checkbox"/> msn</p> <p><input type="checkbox"/> twiter</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

VAMOS FALAR DAS RELAÇÕES SEXUAIS

12- Você já teve alguma relação sexual?

- Sim
 Não



13 - Você considera importante a virgindade antes do casamento?

- Sim
 Não

Porque? _____

Se a resposta da questão n°12 for **SIM**, passe para a questão 14.

Se a resposta da questão n°12 for **NÃO**, passe para questão 20.

14- Sua primeira relação sexual aconteceu com que idade?

- antes de 12 anos
 de 13 a 14 anos
 de 15 a 16 anos
 de 16 a 18 anos
 após 18 anos

15- Nos últimos 6 meses suas relações sexuais aconteceram com:

- um(a) único(a) parceiro(a)
 mais de um(a) parceiro(a)
 acima de três parceiros (as)
 não teve relações sexuais nesse período.



16 - De um modo geral, o seu relacionamento sexual ocorre com:

- pessoa do local onde você mora (comunidade)
 colega da escola
 pessoa de fora da escola e de fora da comunidade

17- Normalmente, onde acontecem seus relacionamentos sexuais?

(Marque uma ou mais opções)

- na sua casa
 na casa do(a) parceiro (a)
 em repúblicas
 em festas com amigos
 dentro da escola
 no carro
 em motéis
 outro. Especificar: _____

18- Com que frequência você usa camisinha nas relações sexuais?

- Sempre usa
 Nunca usa
 usa apenas com parceiros ocasionais
 usa às vezes

19- Se você não usa em todas as relações, por que motivos você deixa de usar a camisinha?
(Marque uma ou mais opções)

<input type="checkbox"/> não precisa, confia no(a) parceiro(a)	<input type="checkbox"/> tem vergonha de sugerir ao(ã) parceiro(a)
<input type="checkbox"/> não sabe ou não tem onde comprar	<input type="checkbox"/> Custa muito caro
<input type="checkbox"/> esquece de usar	<input type="checkbox"/> ela pode romper (estourar, furar)
<input type="checkbox"/> tira o prazer/quebra o clima	<input type="checkbox"/> a religião não permite
<input type="checkbox"/> tem medo de usar	<input type="checkbox"/> não acredita que protege contra doenças
<input type="checkbox"/> não sabe usar	<input type="checkbox"/> não tem camisinha na hora da relação
<input type="checkbox"/> o(a) parceiro(a) se recusa a usar	<input type="checkbox"/> outro. Especificar: _____


VAMOS PENSAR UM POUCO SOBRE AIDS

<p>20 - Você já ouviu falar sobre AIDS?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se a resposta for SIM, passe para a questão 21.</p> <p>Se a resposta for NÃO passe para a questão 29.</p>	<p>21- Quais as cinco primeiras palavras que lhe vem à cabeça quando você ouve falar em AIDS?</p> <p>1- _____</p> <p>2- _____</p> <p>3- _____</p> <p>4- _____</p> <p>5- _____</p>
<p>22- O que é AIDS para você?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	




23- ONDE você já ouviu falar sobre a AIDS? (marque uma ou mais opções)

<input type="checkbox"/> nos programas de televisão	<input type="checkbox"/> no orkut
<input type="checkbox"/> nos jornais e revistas	<input type="checkbox"/> nas conversas com amigos
<input type="checkbox"/> na escola	<input type="checkbox"/> em campanhas governamentais
<input type="checkbox"/> em sites da internet	<input type="checkbox"/> na igreja
<input type="checkbox"/> em conversas com os pais/família	<input type="checkbox"/> no posto de saúde
<input type="checkbox"/> no facebook	<input type="checkbox"/> conhece alguém que contraiu o vírus
<input type="checkbox"/> nos livros	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____
<input type="checkbox"/> nos filmes	




24- Quais dos meios acima considera MAIS confiáveis e eficientes para aprender sobre as formas de prevenção da AIDS?



1- _____
2- _____
3- _____

25- E quais os meios você considera MENOS confiáveis e eficientes para aprender sobre as formas de prevenção da AIDS?

1- _____
2- _____
3- _____

<p>26- Você acha que existe risco de você pegar AIDS?</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </div> </div>	<p>27- Por que você considera (ou não) esse risco?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

28- Como você acha que é possível uma pessoa "pegar" AIDS?

pelo beijo

pelo abraço ou aperto de mão

bebendo no mesmo copo

nas relações sexuais com único parceiro

nas relações sexuais com vários parceiros

nas relações homossexuais

doando sangue

recebendo transfusão de sangue

pela prática do sexo oral

usando a mesma agulha ou seringa de

outras pessoas

da mãe para o filho durante a gravidez

pelo leite materno

pelo uso de drogas injetáveis

pelo uso de vaso sanitário

vestindo roupas de outras pessoas

sentando em local que outra pessoa acabou de levantar

nadando em piscinas

fazendo tatuagens

pelo uso de objetos cortantes utilizados por outra pessoa (lâmina de barbear, alicate de unha, etc.)

pelo ar

por picada de inseto

29- Através de qual meio você gostaria de aprender sobre Aids? (marque uma ou mais opções)

palestras

vídeos

peças teatrais

música

folhetos explicativos

internet

grupos de discussão/interação

serviços de saúde

não tenho interesse em aprender

outro. Especificar: _____

30- Você já recebeu alguma informação sobre AIDS no Instituto Federal – Campus Barbacena?

Sim

Não

31- Você acha que as atividades no sentido de prevenção da AIDS devem ser realizadas na escola?

Sim

Não

ANEXO C – Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 196 DE 10 DE OUTUBRO DE 1996

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de outubro de 1996, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **RESOLVE**:

Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:

I - PREÂMBULO

A presente Resolução fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), o Acordo Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos (ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992), as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS 1982 e 1993) e as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (CIOMS, 1991). Cumpre as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata: Código de Direitos do Consumidor, Código Civil e Código Penal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19/09/90 (dispõe sobre as condições de atenção à saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes), Lei 8.142, de 28/12/90 (participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde), Decreto 99.438, de 07/08/90 (organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde), Decreto 98.830, de 15/01/90 (coleta por estrangeiros de dados e materiais científicos no Brasil), Lei 8.489, de 18/11/92, e Decreto 879, de 22/07/93 (dispõem sobre retirada de tecidos, órgãos e outras partes do corpo humano com fins humanitários e científicos), Lei 8.501, de 30/11/92 (utilização de cadáver), Lei 8.974, de 05/01/95 (uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados), Lei 9.279, de 14/05/96 (regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial), e outras.

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O caráter contextual das considerações aqui desenvolvidas implica em revisões periódicas desta Resolução, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética.

Ressalta-se, ainda, que cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os princípios emanados deste texto, deve cumprir com as exigências setoriais e regulamentações específicas.

II - TERMOS E DEFINIÇÕES

A presente Resolução, adota no seu âmbito as seguintes definições:

II.1 - Pesquisa - classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência.

II.2 - Pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

II.3 - Protocolo de Pesquisa - Documento contemplando a descrição da pesquisa em

seus aspectos fundamentais, informações relativas ao sujeito da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e à todas as instâncias responsáveis.

II.4 - Pesquisador responsável - pessoa responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

II.5 - Instituição de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada na qual são realizadas investigações científicas.

II.6 - Promotor - indivíduo ou instituição, responsável pela promoção da pesquisa.

II.7 - Patrocinador - pessoa física ou jurídica que apoia financeiramente a pesquisa.

II.8 - Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

II.9 - Dano associado ou decorrente da pesquisa - agravo imediato ou tardio, ao indivíduo ou à coletividade, com nexos causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico.

II.10 - Sujeito da pesquisa - é o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.

II.11 - Consentimento livre e esclarecido - anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

II.12 - Indenização - cobertura material, em reparação a dano imediato ou tardio, causado pela pesquisa ao ser humano a ela submetida.

II.13 - Ressarcimento - cobertura, em compensação, exclusiva de despesas decorrentes da participação do sujeito na pesquisa.

II.14 - Comitês de Ética em Pesquisa-CEP - colegiados interdisciplinares e independentes, com "munus público", de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

II.15 - Vulnerabilidade - refere-se a estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

II.16 - Incapacidade - Refere-se ao possível sujeito da pesquisa que não tenha capacidade civil para dar o seu consentimento livre e esclarecido, devendo ser assistido ou representado, de acordo com a legislação brasileira vigente.

III - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

III.1 - A ética da pesquisa implica em:

a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (*autonomia*). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;

b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (*beneficência*), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (*não maleficência*);

d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (*justiça e equidade*).

III.2- Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente Resolução. Os procedimentos referidos incluem entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, econômica, física, psíquica ou biológica, sejam eles farmacológicos, clínicos ou cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnóstica ou terapêutica.

III.3 - A pesquisa em qualquer área do conhecimento, envolvendo seres humanos deverá observar as seguintes exigências:

a) ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas;

b) estar fundamentada na experimentação prévia realizada em laboratórios, animais ou em outros fatos científicos;

c) ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;

d) prevalecer sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis;

e) obedecer a metodologia adequada. Se houver necessidade de distribuição aleatória dos sujeitos da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, *a priori*, não seja possível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro através de revisão de literatura, métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos;

f) ter plenamente justificada, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica;

g) contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal;

h) contar com os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-estar do sujeito da pesquisa, devendo ainda haver adequação entre a competência do pesquisador e o projeto proposto;

i) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico - financeiro;

j) ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser sujeitos de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida através de sujeitos com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios diretos aos vulneráveis. Nestes casos, o direito dos indivíduos ou grupos que queiram participar da pesquisa deve ser assegurado, desde que seja garantida a proteção à sua vulnerabilidade e incapacidade legalmente definida;

l) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades;

m) garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. O projeto deve analisar as necessidades de cada um dos membros da comunidade e analisar as diferenças presentes entre eles, explicitando como será assegurado o respeito às mesmas;

n) garantir o retorno dos benefícios obtidos através das pesquisas para as pessoas e as comunidades onde as mesmas forem realizadas. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades;

o) comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, sempre que os mesmos puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a auto-estima;

p) assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em

termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

q) assegurar aos sujeitos da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento ou de orientação, conforme o caso, nas pesquisas de rastreamento; demonstrar a preponderância de benefícios sobre riscos e custos;

r) assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto;

s) comprovar, nas pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os sujeitos das pesquisas e para o Brasil, decorrentes de sua realização. Nestes casos deve ser identificado o pesquisador e a instituição nacionais co-responsáveis pela pesquisa. O protocolo deverá observar as exigências da Declaração de Helsinque e incluir documento de aprovação, no país de origem, entre os apresentados para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição brasileira, que exigirá o cumprimento de seus próprios referenciais éticos. Os estudos patrocinados do exterior também devem responder às necessidades de treinamento de pessoal no Brasil, para que o país possa desenvolver projetos similares de forma independente;

t) utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo;

u) levar em conta, nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil ou em mulheres grávidas, a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a fertilidade, a gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-nascido;

v) considerar que as pesquisas em mulheres grávidas devem, ser precedidas de pesquisas em mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objetivo fundamental da pesquisa;

x) propiciar, nos estudos multicêntricos, a participação dos pesquisadores que desenvolverão a pesquisa na elaboração do delineamento geral do projeto; e

z) descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que a aprovou.

IV - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

IV.1 - Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

a) a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;

b) os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;

c) os métodos alternativos existentes;

d) a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;

e) a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;

f) a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;

g) a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;

h) as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa; e

i) as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

IV.2 - O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;

b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;

c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e

d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

IV.3 - Nos casos em que haja qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se ainda observar:

a) em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, deverá haver justificativa clara da escolha dos sujeitos da pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido, através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade;

b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles sujeitos que, embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade, especialmente estudantes, militares, empregados, presidiários, internos em centros de readaptação, casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias;

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa;

d) as pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica só podem ser realizadas desde que estejam preenchidas as seguintes condições:

- documento comprobatório da morte encefálica (atestado de óbito);
- consentimento explícito dos familiares e/ou do responsável legal, ou manifestação prévia da vontade da pessoa;
- respeito total à dignidade do ser humano sem mutilação ou violação do corpo;
- sem ônus econômico financeiro adicional à família;
- sem prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento;
- possibilidade de obter conhecimento científico relevante, novo e que não possa ser obtido de outra maneira;

e) em comunidades culturalmente diferenciadas, inclusive indígenas, deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade através dos seus próprios líderes, não se dispensando, porém, esforços no sentido de obtenção do consentimento individual;

f) quando o mérito da pesquisa depender de alguma restrição de informações aos sujeitos, tal fato deve ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa não poderão ser usados para outros fins que os não previstos no protocolo e/ou no consentimento.

V - RISCOS E BENEFÍCIOS

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade.

V.1 - Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

a) oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;

b) o risco se justifique pela importância do benefício esperado;

c) o benefício seja maior, ou no mínimo igual, a outras alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

V.2 - As pesquisas sem benefício direto ao indivíduo, devem prever condições de serem bem suportadas pelos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional.

V.3 - O pesquisador responsável é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento. Do mesmo modo, tão logo constatada a superioridade de um método em estudo sobre outro, o projeto deverá ser suspenso, oferecendo-se a todos os

sujeitos os benefícios do melhor regime.

V.4 - O Comitê de Ética em Pesquisa da instituição deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

V.5 - O pesquisador, o patrocinador e a instituição devem assumir a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

V.6 - Os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização.

V.7 - Jamais poderá ser exigido do sujeito da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O formulário do consentimento livre e esclarecido não deve conter nenhuma ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao sujeito da pesquisa abrir mão de seus direitos legais, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

VI - PROTOCOLO DE PESQUISA

O protocolo a ser submetido à revisão ética somente poderá ser apreciado se estiver instruído com os seguintes documentos, em português:

VI.1 - folha de rosto: título do projeto, nome, número da carteira de identidade, CPF, telefone e endereço para correspondência do pesquisador responsável e do patrocinador, nome e assinaturas dos dirigentes da instituição e/ou organização;

VI.2 - descrição da pesquisa, compreendendo os seguintes itens:

a) descrição dos propósitos e das hipóteses a serem testadas;

b) antecedentes científicos e dados que justifiquem a pesquisa. Se o propósito for testar um novo produto ou dispositivo para a saúde, de procedência estrangeira ou não, deverá ser indicada a situação atual de registro junto a agências regulatórias do país de origem;

c) descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia);

d) análise crítica de riscos e benefícios;

e) duração total da pesquisa, a partir da aprovação;

f) explicitação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador;

g) explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa;

h) local da pesquisa: detalhar as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa;

i) demonstrativo da existência de infra-estrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender eventuais problemas dela resultantes, com a concordância documentada da instituição;

j) orçamento financeiro detalhado da pesquisa: recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador;

l) explicitação de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas, demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de obtenção de patenteamento; neste caso, os resultados devem se tornar públicos, tão logo se encerre a etapa de patenteamento;

m) declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não; e

n) declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados.

VI.3 - informações relativas ao sujeito da pesquisa:

a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais, etc. Expor as razões para a utilização de grupos vulneráveis;

b) descrever os métodos que afetem diretamente os sujeitos da pesquisa;

c) identificar as fontes de material de pesquisa, tais como espécimens, registros e dados a serem obtidos de seres humanos. Indicar se esse material será obtido especificamente para os propósitos da pesquisa ou se será usado para outros fins;

d) descrever os planos para o recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos. Fornecer critérios de inclusão e exclusão;

e) apresentar o formulário ou termo de consentimento, específico para a pesquisa, para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, incluindo informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, quem irá tratar de obtê-lo e a natureza da informação a ser fornecida aos sujeitos da pesquisa;

f) descrever qualquer risco, avaliando sua possibilidade e gravidade;

g) descrever as medidas para proteção ou minimização de qualquer risco eventual. Quando apropriado, descrever as medidas para assegurar os necessários cuidados à saúde, no caso de danos aos indivíduos. Descrever também os procedimentos para monitoramento da coleta de dados para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as medidas de proteção à confidencialidade; e

h) apresentar previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa. A importância referente não poderá ser de tal monta que possa interferir na autonomia da decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa.

VI.4 - qualificação dos pesquisadores: "Curriculum vitae" do pesquisador responsável e dos demais participantes.

VI.5 - termo de compromisso do pesquisador responsável e da instituição de cumprir os termos desta Resolução.

VII - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

VII.1 - As instituições nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa- CEP, conforme suas necessidades.

VII.2 - Na impossibilidade de se constituir CEP, a instituição ou o pesquisador responsável deverá submeter o projeto à apreciação do CEP de outra instituição, preferencialmente dentre os indicados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

VII.3 - Organização - A organização e criação do CEP será da competência da instituição, respeitadas as normas desta Resolução, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento.

VII.4 - Composição - O CEP deverá ser constituído por colegiado com número não inferior a 7 (sete) membros. Sua constituição deverá incluir a participação de profissionais da área de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição. Poderá variar na sua composição, dependendo das especificidades da instituição e das linhas de pesquisa a serem analisadas.

VII.5 - Terá sempre caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos. Poderá ainda contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

VII.6 - No caso de pesquisas em grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, deverá ser convidado um representante, como membro "ad hoc" do CEP, para participar da análise do projeto específico.

VII.7 - Nas pesquisas em população indígena deverá participar um consultor familiarizado com os costumes e tradições da comunidade.

VII.8 - Os membros do CEP deverão se isentar de tomada de decisão, quando diretamente envolvidos na pesquisa em análise.

VII.9 - Mandato e escolha dos membros - A composição de cada CEP deverá ser definida a critério da instituição, sendo pelo menos metade dos membros com experiência em pesquisa, eleitos pelos seus pares. A escolha da coordenação de cada Comitê deverá ser feita pelos membros que compõem o colegiado, durante a primeira reunião de trabalho. Será de três

anos a duração do mandato, sendo permitida recondução.

VII.10 - Remuneração - Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados nos horários de trabalho do Comitê das outras obrigações nas instituições às quais prestam serviço, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação.

VII.11 - Arquivo - O CEP deverá manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por 5 (cinco) anos após o encerramento do estudo.

VII.12 - Liberdade de trabalho - Os membros dos CEPs deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício das suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Deste modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa, devem isentar-se de envolvimento financeiro e não devem estar submetidos a conflito de interesse.

VII.13 - Atribuições do CEP:

a) revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

b) emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão. A revisão de cada protocolo culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

- aprovado;

- com pendência: quando o Comitê considera o protocolo como aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita uma modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias pelos pesquisadores;

- retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

- não aprovado; e

- aprovado e encaminhado, com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/MS, nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c.

c) manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

d) acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores;

e) desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

f) receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento. Considera-se como anti-ética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou;

g) requerer instauração de sindicância à direção da instituição em caso de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas e, em havendo comprovação, comunicar à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias; e

h) manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS.

VII.14 - Atuação do CEP:

a) A revisão ética de toda e qualquer proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica. Pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada pelo Comitê.

b) Cada CEP deverá elaborar suas normas de funcionamento, contendo metodologia de trabalho, a exemplo de: elaboração das atas; planejamento anual de suas atividades; periodicidade de reuniões; número mínimo de presentes para início das reuniões; prazos para emissão de pareceres; critérios para solicitação de consultas de *experts* na área em que se desejam informações técnicas; modelo de tomada de decisão, etc.

VIII - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP/MS)

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/MS é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa, independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde adotará as medidas necessárias para o funcionamento pleno da Comissão e de sua Secretaria Executiva.

VIII.1 - Composição: A CONEP terá composição multi e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos e deverá ser composta por 13 (treze) membros titulares e seus respectivos suplentes, sendo 05 (cinco) deles personalidades destacadas no campo da ética na pesquisa e na saúde e 08 (oito) personalidades com destacada atuação nos campos teológico, jurídico e outros, assegurando-se que pelo menos um seja da área de gestão da saúde. Os membros serão selecionados, a partir de listas indicativas elaboradas pelas instituições que possuem CEP registrados na CONEP, sendo que 07 (sete) serão escolhidos pelo Conselho Nacional de Saúde e 06 (seis) serão definidos por sorteio. Poderá contar também com consultores e membros "ad hoc", assegurada a representação dos usuários.

VIII.2 - Cada CEP poderá indicar duas personalidades.

VIII.3 - O mandato dos membros da CONEP será de quatro anos com renovação alternada a cada dois anos, de sete ou seis de seus membros.

VIII.4 - Atribuições da CONEP - Compete à CONEP o exame dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, bem como a adequação e atualização das normas atinentes. A CONEP consultará a sociedade sempre que julgar necessário, cabendo-lhe, entre outras, as seguintes atribuições:

- a) estimular a criação de CEPs institucionais e de outras instâncias;
- b) registrar os CEPs institucionais e de outras instâncias;
- c) aprovar, no prazo de 60 dias, e acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais tais como:
 - 1- genética humana;
 - 2- reprodução humana;
 - 3- fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no país (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações;
 - 4- equipamentos, insumos e dispositivos para a saúde novos, ou não registrados no país;
 - 5- novos procedimentos ainda não consagrados na literatura;
 - 6- populações indígenas;
 - 7- projetos que envolvam aspectos de biossegurança;
 - 8- pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e pesquisas que envolvam remessa de material biológico para o exterior; e
 - 9- projetos que, a critério do CEP, devidamente justificado, sejam julgados merecedores de análise pela CONEP;
- d) prover normas específicas no campo da ética em pesquisa, inclusive nas áreas temáticas especiais, bem como recomendações para aplicação das mesmas;
- e) funcionar como instância final de recursos, a partir de informações fornecidas sistematicamente, em caráter *ex-officio* ou a partir de denúncias ou de solicitação de partes interessadas, devendo manifestar-se em um prazo não superior a 60 (sessenta) dias;
- f) rever responsabilidades, proibir ou interromper pesquisas, definitiva ou temporariamente, podendo requisitar protocolos para revisão ética inclusive, os já aprovados pelo CEP;
- g) constituir um sistema de informação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos em todo o território nacional, mantendo atualizados os bancos de dados;
- h) informar e assessorar o MS, o CNS e outras instâncias do SUS, bem como do

governo e da sociedade, sobre questões éticas relativas à pesquisa em seres humanos;

i) divulgar esta e outras normas relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos;

j) a CONEP juntamente com outros setores do Ministério da Saúde, estabelecerá normas e critérios para o credenciamento de Centros de Pesquisa. Este credenciamento deverá ser proposto pelos setores do Ministério da Saúde, de acordo com suas necessidades, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde; e

l) estabelecer suas próprias normas de funcionamento.

VIII.5 - A CONEP submeterá ao CNS para sua deliberação:

a) propostas de normas gerais a serem aplicadas às pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive modificações desta norma;

b) plano de trabalho anual;

c) relatório anual de suas atividades, incluindo sumário dos CEP estabelecidos e dos projetos analisados.

IX - OPERACIONALIZAÇÃO

IX.1 - Todo e qualquer projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações desta Resolução e dos documentos endossados em seu preâmbulo. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

IX.2 - Ao pesquisador cabe:

a) apresentar o protocolo, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa;

b) desenvolver o projeto conforme delineado;

c) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

d) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;

e) manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP;

f) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

g) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

IX.3 - O Comitê de Ética em Pesquisa institucional deverá estar registrado junto à CONEP/MS.

IX.4 - Uma vez aprovado o projeto, o CEP passa a ser co-responsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa.

IX.5 - Consideram-se autorizados para execução, os projetos aprovados pelo CEP, exceto os que se enquadrarem nas áreas temáticas especiais, os quais, após aprovação pelo CEP institucional deverão ser enviados à CONEP/MS, que dará o devido encaminhamento.

IX.6 - Pesquisas com novos medicamentos, vacinas, testes diagnósticos, equipamentos e dispositivos para a saúde deverão ser encaminhados do CEP à CONEP/MS e desta, após parecer, à Secretaria de Vigilância Sanitária.

IX.7 - As agências de fomento à pesquisa e o corpo editorial das revistas científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo CEP e/ou CONEP, quando for o caso.

IX.8 - Os CEP institucionais deverão encaminhar trimestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e, imediatamente, aqueles suspensos.

X. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

X.1 - O Grupo Executivo de Trabalho-GET, constituído através da Resolução CNS 170/95, assumirá as atribuições da CONEP até a sua constituição, responsabilizando-se por:

a) tomar as medidas necessárias ao processo de criação da CONEP/MS;

b) estabelecer normas para registro dos CEP institucionais;

X.2 - O GET terá 180 dias para finalizar as suas tarefas.

X.3 - Os CEP das instituições devem proceder, no prazo de 90 (noventa) dias, ao

levantamento e análise, se for o caso, dos projetos de pesquisa em seres humanos já em andamento, devendo encaminhar à CONEP/MS, a relação dos mesmos.

X4 - Fica revogada a Resolução 01/88.

ADIB D. JATENE

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

ADIB D. JATENE

Ministro de Estado da Saúde

ANEXO D – Respostas das questões abertas

Tabela 1 - Participantes que responderam “SIM” à pergunta: Você considera importante a virgindade antes do casamento?	
Participantes	Respostas
15 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“É importante se preservar.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Pois segundo a minha religião isso é necessário.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, testemunha de Jeová	<i>“Porque existe valores e padrões de cultura ou valores éticos.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Porque trata-se de um símbolo de pureza, e também por ser um companheiro fixo.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“É um certo modo de privacidade e respeito.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Pois é uma forma de orgulho para os pais.”</i>
16 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Por questão de religião, e também porque acho bonita a iniciativa.”</i>
16 anos, sexo feminino, rural, católica.	<i>“Pois seu corpo é o tesouro que você tem.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Porque é a coisa mais importante para uma moça, pra mim é questão (querer) ou não tem que ser depois de casada.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Pois a primeira relação deve ser feita com alguém que confie e tenha certeza de que o relacionamento é para a vida toda.”</i>
16 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“O casamento é um relacionamento importante e sério, sendo assim, a virgindade até o momento é de suma importância.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Não sei nem como dizer direito, mas acho que esse é um momento da vida em que nos entregamos inteiramente a uma pessoa por amor. E não acho legal transar com todo namorado.”</i>
14 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Evita DST e gravidez indesejada.”</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católica.	<i>“Porque é um ato de valorização da mulher.”</i>
16 anos, sexo feminino, rural, católica.	<i>“Por causa que meus pais me ensinaram que é importante”</i>
16 anos, sexo feminino, rural, católica.	<i>“Pois de acordo com o que meus pais dizem, a mulher deve ser inteiramente de um homem e isso a valoriza.”</i>

Tabela 1 - Participantes que responderam “SIM” à pergunta: Você considera importante a virgindade antes do casamento?	
Participantes	Respostas
16 anos, sexo feminino, rural, católica.	<i>“Ter uma relação não é uma brincadeira como muitos acham, você precisa ter confiança e ter responsabilidade em seus atos. E tudo tem seu tempo, você vai casar com quem você queira não pelo sexo e sim por afinidade, com amor...NÃO Qualquer um.”</i>
15 anos, sexo feminino, rural, católica.	<i>“Porque para tudo tem o momento certo, melhor então que seja com a pessoa que ama de verdade, e também porque eu valorizo a honra e meus princípios.”</i>
18 anos, sexo feminino, rural, católica.	<i>“Penso que talvez não antes do casamento, mas com a pessoa que se pretenda construir uma relação para a vida.”</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“A pessoa a quem devo casar terá a intimidade somente de seu futuro amado.”</i>
14 anos sexo masculino, rural, católico	<i>“Porque sexo é uma coisa que exige responsabilidade e depois de casado geralmente se é mais responsável.”</i>
17 anos sexo masculino, rural, católico.	<i>“Respeito a minha religião na qual a relação sexual antes do casamento é pecado grave.”</i>
17 anos sexo masculino, rural, católico.	<i>“É um fator de cultura e religião, devendo ser respeitado por quem respeita esses valores.”</i>
16 anos sexo masculino, urbano, católico.	<i>“Sim, mas hoje em dia acho isso inviável.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico.	<i>“É algo especial, mas deixo claro que é quase impossível nos dias atuais.”</i>
18 anos sexo masculino, urbano, católico.	<i>“Pela religião, mas a carne é fraca.”</i>
16 anos sexo masculino, urbano, evangélico.	<i>“É uma questão de honra e o nosso corpo é só para uma pessoa “escolhida” para viver junto.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico.	<i>“Ajuda a evitar algumas doenças sexuais que são transmitidas, mas não é obrigado.”</i>
16 anos sexo masculino, urbano, católico	<i>“É importante porque você se mantém centrado, fiel a uma única pessoa.”</i>
18 anos sexo masculino, urbano, católico	<i>“É a fase que você decide o que quer de verdade casar ou não.”</i>
Maior de 18 anos sexo masculino, urbano, evangélico	<i>“Permanece a integridade, já que hoje o sexo não recebe o seu devido valor e respeito.”</i>

Tabela 2 - Participantes que responderam “NÃO” à pergunta: Você considera importante a virgindade antes do casamento?	
Participantes	Respostas
14 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Acho que o importante é a confiança no parceiro e a segurança.”</i>
14 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Porque hoje em dia ninguém se importa com isso mais.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>“Talvez porque vai ter um momento certo para a primeira vez. Pode ser antes ou depois do casamento.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Porque a virgindade se perde na hora que achar certa e não necessariamente depois do casamento.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“A virgindade tem que ser mantida apenas até quando você quer e se sentir pronta pra perder, não tem que esperar até o casamento.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Porque o importante é que se conheça o parceiro a bastante tempo, e que seja feito com segurança.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Porque a pessoa não precisa se relacionar apenas com a pessoa que ela for casar.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Acho que hoje em dia pessoas perdem muito fácil sua virgindade, mas acho também que é questão de confiança.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, não tem religião.	<i>“Eu acho que o que importa é o que você sente pela outra pessoa e não o que a sociedade diz ser certo ou errado.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Pois acho que isso não afetará em nada na relação após o casamento.”</i>
18 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Eu acho que cada pessoa tem a hora certa de perder a virgindade e não precisa ser depois do casamento.”</i>
16 anos, sexo feminino, urbana, católica..	<i>“São coisas naturais da vida, apesar de serem contraditórias as crenças da religião.”</i>
16 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Porque a virgindade não precisa ser perdida apenas depois do casamento.”</i>
18 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Porque isso é questão de religião. Cada um pensa de uma forma diferente.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Pois não é necessário se casar para que se goste de uma pessoa a ponto de ter uma relação sexual.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Porque sexo é uma coisa que é consequência, e se você achar que está na hora e com a pessoa certa, por que não?”</i>
18 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Virgindade não irá fazer você melhor nem pior (o modo como você utiliza sim).”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Acredito que vai de cada pessoa.”</i>

Tabela 2 - Participantes que responderam “NÃO” à pergunta: Você considera importante a virgindade antes do casamento?	
Participantes	Respostas
18 anos, sexo feminino, urbana, evangélica	<i>“Pois tudo depende da sua forma de pensar, maturidade e consciência. Se você sente segura e acha o parceiro “certo” a opção é sua.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Acho que tudo deve acontecer no momento certo, independente de sua situação civil. Se o momento for antes, tudo bem.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica.	<i>“Pois não prova nada.”</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católica.	<i>“Para que possa conhecer realmente a pessoa com o qual se pretende casar.”</i>
14 anos, sexo feminino, rural, católica.	<i>“Hoje o mundo não exige isso.”</i>
16 anos, sexo feminino, rural, católica.	<i>“Pois nos dias atuais fazer sexo antes do casamento é normal, mas com uso de preservativo.”</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católica.	<i>“Pois hoje em dia as coisas estão bem diferentes do que eram antes. Basta ter responsabilidade.”</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católica.	<i>“Porque eu acho que cada pessoa tem um momento certo, que pode ser antes ou depois do casamento.”</i>
16 anos, sexo masculino, rural, católico.	<i>“Se os parceiros forem conscientes não há importância.”</i>
16 anos, sexo masculino, rural, católico.	<i>“Porque espero casar não ficar virgem.”</i>
16 anos, sexo masculino, rural, católico.	<i>“A virgindade depende do psicológico da pessoa se ela achou que deverá ser antes do casamento é porque ela acreditou que aquele relacionamento valeu a pena.”</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico.	<i>“Uma pessoa deve conhecer a outra melhor antes do casamento.”</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico.	<i>“Nos dias em que vivemos isso quase não importa mais, até alguns padres já apoiam esta ideia.”</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico.	<i>“Hoje já não é como antigamente.”</i>
17 anos, sexo masculino, rural, sem religião.	<i>“Porque temos que conhecer de forma completa a pessoa com quem nos relacionamos.”</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico.	<i>“Porque vivemos em um mundo moderno.”</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico.	<i>“Nas relações sexuais com camisinha.”</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico.	<i>“Pois cada um tem sua mentalidade e acha o momento certo.”</i>
18 anos, sexo masculino, rural,	<i>“Pois pra que se guardar para uma só pessoa, todos</i>

Tabela 2 - Participantes que responderam “NÃO” à pergunta: Você considera importante a virgindade antes do casamento?	
Participantes	Respostas
católico.	<i>tem direito a experimentar o lado bom da vida.”</i>
16 anos, sexo masculino, rural, católico.	<i>“Se a pessoa for cuidadosa, saber fazer uso disso e ter prevenções, cuidado com a saúde.”</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, rural, católico	Não justificou.
14 anos sexo masculino, rural, católico	<i>“Pois se os dois querem pode ser antes.”</i>
18 anos sexo masculino, rural, católico	<i>“Se não agradar o casal pode ocorrer separação depois de casado.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Sexo é saudável fisicamente e mentalmente.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, espírita	<i>“Pois o importante do sexo é ser feito com respeito e sentimento e não com o casamento.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Eu acho que isso não faz diferença.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois hoje em dia é muito difícil uma pessoa casar virgem.”</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Isso são conceitos antigos, não vejo necessidade de ser depois do casamento.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico.	<i>“Laços de sentimento são mais importantes que laços matrimoniais para uma relação sexual.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Se duas pessoas se gostam, acho que não precisa esperar o casamento.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque não influenciará nada no casamento.”</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque a pessoa tem que curtir a vida, com segurança.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Deve aproveitar a vida enquanto é novo.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Tem que aproveitar a vida.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, evangélico	<i>“O conhecimento pessoal antes do casamento facilita o convívio.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois não tem nada a ver casar sem ser virgem. O que importa é o amor do casal.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Isso vai depender do pensamento de cada um.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Eu acho importante que se preserve a virgindade até uma certa idade, mas não necessariamente depois do casamento.”</i>

Tabela 2 - Participantes que responderam “NÃO” à pergunta: Você considera importante a virgindade antes do casamento?	
Participantes	Respostas
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois acho que para ter relação sexual não precisa ser só depois do casamento.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“ Você tem que saber antes do casamento se “combina” mesmo em tudo.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Eu acho que hoje em dia ninguém liga pra isso mais.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Isso tem que acontecer na hora que tiver vontade e não uma data marcada.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois cada um decide quando vai ter ou não relação sexual.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois deve-se fazer tudo o que te faz feliz, mesmo se for uma relação sexual.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque não vejo nada demais casar sem ser virgem.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois não pretendo casar.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Isso é de acordo com meus princípios.”</i>
14 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque casamos com maior idade.”</i>
14 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Não tem sentido.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“ Pois é importante o caráter e a virgindade não altera nada na pessoa.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pessoa tem que aproveitar a vida.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Não vejo importância nisso.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“O sexo é uma coisa natural que faz parte de um relacionamento.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois é uma coisa normal atualmente, outra coisa é que a pessoa não muda, não deixa de ser ela mesma por causa disso.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Acho importante no caso da mulher, mas no meu caso sendo feito com anticoncepcional tudo bem.”</i>

Tabela 3 – Respostas à questão: O que é Aids para você?	
Participantes	Respostas
17 anos, sexo masculino, rural, católico	Não respondeu.
14 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>Uma doença transmissível pelo sangue ou por relação sexual quando as duas pessoas não usam camisinha.</i>
15 anos, sexo feminino, rural, test. Jeová	<i>Uma doença que é sexualmente transmissível e também ocorre com o contato de sangue contaminado. É algo perigoso.</i>
14 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>Uma doença sexualmente transmissível que ocorre quando não há proteção na hora do sexo.</i>
14 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>É uma doença que as pessoas não deviam ter se tomassem mais cuidado.</i>
16 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>A aids é uma doença sexualmente transmissível que pode pegar através de relações sexuais com um parceiro que não tem (usa) nenhum tipo de preservação.</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>É um vírus que pode ser transmitido pelo sexo, beijos na boca, por alguma vasilha utilizada pela pessoa que contém aids e outras coisas mais.</i>
16 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>Uma doença que “acaba” com a vida afetiva do que tem ela.</i>
16 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>Uma doença sexualmente transmissível.</i>
16 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>Aids para mim é uma doença sexualmente transmissível que não tem cura.</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>Aids é uma consequência de um ato não pensado que pode ocasionar não só a aids como outras demais consequências graves, podendo assim não voltar atrás do tempo para pensar antes de agir.</i>
16 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>É um tipo de câncer que mata pouco a pouco e acaba com a vida.</i>
16 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>Aids é uma doença séria, um vírus que pega quando, por alguma causa ou não, você teve relação sexual que já possuía o vírus e você não sabia ou por irresponsabilidade não usou camisinha. É sério.</i>
16 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>Aids é uma DST (doença sexualmente transmissível). Ainda não há cura, mas existem coquetéis que são os remédios para esta doença. Pode ser transmitida por seringas contaminadas, relações sexuais sem preservativo, pelo sangue e outros.</i>
16 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>É uma doença que é recebida pela pessoa por falta de proteção dela e de outras pessoas, que causará</i>

Tabela 3 – Respostas à questão: O que é Aids para você?	
Participantes	Respostas
	<i>certamente a morte deste, mas antes haverá o sofrimento dele e da família.</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>É uma doença sexualmente transmissível por meio de relações sem o uso da camisinha. É falta de consciência.</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>Uma doença que não tem cura, que fragiliza a pessoa aos poucos, transmitida sexualmente, sendo uma doença viral.</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>Uma doença que acaba com a nossa própria vida e com a vida de quem gosta da gente.</i>
15 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>Uma doença que põe limites em sua vida, privando de aproveitar as melhores coisas. É também uma doença que se pega por falta de informação e de conselhos de pai e mãe.</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>É uma doença sexualmente transmitida através do sexo sem camisinha.</i>
18 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>Uma doença adquirida pelo contato sexual sem prevenção.</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>É uma doença sexualmente transmissível, esta acontece principalmente em relações sexuais sem preservativos, que é fatal.</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>É uma doença sexualmente transmissível onde não há cura. E a pessoa não consegue saber quem tem só de olhar.</i>
16 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>Uma doença que causa muito sofrimento tanto para o portador quanto para os parceiros sexuais do mesmo.</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>É uma doença sexualmente transmissível de difícil tratamento, mas possui e deve ser cumprido rigorosamente. É uma doença que é transmitida por um vírus que não permite a formação de agentes que ajudam na proteção de nosso organismo e assim dificulta o funcionamento de nosso sistema imunológico.</i>
16 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>Uma doença sexualmente transmissível.</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>A aids é uma doença sexualmente transmissível que muitas vezes é obtida pelo descuido de uma pessoa ou até mesmo irresponsabilidade, é transmitida através do sangue da pessoas contaminada. Uma forma de prevenir é com o uso de preservativos.</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>É uma doença causada pelo vírus HIV transmitida na maioria das vezes pelo ato sexual, que com o tempo</i>

Tabela 3 – Respostas à questão: O que é Aids para você?	
Participantes	Respostas
	<i>pode destruir o seu sistema imunológico, morrendo por doenças simples.</i>
18 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>É uma doença sexualmente transmissível que ataca o sistema de defesa do organismo, que fica exposto ao ataque de outras doenças. Não possui cura, somente tratamento e principalmente prevenção.</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>Uma doença sexualmente transmissível que nos pode levar à morte.</i>
17 anos, sexo masculino, rural, sem religião	<i>É uma DST que danifica o nosso sistema imunológico e que, por enquanto, que eu saiba, não tem cura.</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>É uma doença sexualmente transmissível, mas que na minha opinião é bastante fácil de se prevenir e hoje em dia só não se cuida quem não quer.</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>Um vírus que deixa a imunidade baixa, sendo porta de entrada de doenças simples que podem se complexar e levar à morte.</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>Uma doença que não mata, mas prejudica no sistema imunológico das pessoas, o que pode chegar à morte.</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>A aids é uma doença que é transmitida através da relação sem preservativo e que atualmente ainda não existe a cura da mesma.</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>É uma doença que a maioria das pessoas tem preconceito.</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>Uma doença muito triste e perigosa, que está aumentando a cada dia.</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>É uma doença que é transmitida através do ato sexual. É uma doença que vem crescendo muito nos dias de hoje devido as pessoas terem vários parceiros sexuais.</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católica	<i>Uma doença sexualmente transmissível.</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico	Não respondeu.
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença vinda do vírus HIV, que é transmitida pelo não uso do anticoncepcional nas relações sexuais, e também transmitida através do contato de sangue com o outro.</i>
14 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença sexualmente transmissível (DST's) altamente perigosa.</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, evangélica	<i>Para mim aids é uma doença como outra qualquer, embora haja muito preconceito devido a maioria das vítimas serem gays.</i>

Tabela 3 – Respostas à questão: O que é Aids para você?	
Participantes	Respostas
14 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>É um vírus que é sexualmente transmissível.</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Aids é uma doença que só pode ser contraída após uma relação sexual sem proteção. É uma doença como as outras, porém não tem cura.</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma DST que causa muitos problemas.</i>
14 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença que mata, a pessoa que tem medo pode ficar depressiva, as pessoas que a conhece vê-la com outros olhos.</i>
14 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Doença sexualmente transmissível.</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença sexualmente transmissível que não se conhece uma cura e que destrói seus anticorpos e te deixa vulnerável a qualquer outra doença.</i>
14 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Doença sexualmente transmissível.</i>
16 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Doença sexualmente transmissível, causada muitas vezes por sexo sem uso da camisinha. Ela não tem cura e em uma gravidez passa para o filho.</i>
14 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença sexualmente transmissível que pode ser evitada com simples atitudes.</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença sexualmente transmissível, sem cura.</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, test. Jeová	<i>Uma doença transmitida através da relação sexual. Que pode ser prevenida com o uso da camisinha.</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença sexualmente transmissível que se obtém por não usar a camisinha. Que nem ocorre.</i>
14 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Aids para mim é uma doença sexualmente transmissível que se transmite através de relações com pessoas infectadas.</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença muito fácil de ser tratada e que todos estamos vulneráveis.</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença sexualmente transmissível que não tem cura, se pega através do relacionamento sexual se não houver prevenção.</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>É uma doença perigosa que coloca em risco a vida de quem tem e que é transmitida principalmente por meio de sexo sem proteção.</i>
16 anos, sexo masculino, urbano,	<i>Uma doença.</i>

Tabela 3 – Respostas à questão: O que é Aids para você?	
Participantes	Respostas
católico	
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença transmissível.</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	Não respondeu.
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença que pode matar.</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença sexualmente transmissível ocorrida pelo mal uso ou a falta de uso da camisinha.</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	Não respondeu.
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>A Aids, para mim, é uma doença que pode ser transmitida sexualmente ou por contato com o sangue da pessoa infectada. Ela pode ser evitada quando se conhece bem a pessoa com quem se faz a relação, sabendo-se que ela não tem aids. A aids não mata, mas faz com que a pessoa tenha o sistema imunológico mais fraco.</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença grave que pega pela falta de camisinha.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma forma de encarar os prazeres de outra forma.</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Para mim é preciso ter muito cuidado pois hoje em dia a aids se tornou uma doença muito comum e perigosa que pode levar a morte.</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença muito perigosa que você tem que se prevenir para não pegá-la.</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença transmissível e perigosa, que ocorre a transmissão através de relações sexuais.</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença sexualmente transmissível.</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença sexualmente transmissível, que é causada pela irresponsabilidade, falta de informação ou acidentes, de não usar preservativo. Causa danos à saúde e causa a morte.</i>
16 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença que pode ser evitada tomando os devidos cuidados e sabendo escolher bem seus parceiros e que pode causar a morte.</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença que é mais comum pegar em relação sexual, onde você não faz sexo seguro. E não tem cura.</i>

Tabela 3 – Respostas à questão: O que é Aids para você?	
Participantes	Respostas
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>A aids é uma doença complicada, pois está presente cada vez mais em nosso dia-a-dia, e o portador sofre um enorme preconceito por parte da sociedade.</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Doença degeneradora e transmissível sexualmente (DST).</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Algo que pode mudar uma vida para sempre para pior.</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Doença sexualmente transmissível.</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença sexualmente transmissível.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença causada por meio da relação sexual sem o uso da camisinha.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença que tem um vírus poderoso sem cura, mas com prevenção.</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença muito indesejável que pode levar à morte e é sexualmente transmissível.</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença sexualmente transmissível.</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma DST que por mais que você use a camisinha está em risco de pegar, pois os poros da camisinha são maiores que o vírus.</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença seria e grave, que põe medo em muita gente, uma coisa que eu nunca quero ter.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença sexualmente transmitida que provoca morte das células de anticorpo.</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença muito perigosa.</i>
18 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Para mim aids é uma doença que pode ser evitada como qualquer outra. E também que ele vai corroendo aos poucos e que a tem às vezes descobre muito tarde.</i>
16 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>É uma doença sexualmente transmissível (DST), causada pelo vírus HIV, no momento em que duas pessoas tem relação sexual (sendo uma delas portadora do vírus) sem o uso do preservativo.</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença que não tem cura porem existe tratamento e diversos meios de evitá-la e que se não houver o tratamento adequado, pode levar à morte.</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, sem religião	<i>A aids é uma doença e o portador do vírus deve ser tratado com todo respeito, assim como qualquer outra</i>

Tabela 3 – Respostas à questão: O que é Aids para você?	
Participantes	Respostas
	<i>pessoa.</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma DST que acomete todo o sistema imunológico da pessoa. Não possui cura ainda, mas há tratamento suficiente para a pessoa ter uma boa qualidade de vida, mesmo sendo portadora do vírus.</i>
16 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença horrível que não tem cura.</i>
18 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>É uma doença sexualmente transmissível e que se pega quando tem relações sexuais com várias pessoas sem o uso da camisinha.</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença sexualmente transmissível e que pode ser evitada apenas com o uso de preservativos, e que quando se estabelecer em uma pessoa causa dor e sofrimento e também muito preconceito. Também pode levar à morte.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É um vírus muito comum nos dias atuais, e está devastando a humanidade.</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença sexualmente transmissível, que não existe cura, mas existe tratamento.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença sexualmente transmissível que é adquirida em relações sexuais sem camisinha, seringas usadas (sangue).</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença que quando se faz relação sem preservativo e o parceiro ou a parceira tem a doença, pode passar para o outro, e isso pode ser prevenido com um simples preservativo.</i>
18 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença sexualmente transmissível que pode ser transmitida para todas as pessoas sem escolha de cor, sexo ou religião.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença sexualmente transmitida e que a pessoa que tive-la tende a fazer o tratamento para que essa não o leve a morte.</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença a qual todos estão exposto a pegar se não houver proteção e muitas vezes a aids é fatal.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença sexualmente transmissível</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença sexualmente transmissível.</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, urbano, evangélico	<i>A principio um descuidado com o próprio corpo, mas principalmente uma enorme barreira a ser vencida.</i>
17 anos, sexo feminino, urbana,	<i>A aids é uma DST, hoje considerada a mais complexa,</i>

Tabela 3 – Respostas à questão: O que é Aids para você?	
Participantes	Respostas
católica	<i>pois não há cura e a pessoa com o passar dos anos vai se tornando mais frágil.</i>
16 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>É uma doença muito séria que vem se disseminando rapidamente, por falta de cuidado das pessoas.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença sexualmente transmissível muito perigosa, mas também muito fácil de se prevenir.</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença que se não prevenir pode levar a pessoa ao óbito, e que você com esta doença sofrerá rejeição social, sua autoestima abaixará, etc.</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>É uma doença sexualmente transmissível, mas que também pode ser adquirida através do contato com o sangue de pessoas contaminadas.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, evangélico	<i>Doença que afeta o sistema imunológico, de difícil controle e que causa por parte da sociedade preconceito.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Um vírus que ataca e pode levar a pessoa a morte.</i>
18 anos, sexo feminino, urbana, evangélica	<i>Síndrome da imunodeficiência adquirida. É uma doença (um vírus) adquirida através de relações sexuais sem preservativo, ou contato com o sangue contaminado. É um vírus que ataca o sistema de defesa do organismo, deixando-o susceptível a doenças. Dessa forma o indivíduo soro positivo tem que tomar remédios controlados e fazer exames periódicos.</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença que se passa através do sexo, qualquer que seja ele.</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença virótica que na maioria das vezes é transmitida através da falta de prevenção no momento do sexo.</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>É uma doença grave que pode acabar com a vida de uma pessoa e deve ser evitada.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença que é transmitida através da relação sexual sem a devida proteção.</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença que não tem cura.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença sexualmente transmissível que mata.</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma DST, transmitida pela falta de cuidado na maioria das vezes.</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença sexualmente transmitida que não possui cura.</i>

Tabela 3 – Respostas à questão: O que é Aids para você?	
Participantes	Respostas
18 anos, sexo masculino, urbano, evangélico	<i>Uma doença muito séria que não tem cura.</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>Uma doença adquirida principalmente em relações sexuais. É um vírus que destrói os agentes de defesa e isto então deixa a pessoa doente mais sensível, com baixa imunidade.</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica	Não respondeu.
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença grave que não possui cura. Possui apenas tratamento para diminuir a sua agressão e deve ser prevenida.</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>Uma doença sexualmente transmissível que pode ser passada por sexo feito sem proteção, transferência de sangue e outras coisas.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>A aids no meu entender é uma doença que se pega e fica pelo resto da vida ou seja não tem cura.</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>É uma doença sexualmente transmissível, que pode ocasionar a morte.</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, espírita	<i>Uma doença incurável que pode levar a morte com cerca de 9 ou 10 anos que esta contaminado.</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, várias religiões	<i>É uma doença sexualmente transmissível obtida na relação com ser contaminado.</i>

Tabela 4 - Jovens que responderam “SIM” ao risco de contaminação pela Aids.	
Participantes	Respostas
14 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Porque mesmo que eu tenha segurança na hora do sexo também posso me contaminar pelo sangue.”</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Por festas que frequento e pela vida afora.”</i>
16 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“O uso de objetos não esterilizados, a camisinha estourar.”</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Porque ninguém está devidamente e totalmente protegido.”</i>
16 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Porque é um risco que todos correm, mas com prevenção pode-se evitar.”</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Pelo ato sexual.”</i>
17 anos, sexo feminino, rural,	<i>“Porque não há um meio de prevenção 100%”</i>

Tabela 4 - Jovens que responderam “SIM” ao risco de contaminação pela Aids.	
Participantes	Respostas
católico	<i>controlável, e quando se ama alguém por mais que ela tenha a doença, o máximo que se faz é prevenir com camisinha.”</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Porque nada nesta vida é impossível.”</i>
15 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Tem risco porque nunca se sabe um dia, posso estar passando na rua e ser violentada por exemplo.”</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Pelo fato de ser uma doença transmitida sexualmente e sem preservativo.”</i>
18 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Pois nenhum portador do vírus vem escrito na testa que tem Aids. Por isso a prevenção é importante.”</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Porque não dá pra saber quem tem Aids só de olhar.”</i>
16 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Muitas vezes você pode se envolver com uma pessoa sem saber que ela é portadora do vírus. Sou virgem, mas posso me relacionar com alguém que possua o vírus,”</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Pelo fato de ter contato com o vírus, por exemplo se alguma vez ter uma relação sexual e o uso da camisinha falhar.”</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Pelo fato de ser uma doença transmissível.”</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Pois todos corremos este risco, não só por meio da relação sexual, mas também em locais com objetos que podem causar ferimentos. Se não esterilizados podem transmitir o vírus, que alguém possa ter contaminado o objeto.”</i>
18 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Pois apesar de que estou ciente de que o uso do preservativo é essencial, o uso dos mesmos não tem 100% de eficácia. E ainda tem-se outras formas de contrair a doença.”</i>
17 anos, sexo masculino, rural, não tem religião	<i>“Nunca se sabe.”</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Porque todo mundo que tem relações sexuais corre o risco de acontecer imprevistos, como por exemplo a camisinha estourar.”</i>
(17 anos, sexo masculino, rural, católico)	<i>“Sempre há o risco, mesmo em relações com camisinha, afinal ela pode se romper ou algo do tipo.”</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico)	<i>“Existe porque o homem é fraco em relação e na hora do prazer não se pensa nem raciocina.”</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Pois essa doença não é visível ao nosso olho.”</i>

Tabela 4 - Jovens que responderam “SIM” ao risco de contaminação pela Aids.	
Participantes	Respostas
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Pois não sei do futuro, se por algum motivo a camisinha estoura e minha parceira tem o vírus, ou por deslize eu fizer sexo sem camisinha posso contrair. Nunca se sabe.”</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Porque faço sexo sem camisinha.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Apesar de ser uma pessoa consciente no que faço, eu não descarto a possibilidade do acontecimento.”</i>
14 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Porque basta um acidente com um portador da doença para você se contaminar.”</i>
14 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Porque todos podem correr risco de contrair essa doença, nunca se sabe se seu parceiro está contaminado ou não.”</i>
14 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Porque ninguém sabe o dia de amanhã. Pode acontecer com qualquer um. Por isso tem que conhecer bem a pessoa com quem se relaciona.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Todos nós estamos sujeitos a esse mal, mas é sempre bom que haja prevenção.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque mesmo usando camisinha em uma relação ela pode furar. Ou então pode ser pelo uso de seringas se utilizadas. Contato com sangue, etc.”</i>
14 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Caso eu esqueça de usar a camisinha.”</i>
16 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Não só eu, como todos correm risco. Porque pode ser passado através de feridas, etc., e mesmo que você não queira ter relação sexual, você pode ser vítima de estupro.”</i>
14 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Porque todas as pessoas estão sujeitas a pegar Aids.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Todos estamos sujeitos a pegar essa doença.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Porque se eu não me prevenir na hora H e meu parceiro tiver a doença eu posso pegar também.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque nunca sei quem está ou não com o vírus.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Porque não precisa ser somente em relação sexual, pode ser também através de contato com o sangue já contaminado, através de simples corte pode passar Aids.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Nem sempre os meios de preservação são confiáveis.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbano,	<i>“Sim, porque a Aids pode ser transmitida através de</i>

Tabela 4 - Jovens que responderam “SIM” ao risco de contaminação pela Aids.	
Participantes	Respostas
católico	<i>contato com o sangue de uma pessoa infectada, e quando eu tiver uma relação sexual, mesma com prevenção ocorre o risco.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Se você tiver namorando muito tempo e depois de várias relações com camisinha você resolveu fazer sem achando que já confia naquela pessoa e ela ter o vírus.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Mesmo usando um preservativo ocorre este risco.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Porque talvez um dia eu poderia me descuidar e contrair esta doença.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Acho que ninguém está livre. É preciso apenas se prevenir e tomar os cuidados necessários.”</i>
16 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Qualquer pessoa que tenha ou venha a ter algum tipo de relação sexual ou outros meios de se contrair o vírus, correm esse risco.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque eu não sei como vai ser a minha vida, e risco é uma coisa que todo mundo tem.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Poder contaminação através de seringas e materiais não esterilizados.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque todos nós estamos expostos à consequência de nossos atos.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Contato com sangue contaminado, ou mesmo em relações sexuais, pelo fato do preservativo não ser 100% seguro.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois é uma DST que qualquer um pode contrair.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois há várias maneiras além da relação sexual de se contrair o vírus.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois apesar de conhecer os métodos de prevenção pode ocorrer acidentes como a ruptura da camisinha, etc.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque qualquer um pode estar com o vírus, porém a escolha é minha, porque é bem mais fácil eu escolher uma parceira que eu confie e que eu fique com ela do que pegar qualquer uma na rua.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico, espírita	<i>“A camisinha estoura, beijar alguém que tenha uma ferida sexo oral.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque todo mundo está vulnerável à doença e não é somente por relação sexual a contrair.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois em tudo que estiver em contato ao sangue do infectado pode te contaminar.”</i>

Tabela 4 - Jovens que responderam “SIM” ao risco de contaminação pela Aids.	
Participantes	Respostas
16 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Pois todos estamos sujeitos a essa doença, porque não é só no sexo que se contrai a doença.”</i>
18 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Se não se preserva há grande possibilidade de qualquer pessoa pegar, por isso deve-se fazer o uso da camisinha.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Todos nós corremos o risco de “pegar” a doença, às vezes com um parceiro que pouco conhecemos e até com seringas que às vezes espetam sem querer.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque está sendo algo um pouco comum nos dias atuais, e às vezes pode ocorrer de nós fugirmos dos métodos de se prevenir.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois você não sabe se o parceiro tem Aids ou não pelo fato de pessoas acabar de conhecer o parceiro e fazer sexo com ela.”</i>
18 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Porque todo mundo pode pegar se não for prevenido. Não depende de cor, religião ou sexo. O risco é grande.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Todos correm risco se não usar camisinha e transar com uma pessoa que tiver a doença.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois todos correm esse risco.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois qualquer um é susceptível à doença.”</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“O risco existe e está presente pela própria lâmina de barbear.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Pois todos estamos sujeitos a contrair, mesmo não sendo contato sexual, pode ser por contato de ferimento com pessoa infectada.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Todos que pretendem ter relações sexuais estão correndo esse risco.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Pois a aids não é transmitida apenas por relações sexuais.”</i>
18 anos, sexo feminino, urbano, evangélica	<i>“Risco existe para todos, apesar da consciência.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“As vezes nos pega de surpresa.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Todos estamos correndo o risco, pois é necessário conhecer bem a pessoa com quem está tendo uma relação.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque como já aconteceu com alguém conhecido, a gente fica meio cismado, e como hoje está tão presente.”</i>

Tabela 4 - Jovens que responderam “SIM” ao risco de contaminação pela Aids.	
Participantes	Respostas
Maior de 18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque tudo pode acontecer nesta vida.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque hoje em dia não podemos confiar exatamente nas pessoas.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, evangélico	<i>“Porque a gente nunca sabe se as outras pessoas tem, então todos nós corremos riscos.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Porque podem acontecer acidentes em que há contato com o sangue, casos de estupro ou até mesmo uma transa impensada. Ninguém está livre de nada , mas conhecemos as “regras”.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbano, católico	<i>“Pela falta de cuidado”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois as vezes realizo sexo sem camisinha.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque estamos sujeitos a vários meios de se contrair a doença.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, espírita	<i>“Pois a aids não é contraída apenas em relações sexuais. O contato com o sangue de um portador pode levar a contaminação. E a camisinha pode estourar.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, ecumênico	<i>“Ainda virão varias parceiras, por isso.”</i>

Tabela 5 - Jovens que responderam “NÃO” ao risco de contaminação pela Aids.	
Participantes	Respostas
14 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Pois a pessoa que tem aids fala para o seu parceiro se tem aids ou não.”</i>
15 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Porque eu não conheço ninguém próximo que contraiu.”</i>
14 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Eu acho que por enquanto não porque não pratico sexo e depois também acho que não porque eu saberei me prevenir”</i>
16 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Porque eu sempre vou usar camisinha. Só se ela arrebentar.”</i>
16 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Eu considero que não porque sei das precauções de proteção.”</i>
16 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Pois eu tenho um anel de castidade (mentira). Bom, eu não faria alguma relação se não fosse com uma pessoa que eu confiasse muito e que eu amasse (yeah) é muito intimo! E não sem camisinha! Prevenção a menos que a intenção fosse engravidar. *eu acho.”</i>

Tabela 5 - Jovens que responderam “NÃO” ao risco de contaminação pela Aids.	
Participantes	Respostas
16 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Pois eu estou ciente do que é a aids, e eu sei me prevenir.”</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Porque não tive relações.”</i>
18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Tenho consciência de meus atos.”</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Não abuso.”</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Pois uso camisinha.”</i>
17 anos, sexo masculino, rural, católico	<i>“Pois eu tenho consciência de todos os meus atos e sei o que devo fazer ou não.”</i>
17 anos, sexo feminino, rural, católico	<i>“Pois há muitos métodos de prevenção.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, evangélica	<i>“Embora todos estejam expostos a contrair o vírus, eu considero que não porque já estudei o assunto e tenho conhecimento.”</i>
14 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois eu vou usar preservativo.”</i>
14 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois irei fazer o uso da camisinha.”</i>
14 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>“Porque eu não tenho relações sexuais e não pretendo ter tão cedo.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois eu tomo precaução e sei quem é a mulher que está comigo.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, testemunha de jeová	<i>“Porque tenho em mente os modos de prevenção e não pretendo ter relação sexual antes do meu casamento.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque quando eu for me relacionar eu usarei camisinha.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>“Porque meu parceiro perdeu a virgindade comigo e só mantém relações comigo também.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque eu vou sempre usar camisinha.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque tenho consciência que tem que usar camisinha.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque me mantereirei sempre preservado.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Pois hoje em dia existe meios bastante confiáveis, e vem também a questão da confiança.”</i>
15 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Porque eu não tenho contato sexual e nem com pessoas que possuem o vírus.”</i>

Tabela 5 - Jovens que responderam “NÃO” ao risco de contaminação pela Aids.	
Participantes	Respostas
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>“Por haver muitas formas de se prevenir.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>“Acho que não até porque não tive, mas acho que quando isso vier a acontecer acho que o risco será mínimo, pois sou cuidadosa para lidar com esses casos.”</i>
15 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>“Porque ainda não tenho relações sexuais e quando chegar a hora vou me prevenir.”</i>
18 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>“Pois se eu me prevenir e não ser uma pessoa promiscua será difícil eu contrair a Aids.”</i>
16 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>“Acredito que se eu me prevenir e não ter muitos parceiros, acredito que o risco diminua. Porém, não posso afirmar com certeza de que nunca serei portadora do HIV. O que posso afirmar é que irei me prevenir.”</i>
Maior de 18 anos, sexo masculino, urbano, católico	<i>“Não considero porque sempre uso camisinha na relação sexual e sempre fora com a mesma parceira desde a primeira vez.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, não tem religião	<i>“Porque sempre uso camisinha.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>“Porque não pretendo fazer transfusão sanguínea ou tatuagem, bem como não viveria na promiscuidade sexual ou relações sem camisinha.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, evangélico	<i>“Porque não mantenho relações sexuais com ninguém e quando tiver vai ser só com uma mulher.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>“Porque é só fazer sexo com consciência, usando camisinha e não sai transando para qualquer um.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico.	<i>“Pois sempre uso camisinha. Até com minha namorada eu utilizo camisinha.”</i>
16 anos, sexo masculino, urbano, católico.	<i>“Pois me previno sempre nas relações sexuais fazendo com que não haja o risco de pegar Aids.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, evangélico.	<i>“Os conhecimentos por mim adquiridos em minha formação, faz deste risco evitável.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico.	<i>“Porque sempre a gente tem que ser prevenido.”</i>
17 anos, sexo feminino, urbana, católica	<i>“Você nunca sabe o dia de amanhã, mas espero que não, pois tenho consciência dos meus atos e espero saber me cuidar.”</i>
17 anos, sexo masculino, urbano, católico.	<i>“Pois me cuido.”</i>
18 anos, sexo masculino, urbano, católico.	<i>“Quando não conheço a parceira, faço uso de preservativos.”</i>
Maior de 18 anos, sexo	<i>“Porque eu me previno.”</i>

Tabela 5 - Jovens que responderam “NÃO” ao risco de contaminação pela Aids.	
Participantes	Respostas
masculino, urbano, católico.	
17 anos, sexo masculino, urbano, católico.	<i>“Porque sempre uso camisinha.”</i>