**FATORES PSICOSSOCIAIS E COMPORTAMENTAIS
ASSOCIADOS AO RISCO DE DST/AIDS ENTRE
ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA**

ELMA MATHIAS DESSUNTI

Tese apresentada ao Departamento de Saúde
Materno-Infantil da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do Grau de Doutor.

Orientador

Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis

Área de concentração:
Materno-Infantil

São Paulo

2002

DEDICATÓRIA

*Este trabalho é dedicado aos meus pais
Arnaldo e Lídia pelo exemplo de
bravura com que enfrentam
todas as dificuldades*

AGRADECIMENTOS

A Deus

*por ter-me concedido superar todas as dificuldades
e ter-me dado forças para prosseguir*

Aos meus filhos

Leonardo e Thaísa,

*pelo carinho nas horas mais difíceis
e pela compreensão das constantes ausências*

Ao meu esposo

Valentin

*pelo amor e estímulo e
pelas vezes que assumiu,
além do papel de pai, o de mãe*

Ao Profº. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis, pela paciente orientação, apoio e estímulo que possibilitaram a realização desta pesquisa.

À Universidade Estadual de Londrina, pela oportunidade oferecida.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, em especial às colegas do setor de Doenças Transmissíveis e aos professores que participaram da validação do instrumento de pesquisa.

Aos docentes dos Departamentos de Enfermagem e Medicina da Universidade Estadual de Maringá, especialmente à Profª Maria Rjta de Almeida Garcia, que possibilitaram a realização do pré-teste do instrumento de pesquisa.

À Dra. Maria de Fátima Marinho de Souza e Jacqueline Sant' Eufemia David, pela preciosa contribuição na análise estatística deste estudo e pela amizade e carinho em todos os momentos.

À amiga Sonia Akiko Hirazawa, pelo apoio, dedicação e ajuda irrestrita na finalização desta pesquisa.

À colega Zeneide Soubhia, pelo exemplo de coragem e dedicação e pelo incentivo constante.

Às colegas Marli Terezinha Oliveira Vannuchi e Marta Lúcia Carvalho, pela companhia nas longas e intermináveis viagens e na permanência na cidade de São Paulo.

Às amigas Márcia Maria Benevenuto de Oliveira, Olga Chizue Takahashi, Sonia Akiko Hirazawa e Mara Solange Delaroza que não pouparam esforços para suprir a minha ausência do lar.

Aos coordenadores dos colegiados de enfermagem, Mara Lúcia Garanhani, e medicina, Kazuhiro Ito, e aos professores dos cursos de Enfermagem e Medicina que, direta ou indiretamente, contribuíram para a aplicação do questionário.

Aos alunos dos cursos de Enfermagem e Medicina da Universidade Estadual de Londrina que pacientemente responderam ao questionário, permitindo, assim, a realização desta pesquisa.

Aos alunos dos cursos de Enfermagem e Medicina da Universidade Estadual de Maringá que contribuíram com a realização do pré-teste.

A Alicia Figueira da Rocha, pelo trabalho e dedicação à minha família durante minhas ausências.

À CAPES, pelo apoio financeiro, sem o qual seria impossível a realização deste doutorado.

RESUMO

Dessunti EM. **Fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de DST/aids entre estudantes da área de saúde da Universidade Estadual de Londrina.** São Paulo; 2002. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Objetivo. Identificar e comparar os fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de DST/aids entre estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Método.** Selecionou-se uma amostra de conveniência, composta pelos 263 alunos matriculados nessas séries e cursos no ano de 2000. Utilizou-se a estrutura do Modelo de Redução de Risco da Aids (ARRM) para a elaboração do questionário e foram analisados os dados dos 183 estudantes sexualmente ativos (70,4%). Considerou-se um nível de significância de 5% para os testes estatísticos. **Resultados.** A maioria dos alunos (93,3%) tinha entre 17 e 25 anos de idade, não havendo diferença significativa entre os sexos. Os alunos do primeiro ano iniciaram atividade sexual mais precocemente do que os do último ano (média de 16,8 e 18,1 anos, respectivamente). O conhecimento sobre a transmissão da aids foi considerado bom, mas foram identificados alguns fatores de risco como a percepção de invulnerabilidade, a referência a múltiplos parceiros sexuais, o baixo compromisso com a monogamia e com o uso do preservativo, o uso de bebidas alcoólicas antes das relações sexuais e o uso descontínuo ou não uso do preservativo. **Conclusão.** De maneira geral, foram identificados fatores de risco importantes entre os alunos das duas séries, com semelhanças nos diversos itens pesquisados, não havendo mudanças significativas com o passar do tempo e com a maior graduação dos mesmos. Os alunos do último ano tendem a adotar a parceria única e parecem sentir-se mais seguros, diminuindo o uso do preservativo com seus parceiros sexuais.

UNITERMOS: AIDS, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Fatores de risco, Comportamento sexual, Modelo de Redução de Risco da Aids, Prevenção e controle.

ABSTRACT

Dessunti, EM. Psychosocial and behavioral factors associated to STD/AIDS risk among health students at State University of Londrina – São Paulo, 2002 (PhD dissertation – School of Public Health, University of São Paulo)

Objective. To identify and compare psychosocial and behavioral factors associated to STD/AIDS risk among students enrolled in the first and last years of Nursing and Medical Undergraduate Programs at State University of Londrina. **Methods.** A convenience sample of 263 freshman and senior students enrolled in these programs in the year of 2000 was selected. The AIDS Risk Reduction Model framework was used to design the questionnaire and data of 183 sexually active students were analyzed (70,4%). A 5% statistical significance level was considered. **Results.** Most students (93,3%) ranged from 17 to 25 years of age with no significant difference between genders. First year students started their sexual lives earlier than those enrolled in the last year (16,8 and 18,1 years old, respectively). General knowledge about AIDS transmission was considered good, although some factors such as perception of invulnerability, multiple sexual partners, low commitment to monogamy as well as the use of condoms, consume of alcoholic beverages before intercourse and discontinued use or no use at all of condoms were observed. **Conclusion.** In general, important risk factors were identified among first and last year students of the health undergraduate Programs, with no significant differences related to the year they were attending at the University. It was also observed that last year students show a tendency to monogamy, which makes them feel safer and reduce, therefore, the use of condoms with their sexual partners.

Keywords/descriptors: AIDS, Sexual Transmitted Diseases, Risk factors, Sexual behavior, AIDS Risk Reduction Model, Prevention and control

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1. Justificativa.....	02
1.2. A prevenção das DST/aids no contexto sociocultural.....	14
1.3. Os modelos ou teorias de comportamento em saúde.....	18
1.3.1. O Modelo de Crença em Saúde – HBM.....	18
1.3.2. A Teoria da Ação Racional – TRA	20
1.3.3. A Teoria da Auto-eficácia.....	22
1.3.4. A Teoria da Proteção e Motivação.....	23
1.3.5. O Modelo de Redução de Risco da Aids – ARRM	24
2. OBJETIVOS	42
3. MÉTODO.....	44
3.1. Modalidade de pesquisa.....	45
3.2. Local da pesquisa.....	45
3.3. População e amostra.....	46
3.4. Instrumento.....	47
3.5. Coleta de dados.....	48
3.6. Análise dos dados.....	49
4. RESULTADOS.....	51
5. DISCUSSÃO.....	85
6. CONCLUSÕES.....	111
7. RECOMENDAÇÕES.....	116
8. REFERÊNCIAS	119

9. ANEXOS.....	132
Anexo 1: Modelo do Termo de Responsabilidade.....	A-1
Anexo 2: Modelo da Carta de Apresentação.....	A-2
Anexo 3: Modelo do Questionário.....	A-3
Anexo 4: Codificação do questionário utilizada na análise.....	A-18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo faixa etária, sexo, estado civil e curso. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	53
Tabela 2	Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o tipo e o número de parceiros sexuais. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	55
Tabela 3	Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o uso de método de controle de natalidade e tipos de métodos mais usados. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	58
Tabela 4	Estatísticas descritivas do conhecimento das formas de transmissão da aids entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	60
Tabela 5	Estatísticas descritivas do grau de preocupação ou ansiedade de ter adquirido DST ou aids no passado, ou de adquiri-las no futuro, entre estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	61
Tabela 6	Estatísticas descritivas da percepção de risco pessoal de adquirir DST/aids entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	63
Tabela 7	Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo a classificação do risco pessoal em decorrência de seu comportamento sexual. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	64
Tabela 8	Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o comportamento de risco para DST/aids do(s) parceiro(s) sexual(ais). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	65

Tabela 9	Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo discussão sobre DST/aids e risco pessoal com amigos e/ou parceiros sexuais. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	66
Tabela 10	Estatísticas descritivas da identificação de crenças em saúde estereotipadas entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	67
Tabela 11	Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o compromisso com a monogamia e o uso de preservativo. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	68
Tabela 12	Estatísticas descritivas da identificação de normas sociais relacionadas ao uso de preservativos referentes aos amigos dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	70
Tabela 13	Estatísticas descritivas da relação custo/benefício (eficácia pessoal) percebida pelo uso do preservativo entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	71
Tabela 14	Estatísticas descritivas da identificação de barreiras do meio/financeiras relacionadas ao uso do preservativo entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	72
Tabela 15	Estatísticas descritivas dos fatores socioemocionais relacionados ao uso do preservativo entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	73
Tabela 16	Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o tipo de relacionamento nos últimos doze meses, existência de relacionamento estável atual e tempo de relacionamento. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	74
Tabela 17	Estatísticas descritivas da habilidade de comunicação com o parceiro sexual entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	76

Tabela 18	Estatísticas descritivas da escala de comunicação sexual com novos parceiros referida pelos alunos do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	77
Tabela 19	Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o uso de preservativo nos últimos doze meses e algumas variáveis relacionadas ao seu uso. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	79
Tabela 20	Estatísticas descritivas da frequência do uso do preservativo com parceiros estáveis e eventuais nas relações sexuais vaginal e anal entre os alunos do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	81
Tabela 21	Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo a negociação do uso do preservativo. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	82
Tabela 22	Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o uso de bebidas alcoólicas, nos últimos doze meses, antes das relações sexuais. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.....	82
Tabela 23	Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo a busca de esclarecimentos sobre dúvidas relacionadas à aids ou outras DST. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2000.....	83

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Idade do início de atividade sexual dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo sexo e ano dos cursos. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000..... 54
- Figura 2** Número de parceiros sexuais durante toda a vida citado pelos estudantes de Enfermagem e Medicina, segundo o sexo e o ano do curso. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000..... 56

1.Introdução

1. 1. Justificativa

O presente estudo propôs-se a identificar fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids entre estudantes da área de saúde, utilizando-se da estrutura do Modelo de Redução de Risco da Aids. Este grupo de futuros profissionais é destinado, de forma direta ou indireta, a intervir em ações educativas ligadas a estas doenças. Desse modo, o conhecimento dos fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de DST/aids (conhecimento, percepção de risco, tipo de relação sexual, preocupação/ansiedade diante da possibilidade de adquirir a aids, crenças em saúde estereotipadas, etc.) é de extrema importância para identificar-se o atual estágio de preparação desta população para lidar com as pessoas vulneráveis às DST/aids.

Essas doenças representam um sério problema no campo da saúde pública em todo o mundo e constituem-se em constante desafio para as autoridades sanitárias.

O impacto político, econômico e social, causado pelas DST/aids reveste-se de maior importância nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. Na África Subsaariana e Ásia, por exemplo, o Banco Mundial estimou que, em 1993, as DST (excluindo-se infecções pelo HIV - vírus da imunodeficiência humana) foram a segunda causa de morbidade entre as mulheres de 15 a 44 anos de idade (ADLER, 1996). Falhas no diagnóstico e tratamento dessas doenças podem causar infertilidade, gravidez ectópica, abortos espontâneos, doença inflamatória pélvica, prematuridade, infecções congênitas e neonatais, gerando sérios problemas sociais e de saúde (ADLER, 1996; BRUYN, 1999).

Nos países desenvolvidos tem-se observado um declínio nas taxas de DST nos últimos anos, embora a estimativa para os Estados Unidos da América ainda seja de 12 milhões de casos por ano (BOYER e col., 1997).

A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001) estimou que 40 milhões de adultos e crianças estavam vivendo com HIV em todo o mundo até o final de 2001, um terço dos quais são pessoas jovens, entre 15 e 24 anos de idade. Aproximadamente 16 000 pessoas são infectadas com o HIV a cada dia (MAP NETWORK, 1997).

Desde os primeiros casos, no início da década de 80 até junho de 1996, a pandemia atingiu mais de 190 países, acumulando um total de 1.393.649 casos notificados de aids (SHEERAN e col., 1999).

Observa-se que as várias epidemias de HIV/aids que compõem a pandemia global possuem diversas maneiras de expansão: o HIV freqüentemente possui diferentes padrões de disseminação em diferentes comunidades e áreas geográficas de um mesmo país. No Brasil, por exemplo, a primeira fase da epidemia envolveu a transmissão sexual do HIV, identificada primariamente entre homens homossexuais, enquanto que, na segunda fase, houve um aumento de transmissão através do uso de drogas injetáveis. A fase atual é marcada por cinco tendências distintas: aumento da disseminação heterossexual, acometimento de grupos mais jovens, maior paridade sexual (chegando a dois casos masculinos para um caso feminino, em algumas partes do país), baixo nível educacional entre os infectados e maior disseminação em áreas rurais ((MAP NETWORK, 1997). Essas informações tornam a coleta, análise e disseminação de dados sobre a situação do HIV essenciais para as nações acompanharem as várias epidemias em andamento, interferindo no curso das mesmas no futuro. No Brasil, a infecção tem se disseminado rapidamente, atingindo 215.810 casos notificados ao Ministério da Saúde até 30 de junho de 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Na vigência da epidemia de HIV/aids torna-se necessário um monitoramento da incidência e prevalência das DST. Isso porque a presença de úlceras genitais facilita a penetração do HIV, aumentando o risco de infecção. Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997), esse risco é até 18 vezes maior quando um dos parceiros é portador de uma DST não tratada. Alguns estudos têm

mostrado altas taxas de soropositividade para o HIV entre indivíduos que buscam tratamento em clínicas de DST. Quin e col.(1988), citados por BOYER e KEGELES (1991), encontraram em clínicas inglesas taxas de 22/1000 entre adolescentes de 15 a 19 anos e de 3,7/1000 entre adultos jovens de 20 a 24 anos.

Outro motivo para monitorar as DST é que elas são transmitidas durante a relação sexual, presumindo descaramento com as conseqüências do relacionamento sexual como, por exemplo, a não utilização de preservativos.

A Organização Mundial de Saúde estimou a incidência de 36,2 milhões de novos casos de DST para a América Latina e Caribe em 1996. Destes, 12.524.000 teriam ocorrido no Brasil, distribuídos entre tricomoníase (6.139.000), inflamação por clamídia (3.481.000), gonorréia (2.464.000) e sífilis (439.000) (MAP NETWORK, 1997).

A idade precoce em que as DST/aids vêm acometendo as pessoas tem merecido destaque das autoridades sanitárias em todo o mundo. Estimativa da Organização Mundial de Saúde aponta que as taxas de DST são mais altas entre os adolescentes do que em qualquer outro grupo (FINGER, 1994). Este dado também é reforçado por Cates (1990), citado por MAXWELL e col. (1995), segundo o qual, no grupo de adolescentes (13 a 19 anos) encontram-se as mais altas taxas de DST dentre todos os grupos etários.

KELLER estimou, em 1991, que aproximadamente 1 em cada 5 jovens terá adquirido uma DST até os 21 anos de idade. BRUYN (1999) ampliou um pouco mais essa faixa etária, ressaltando que pelo menos um terço de todos os casos novos de DST, a cada ano, ocorrem em pessoas menores de 25 anos e que mais de 50% das novas infecções por HIV (mais de 7000 por dia) são em pessoas com idade entre 10 e 24 anos.

No caso específico da aids, constata-se que 16% dos casos notificados no Brasil ocorreram em pessoas jovens com idade entre 13 e 24 anos; 21% ocorreu

em adultos entre 25 e 29 anos e 20,2% entre 30 e 34 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a). Considerando-se o prolongado período de incubação entre a infecção pelo HIV e o diagnóstico da doença, é provável que os indivíduos com idade entre 20 e 30 anos tenham se tornado infectados durante sua adolescência (ROTHERAM-BORUS e col., 1995).

Apesar da diminuição da velocidade de crescimento da aids nas várias regiões geográficas do Brasil, particularmente na Região Sudeste, observa-se comportamento inverso na Região Sul, onde a frequência de casos aumentou em período mais recente, especificamente entre usuários de drogas injetáveis e casos decorrentes da transmissão heterossexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b).

CERWONKA e col. (2000) apresentam dados dos *Centers for Disease Control* de 1999, indicando que, nos Estados Unidos, as taxas de infecções pelo HIV, heterossexualmente adquiridas entre adultos jovens, permanecem em ascensão, apesar da diminuição da incidência entre homens, entre brancos não-hispânicos e entre hispânicos, a partir de 1996. Estima-se que metade de todos os novos casos de infecção pelo HIV naquele país ocorram entre indivíduos abaixo dos 25 anos de idade, e que a maioria das pessoas jovens são infectadas pela via sexual. BOYER e KEGELES (1991) acreditam que os adultos jovens continuam a engajar-se em atividades que aumentam o risco de exposição ao HIV, como altas taxas de atividade sexual, múltiplos parceiros e baixas taxas de uso do preservativo, a despeito dos amplos esforços educacionais. Além disso, esses autores ressaltam que a maioria dos adolescentes estão iniciando atividade sexual em idades mais precoces e estão, portanto, se expondo mais ao risco de DST também em idades mais precoces. A atitude dos jovens a respeito da sexualidade, segundo CÁCERES e col. (1994), coloca-os em risco, uma vez que estão começando atividade sexual mais cedo e, na maioria das vezes, sem proteção. WESTERMAN e DAVIDSON (1993) acreditam que o risco de contrair HIV está aumentando entre os jovens heterossexuais, particularmente, devido à sua tendência para experimentar sexo e drogas e ao seu senso de invulnerabilidade.

Nesse contexto, muitos programas de prevenção de DST/aids têm sido implementados em todo o mundo na tentativa de conter essas infecções. Os cursos de graduação, especialmente da área da saúde, têm procurado abordar o assunto, embora o que se observa é uma tendência a um enfoque biologicista da questão, em detrimento de um preparo para a educação preventiva. PAIVA (1996) destaca a falta de formação especial nos currículos de escolas médicas ou de Psicologia, que compromete o preparo desses futuros profissionais para uma abordagem da sexualidade nas escolas. Aponta pesquisa realizada pelo Data-Folha em 1993, em que a maioria dos pais que aprova a educação sexual nas escolas, acha que os médicos e psicólogos são mais preparados do que os professores para tratar do assunto. GERBASE (1999) destaca que os profissionais de saúde nem sempre estão preparados para uma assistência adequada às DST: diagnóstico e conduta nem sempre corretos, discriminação e preconceitos, baixa resolutividade, o que possibilita a persistência da doença e do comportamento de risco e induz à resistência aos medicamentos. Esse autor estima que a cura das DST está na dependência de alguns fatores como: preocupação e busca de tratamento por parte dos pacientes que, por sua vez, devem ter acesso a profissionais capacitados para um diagnóstico correto, tratamento correto e completo, fazendo com que uma maior parcela da população com DST alcance a cura, o que, hoje, constitui minoria. Dessa forma, torna-se essencial uma formação adequada dos profissionais de saúde, não somente para o tratamento, como também para a prevenção e controle das DST.

O papel da universidade, segundo BUENO (1997), deve ser fundamental nas estratégias de prevenção das DST/aids através do cumprimento de suas funções de ensino, pesquisa, assistência e extensão. Como pólo difusor das práticas preventivas, a universidade deve ser o centro prioritário para a formação de recursos humanos, técnicos e científicos, além de oferecer apoio, assessoria e consultoria, especialmente aos professores do ensino de 1º e 2º graus.

Algumas pesquisas têm estudado aspectos relacionados às DST e aids entre estudantes universitários, enfatizando, principalmente, a prevenção como o uso do preservativo, a percepção de risco pessoal, a conduta sexual preventiva, entre

outros (CORDEIRO, 1991; MAHONEY e col., 1995; SVENSON e col., 1997; TEMPORINI, 1997; BENTO e BUENO, 1999).

Estas pesquisas com estudantes universitários apontam uma população diferenciada que deverá, como futuros profissionais, atuar em trabalhos educativos relacionados a tais doenças. Assim, torna-se necessário conhecer os fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de DST/aids nessa população. A limitação de conhecimentos desses fatores na população jovem, de um modo geral, deve ter contribuído para que os programas de prevenção não tenham alcançado o objetivo esperado para o controle da epidemia. Para que esses programas sejam eficazes, PIOVESAN e TEMPORINI (1995) acreditam que é necessário conhecer previamente a população que se deseja atingir, ou seja, é preciso identificar o que as pessoas sabem, no que crêem, o que temem e o que valorizam.

Alguns estudos internacionais têm indicado que o uso do preservativo é primariamente explicado por fatores psicossociais, tais como a capacidade de comunicação a respeito de seu uso com parceiros sexuais, normas do grupo de pares que apoiem a decisão de usá-lo, crenças positivas a respeito dos benefícios do uso do preservativo sobre o prazer durante a relação, entre outros.

BETTS e col. (1999) analisando a percepção de risco entre comunicadores sociais e estudantes universitários de Comunicação Social da Universidade Latina do Panamá concluíram que essa percepção dentro dos próprios cenários era mínima, numa situação de elevado número de parceiros sexuais e outros fatores, como sexo casual sem proteção durante viagens e sexo sob influência de álcool ou outras drogas. No contexto das relações estáveis, muitos desses indivíduos consideram o preservativo como um método de planejamento familiar totalmente irrelevante para prevenir infecções.

Levantamento realizado entre estudantes universitários de ciências da saúde em Barbados mostra que o conhecimento sobre aids não foi tão alto quanto se esperava; 75% pensavam que é possível a transmissão enquanto se atende ao

paciente e 30% acreditavam que é possível a transmissão por contato casual (WALROND e col., 1992). Cerca de 50% dos respondentes não apoiavam a confidencialidade das provas de HIV, querendo estabelecer um registro nacional dos nomes dos pacientes, buscando, portanto, alternativas antiéticas e discriminatórias para reduzir seus riscos.

Para SVENSON e col. (1997), os estudantes universitários constituem um grupo de adolescentes e adultos jovens com alto risco de DST, incluindo HIV, uma vez que estão iniciando precocemente atividade sexual e mudando freqüentemente de parceiros. Assim, para controlar a epidemia da aids e reduzir a incidência das demais DST, torna-se necessário também direcionar as pesquisas e intervenções para pessoas jovens.

Em uma revisão de pesquisas realizadas com estudantes universitários a respeito do HIV/aids, SVENSON e col. (1997) mostram que o enfoque maior desses estudos está na avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas e, em menor extensão, na efetividade de intervenções educacionais. Ressaltam a necessidade desses levantamentos, assim como estudos de avaliação com o objetivo de planejar, implementar, avaliar continuamente, atualizar e adequar os programas de promoção da saúde. Assim, um programa educacional deveria ser incluído como parte dos programas de orientação para novos estudantes e/ou de um curso dirigido para estudantes do primeiro ano.

No Brasil, os estudos que analisam fatores que podem estar relacionados ao risco de DST/aids ainda são insuficientes, especialmente entre estudantes universitários. Ressaltam-se algumas pesquisas referentes aos conhecimentos, opiniões e conduta de estudantes de Farmácia (CORDEIRO, 1991); à percepção de conduta sexual de universitários relativa à prevenção da aids (TEMPORINI, 1995); estudo comparativo sobre o comportamento sexual da juventude secundarista e universitária (SOUZA e col., 1997); percepção e conduta sexual preventiva de estudantes universitários da Grande São Paulo (GIL, 1998); estudo sobre comportamento sexual, conhecimento, representações e prontidão

profissional com estudantes da área da saúde da Universidade Federal de Alagoas (RISCADO, 1998); contribuições do Modelo de Crença em Saúde à prevenção de DST/aids entre pessoas jovens e/ou universitários (DESSUNTI e REIS, 1999).

As características das pesquisas relacionadas não permitem comparar os dados, por apresentarem metodologias e objetivos diferenciados. Entretanto, alguns aspectos podem ser ressaltados. O ingresso na universidade envolve, freqüentemente, segundo SVENSON e VARNHAGEN (1990), uma variedade de mudanças no comportamento social e sexual que colocam os adultos jovens em risco de exposição ao HIV.

TEMPORINI (1997) considera haver muito a pesquisar sobre fatores determinantes da conduta insatisfatória dos indivíduos diante das recomendações de órgãos e profissionais de saúde na prevenção da aids. Também coloca a vida universitária como exemplo que propicia a oportunidade de ampliar amizades e estreitar relacionamentos, podendo assumir comportamento sexual de risco e relacionar-se com múltiplos parceiros. Em 1995, TEMPORINI investigou 711 estudantes universitários de São Paulo, com média de idade de 20,7 anos para o sexo masculino e 21,2 anos para o sexo feminino; 65,4% dos homens e 48,2% das mulheres declararam ter tido relação sexual. Os motivos alegados pelos jovens que não iniciaram a prática sexual foram de ordem psicossocial (princípios morais, religiosos, timidez, falta de oportunidade), além de gravidez e DST. Apenas 21,1% das mulheres e cerca de 23,0% dos homens afirmaram não terem tido relação sexual para se prevenirem da aids. Acrescenta que, para serem efetivos, os programas preventivos deveriam levar em consideração os fatores psicossociais e comportamentais envolvidos no relacionamento humano.

Entre estudantes do primeiro ano de cursos de graduação em Farmácia-Bioquímica do Estado do Paraná, CORDEIRO (1991) demonstrou que, de maneira geral, os respondentes detêm conhecimentos corretos sobre a transmissão e prevenção da aids, porém, a conduta relativa ao uso de preservativo mostra certa incoerência, pois cerca de 31,5% não exigiria de seu parceiro o uso do preservativo.

Pesquisa realizada com estudantes universitários do primeiro e do último ano da área da saúde mostra que esses alunos avaliam como boa/ótima as suas informações sobre aids, obtendo-as principalmente através da mídia; do ponto de vista da prevenção as mulheres, em boa parcela, adotam a parceria fixa, enquanto que os homens, o preservativo (RISCADO, 1998). O mesmo estudo indica que, em termos genéricos, prevaleceram resultados que não apontam mudanças significativas entre os calouros e formandos, indicando que a universidade não está contribuindo em relação ao comportamento sexual e ao conhecimento e prevenção da aids.

De um modo geral, as pesquisas realizadas com estudantes da área da saúde, assim como acontece com trabalhos realizados com pessoas jovens, apontam para um nível elevado de conhecimentos; ressaltam algumas atitudes consideradas discriminatórias na assistência ao paciente com HIV/aids, e práticas não condizentes com o alto grau de conhecimento, o que poderia conduzir a uma abordagem profissional enviesada da questão das DST/aids. Assim, a escolha dessa população também deve ser considerada prioritária para a realização de pesquisas, uma vez que é constituída por pessoas jovens, um dos segmentos prioritários para as ações preventivas. Ademais, considera-se que o grupo de universitários da área da saúde deva ser capaz de avaliar seu próprio risco e os fatores que possam estar associados a ele, aproximando-se de outros aspectos relacionados à transmissão da aids que não os biológicos.

FAÇANHA (2000) desenvolve projeto com estudantes da área de saúde da Universidade Federal do Ceará, pois acredita que, com o treinamento desses indivíduos, haverá profissionais de saúde mais capacitados para lidar com a sexualidade de seus pacientes e para fazer aconselhamento aos mesmos, além de se protegerem de forma adequada. Esse projeto é embasado no fato de que os estudantes universitários encontram-se na faixa etária de maior risco de infecção pelo HIV e que, como futuros profissionais de saúde e formadores de opinião, precisam ter conhecimentos e saber abordar o paciente no que se refere ao seu comportamento sexual.

BUENO (1997) destaca que os profissionais de saúde e educação, principalmente no Brasil, não têm currículo que os qualifique para a abordagem do assunto, privilegiando fundamentalmente o aspecto biológico, desvinculado dos aspectos psicológicos e sociais. Ademais, não são preparados para transmitir conhecimento aos alunos, de forma a atender as suas reais necessidades. O autor ainda ressalta que os cursos universitários, aparentemente, estão direcionados a um aluno cognitivo descontextualizado, sem problemas, pressões sociais, sentimentos, desejos e adolescência. LIMA e col. (2000) analisando o currículo de um curso de Medicina, concluíram que as DST/aids são abordadas de forma insatisfatória, tanto qualitativa quanto quantitativamente, visto que nem todas as disciplinas que têm interface com o tema o abordam, e aquelas que o fazem limitam-se a aspectos clínicos, em detrimento de aspectos psicossociais, culturais e comportamentais.

Espera-se que, como futuros profissionais de saúde, esses alunos participem de atividades e experiências que promovam uma visão de todos os aspectos relacionados ao controle das DST/aids, no que se refere tanto às ações governamentais quanto ao contexto sociocultural onde as ações individuais ocorrem.

Nossa experiência, como docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), levou-nos ao contato com pessoas soropositivas para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e aids desde o ano de 1984, quando ocorreu a notificação do primeiro caso da doença no município de Londrina. A partir daí, realizamos alguns trabalhos nessa linha, enfocando aspectos da assistência de enfermagem, perfil epidemiológico, avaliação de serviços pelos usuários, entre outros. Nossa participação na Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids (ALIA) e na Comissão Municipal de DST/aids despertou-nos, cada vez mais, para o estudo dessas doenças.

As atividades didáticas desenvolvidas em diversos níveis de atenção envolvem a participação de alunos, propiciando uma convivência entre docentes e discentes de vários cursos. Isso possibilitou-nos vivenciar situações diversas no relacionamento do aluno com pacientes portadores de DST/aids, muitas das quais

envolvendo preconceito, medo, insegurança, dificuldade na comunicação, entre outras. Por outro lado, percebe-se que esses alunos evitam falar sobre suas vidas sexuais e parecem tratar os problemas relacionados às DST/aids como "do outro", permanecendo uma idéia de que são "pessoas inatingíveis" pela epidemia.

Essa situação levou-nos ao questionamento de como seria o comportamento sexual desses estudantes, futuros profissionais e educadores de saúde. Ou seja, quais são os fatores psicossociais e comportamentais relacionados ao risco de DST/aids entre os estudantes da área de saúde, especialmente dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina? Esses fatores diferem entre os alunos do primeiro e do último ano de cada curso? Os conteúdos e vivências pessoais e em grupo, propiciados pela vida universitária, contribuíram para alguma mudança nos fatores psicossociais e comportamentais, de tal forma que os alunos do último ano encontram-se em uma etapa diferente da dos alunos do primeiro ano?

Tendo em vista tais questões, decidiu-se pela utilização do Modelo de Redução de Risco da Aids proposto por CATANIA, KEGELES e COATES em 1990 e descrito pormenorizadamente no capítulo que aborda as Teorias de Comportamento em Saúde. Esse modelo fornece uma estrutura que engloba vários fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de DST/aids, motivo pelo qual foi adotado na presente pesquisa com estudantes universitários da área da saúde.

Procedeu-se a uma análise desses fatores junto aos estudantes dos cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

As ações de prevenção das DST/aids, especialmente entre pessoas jovens no município de Londrina-PR, ainda podem ser consideradas discretas quando comparadas ao serviço de atendimento aos pacientes portadores de HIV/aids. Esses pacientes são atendidos no ambulatório do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e no Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho, que faz parte do Centro Integrado de Doenças Infecciosas (CIDI).

Há três hospitais de grande porte no município que atendem aos casos de internação, especialmente o Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (HURNP), também da UEL.

A ALIA, organização não-governamental, participa de atividades relacionadas à prevenção e ao controle da aids no município. Dela também faz parte o Grupo Reagir que atende aos soropositivos. Londrina ainda tem o Grupo Homossexual de Londrina (GHL) e a Casa de Maria que atende pessoas dependentes de drogas. A Comissão Municipal de DST/aids está em fase de reestruturação com o objetivo de representar vários segmentos da sociedade no Conselho Municipal de Saúde, tendo poderes junto a este para definir questões relacionadas às DST/aids no município. O CIDI também implantou o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) e dispõe de um Centro de Atendimento ao Adolescente de Londrina (CRAAL).

Pode-se observar que o município apresenta uma estrutura bastante voltada para o atendimento das necessidades dos pacientes portadores de HIV/aids, especialmente no HURNP, no ambulatório do HC e no CIDI. Entretanto, percebe-se que as ações preventivas voltadas para o público jovem ainda estão pouco estruturadas no município, bem como o envolvimento de profissionais de saúde e áreas afins ainda é pequeno, considerando-se a dimensão do problema.

Espera-se que este estudo possa fornecer subsídios para o trabalho de prevenção das DST/aids entre os estudantes da área da saúde, particularmente no município de Londrina, preparando-os para uma atuação profissional mais adequada à realidade.

Para contextualizar a estrutura do Modelo de Redução de Risco da Aids e sua importância nos programas de prevenção das DST, são abordados a seguir alguns aspectos e conceitos considerados essenciais no planejamento e na implementação de práticas educativas.

1. 2. A Prevenção das DST/aids no Contexto Sociocultural

No planejamento de estratégias de prevenção das DST/aids, alguns aspectos devem ser considerados. No caso da população jovem, por exemplo, a Organização Mundial de Saúde (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1992) recomenda a abordagem de aspectos relacionados ao comportamento sexual, uso de drogas injetáveis ou outros instrumentos que perfurem a pele. Isso porque as transformações rápidas de nossa sociedade, associadas às alterações físicas e psicológicas que ocorrem principalmente na adolescência, oferecem a esses jovens uma gama de comportamentos considerados perigosos para adquirir infecções. Assim, esses jovens devem ser alertados sobre as consequências dessas formas de comportamento e ajudados a encontrar os recursos e conhecimentos necessários para evitá-los.

Muitos programas de prevenção de DST/aids têm sido implementados em todo o mundo na tentativa de conter essas infecções. Entretanto, nem sempre são considerados os diferentes níveis socioeconômicos e culturais das comunidades atingidas por estes programas. Dessa forma, HOLTGRAVE e col. (1996) enfatizam que, para ser efetivo, um programa de prevenção da aids deve ser planejado em parceria com as comunidades envolvidas e ter base científica sólida. Para PAIVA (1996), nos programas de prevenção da aids, além de informações sobre as formas de transmissão do vírus e sexo seguro, o educador deve incluir uma discussão sobre as condições materiais e sociais que aumentam a vulnerabilidade à infecção.

Apesar de todas estas recomendações, observa-se que os programas preventivos não têm causado o impacto desejado para conter a disseminação da infecção pelo HIV ou outras DST, especialmente entre os adolescentes e jovens, considerados bastante vulneráveis a tais doenças. O conceito de vulnerabilidade, adotado internacionalmente há alguns anos, é destacado atualmente, pois retira a prevenção do nível individual e "a remete à complexidade cultural, social e política onde a pessoa está inserida" (FIGUEIREDO, 1998, p.14). AYRES (1996) reforça a

necessidade de resgatar esta particularidade social e cultural que marca a identidade concreta dos adolescentes e que os torna suscetíveis ao abuso de drogas, às DST e à aids.

Embora o comportamento individual seja considerado o determinante final da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, MANN e col. (1993) acrescentam, ainda, que esse comportamento é “tanto mutável quanto conectado socialmente, variando durante a vida da pessoa, mudando em resposta à história e experiência pessoal e fortemente influenciado por indivíduos-chave (família, amantes, amigos), comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes, como religiões e estados-nações” (p.276). Assim, na avaliação da vulnerabilidade deve-se considerar tanto a comunidade na qual o indivíduo está inserido, como fatores nacionais e internacionais, que possam influenciar a vulnerabilidade pessoal durante o curso de uma vida (MANN e col., 1993).

Este conceito de vulnerabilidade é sintetizado por FIGUEIREDO (1998), embasado em MANN e col. (1993) e MANN e TARANTOLA (1996 a, b). Tem-se, então, a vulnerabilidade coletiva que se subdivide em *programática* (que analisa a postura governamental perante a epidemia da aids) e *social* (que situa a pessoa em sua estrutura econômica e cultural), além da vulnerabilidade *individual* (que avalia a ação de prevenção de cada um perante uma situação de risco).

A análise da vulnerabilidade individual na prevenção do HIV parte do pressuposto de que todo indivíduo tem algum grau potencial de vulnerabilidade à infecção e suas conseqüências, podendo variar ao longo do tempo na dependência de valores pessoais e recursos para a proteção individual (MANN e col., 1993; AYRES e col., 1999). Outro pressuposto colocado é que as condições que afetam a vulnerabilidade individual à infecção, transmissão e apoio social são de natureza cognitiva, comportamental e social.

Relativamente à vulnerabilidade individual, em se tratando da prevenção da aids, os fatores cognitivos que mais necessitam de destaque entre os

jovens, de acordo com MANN e TARANTOLA (1996 a), são informações a respeito do HIV/aids, sexualidade e serviços. Já os fatores comportamentais, segundo os mesmos autores, podem ser considerados em duas categorias: características pessoais (desenvolvimento emocional, percepção de risco e atitudes a respeito do risco, atitudes pessoais sobre sexo e sexualidade, história sexual e uso de substâncias, incluindo o álcool); e habilidades pessoais (tais como para negociar sexo seguro e habilidades para usar preservativos).

AYRES (1998) pondera, entretanto, que os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não estão na dependência imediata e exclusiva da vontade das pessoas, mas estão relacionados ao grau de consciência que o indivíduo tem do problema e de sua capacidade de transformação desses comportamentos a partir dessa consciência.

A identificação de fatores psicossocioculturais que tentam explicar os “comportamentos em saúde” tem-se tornado foco de várias pesquisas em Psicologia e outras disciplinas relacionadas à saúde. Particularmente no que diz respeito às DST/aids, os adolescentes e jovens vêm recebendo destaque especial por se tratar de um grupo considerado bastante vulnerável a tais doenças.

Algumas dessas pesquisas abordam o comportamento sexual dos indivíduos e suas necessidades de informação e educação, como aconselhamento e apoio dos pares; treinamento de habilidades para negociação e uso de preservativos; enquanto outras se referem ao conhecimento, atitudes, crenças e práticas (MANN e TARANTOLA, 1996 a).

Tenta-se explicar, por vários fatores, as variações dos comportamentos em saúde. Em termos gerais, CONNER e NORMAN (1998) dividem esses *fatores* em *intrínsecos* e *extrínsecos* ao indivíduo. Os primeiros remetem-se a aspectos tais como personalidade e cognição. Os segundos, por sua vez, referem-se tanto a estruturas de incentivo como a estruturas de restrições legais como, por exemplo, proscrição de substâncias nocivas à saúde. Destes dois tipos de

fatores, os intrínsecos, e em particular os cognitivos, têm recebido maior atenção por parte dos psicólogos.

No âmbito das atribuições internas, isto é, dos fatores intrínsecos de natureza cognitiva, existem diversas teorias ou modelos que visam explicar ou descrever os comportamentos em saúde. Destacam-se, neste caso, o Modelo de Crença em Saúde (Health Belief Model - HBM), a Teoria da Ação Racional (Theory of Reasoned Action), a Teoria do Aprendizado Social e Competência Pessoal (Self-efficacy Theory), a Teoria da Proteção e Motivação (Protection Motivation Theory), entre outros (CONNER e NORMAN, 1998).

Outros modelos surgiram visando especificamente a aids e enfocando aspectos mais relacionados à transmissão sexual dessa doença. ROTHERAM-BORUS e col.(1995) referem-se a dois destes modelos: o Aids Risk Reduction Model (Modelo de Redução de Risco da Aids - ARRM - de Catania, Kegeles e Coates, 1990) e o AIDS Preventive Behavior Model (Modelo de Comportamento Preventivo da Aids - de Fisher e Fisher, 1992). Estes modelos são similares e foram desenvolvidos através de experiências com homens adultos homossexuais, devendo, segundo ROTHERAM-BORUS e col. (1995), ser adaptados para adolescentes e refletir uma compreensão das conseqüências cognitivas, emocionais e sociais deste período de desenvolvimento.

Com o objetivo de conhecer a especificidade dos modelos comportamentais para embasar esta pesquisa, segue-se uma breve descrição de alguns dos modelos mais referidos em trabalhos de prevenção às DST/aids, com maior detalhamento do modelo ARRM, cuja estrutura foi utilizada no instrumento de coleta de dados. Este modelo foi escolhido por se aproximar mais, dentre todos os outros citados, dos aspectos relacionados à vulnerabilidade individual citados por Mann e Tarantola (1996 a).

1. 3. Os Modelos ou Teorias de Comportamento em Saúde

1. 3. 1. O Modelo de Crença em Saúde - HBM

O Modelo de Crença em Saúde - HBM (Health Belief Model) - tem sido utilizado desde a década de 50 para analisar comportamentos em saúde da população, incluindo pesquisas sobre a prevenção da tuberculose, câncer cervical, problemas dentários, febre reumática, poliomielite e influenza (ROSENSTOCK, 1974a, 1974b).

SHEERAN e ABRAHAM (1998) destacam o Modelo de Crença em Saúde em seus dois aspectos de representações de saúde e comportamento de saúde dos indivíduos: (1) percepção de ameaça e (2) avaliação comportamental. A percepção de ameaça, segundo esses autores, depende de duas crenças, *suscetibilidade* ou vulnerabilidade percebida para a doença e *severidade* antecipada das conseqüências de adquirir tais doenças. A avaliação comportamental consiste também de dois conjuntos de crenças, aquelas a respeito dos *benefícios* percebidos ou eficácia de um comportamento de saúde recomendado e aquelas relativas aos *custos ou barreiras* para desempenhar o comportamento.

Segundo ROSENSTOCK (1974a), enquanto níveis elevados de suscetibilidade e severidade fornecem a energia ou força para agir, a percepção de benefícios (menos barreiras) provê um meio de ação. Entretanto, mesmo alcançando níveis consideráveis de intensidade, essas variáveis poderiam não resultar em ação efetiva, exceto se algum evento instigativo ocorresse durante o processo em ação. Dessa forma, foi então introduzida uma outra variável ao modelo, denominada “disposições para a ação” [*cues to action*]. Tais disposições podem ser internas (sintomas) ou externas (por exemplo, o impacto da comunicação em massa, interações interpessoais, ou cartão postal com lembretes de profissionais de saúde). SHEERAN e ABRAHAM (1998) ressaltam que o modelo propunha que a

“disposição para a ação” poderia provocar comportamento de saúde quando crenças apropriadas eram mantidas.

Em 1977, Becker e colaboradores incluíram o conceito de *motivação em saúde* ou *prontidão* em preocupar-se com as questões de saúde (JANZ e BECKER, 1984).

Finalmente, variáveis demográficas, estruturais e sociopsicológicas foram admitidas como capazes de afetar a percepção dos indivíduos e, assim, indiretamente, influenciar no comportamento relacionado à saúde.

A maneira de combinar essas variáveis para produzir comportamento não tem sido precisamente especificada. Assim, o HBM é frequentemente testado entre os seis preditores independentes de comportamento, sofrendo alguma variação na forma de operacionalização dessas variáveis essenciais: suscetibilidade, severidade, benefícios, barreiras, “disposições para a ação” e motivação.

Estudo publicado por JANZ e BECKER (1984) não demonstra a aplicação do HBM no campo das DST: os autores analisaram 29 artigos publicados no período de 1974 a 1984 e tabularam outros 17, anteriores a 1974.

SHEERAN e ABRAHAM (1998), fazendo referência ao emprego do HBM, por Herold, em 1983, e Hester e Macrina, em 1985, para explorar o comportamento contraceptivo, sugerem que este modelo poderia ser potencialmente útil no campo da educação preventiva visando a aids.

DESSUNTI e REIS (1999), analisando 14 de 19 artigos publicados no período de 1984 até fevereiro de 1999, encontraram três artigos que faziam uma revisão de trabalhos que utilizaram o modelo HBM e 11 artigos que citavam a utilização do HBM aplicado às DST/aids, sempre enfocando pessoas jovens e/ou universitários. Estes referiam-se a estudos de corte transversal com aplicação de questionário. Dentre as dimensões do HBM, as "barreiras percebidas" para o uso de

preservativo e os "benefícios" decorrentes de seu uso foram os melhores preditores de mudança de comportamento, seguidos de "susceptibilidade percebida". A "disposição para a ação" preventiva é colocada como o preditor menos importante e a variável "severidade percebida" para a doença não tem sido correlacionada com probabilidade de ação preventiva. "Motivações" em saúde parecem ser úteis para prever intenções de sexo seguro, apenas entre os adolescentes mais jovens. Esses dados associados a algumas limitações do modelo levaram à conclusão de que a utilidade do HBM parece ser limitada para prever e explicar comportamentos em saúde.

1. 3. 2. A Teoria da Ação Racional - TRA

A Teoria da Ação Racional - Theory of Reasoned Action (TRA) - de Ajzen e Fishbein foi originalmente concebida como uma teoria geral do comportamento humano, unindo crenças pessoais, atitudes e intenções para um comportamento objetivo particular (CHOI e col., 1998). Tem sua origem na teoria do conhecimento de Kant, e foi aprofundada na área social e econômica por Max Weber (BRITO, 1998).

A TRA sugere que as relações entre atitudes, intenções e comportamentos podem ser usadas para prever e explicar o comportamento humano (ROSS e ROSSER, 1989). Assim, ABRAHAM e SHEERAN (1994) argumentam que essa teoria sugere que a formação de intenção precede e prediz um comportamento. Esses autores analisam alguns trabalhos e afirmam serem as intenções o preditor mais importante do uso de preservativos do que outras medidas cognitivas.

As intenções, segundo esse modelo, são baseadas nas atitudes e normas subjetivas. As atitudes são definidas como o produto de crenças a respeito das consequências de um comportamento particular e avaliação daquelas consequências. As atitudes abrangem, portanto, os custos (consequências negativas)

e os benefícios (consequências positivas) de uma ação preventiva (ROSS e ROSSER, 1989; ABRAHAM e SHEERAN, 1994; FURBY e col., 1997).

A norma subjetiva propõe que as intenções são baseadas nas percepções dos indivíduos da pressão social sobre eles para desempenhar ou não o comportamento em questão (ROSS e ROSSER, 1989; ABRAHAM e SHEERAN, 1994; CHOI e col., 1998).

A teoria da ação racional, representada no esquema abaixo, sequencialmente conecta (CHOI e col., 1998):

- (a) um comportamento objetivo para intenções,
- (b) intenções para combinação de atitudes pessoais e normas subjetivas, e
- (c) atitudes pessoais e normas subjetivas para crenças comportamentais e normativas.

Esta teoria sugere que há três condições para alcançar a mudança comportamental (CHOI e col. 1998):

- (a) atitudes pessoais favoráveis acerca de sexo seguro,
- (b) crenças comportamentais e normativas apropriadas e associadas com comportamento objetivo, e
- (c) intenção positiva para desempenhar comportamento protetor à saúde.

NGUYEN e col. (1996) destacam que a intenção é um conceito chave no desenvolvimento de estratégias para promover o uso de preservativos.

A grande limitação desta teoria é, segundo BRITO (1998), que ela pressupõe que todo comportamento e atitude diante de uma situação, que envolve risco, possuem uma intencionalidade, são racionalmente assimilados e estão marcados pelos valores do grupo ao qual o indivíduo pertence. Assim, a força normativa do grupo age sobre as pessoas podendo gerar sentimentos de autoconfiança e auto-estima. Entretanto, essa força normativa pode tornar-se negativa nas situações em que prevalece uma ordem social carente de normas e valores levando os indivíduos a um processo de desintegração social.

1. 3. 3. A Teoria da Auto-eficácia (Self-efficacy)

O modelo ou teoria da auto-eficácia proposto por Bandura em 1977 é originário da Teoria da Aprendizagem Social (CASTIEL, 1996; CONNER e NORMAN, 1998). É definido como "a convicção de que alguém pode executar com sucesso o comportamento desejado para produzir resultados" (BANDURA, 1977, p.193).

A motivação e a ação humana nesta abordagem são baseadas em três tipos de expectativas: situação-resultado, ação-resultado e auto-eficácia percebida (CONNER e NORMAN, 1998). Segundo esses autores, as expectativas de situação-resultado representam as crenças a respeito de que conseqüências ocorrerão sem interposição de ação pessoal (ex.: suscetibilidade a uma ameaça de saúde). A expectativa de ação-resultado é a crença de que um dado comportamento conduzirá ou não para um determinado resultado (ex.: usar condom evita a aids). A expectativa de auto-eficácia é a crença de que um comportamento está ou não sob seu controle.

Assim, segundo MAHONEY e col. (1995) e CASTIEL (1996), as expectativas de eficácia são os maiores determinantes quanto: ao início de mudança

período de tempo durante o qual os esforços serão sustentados diante dos obstáculos. Ou seja, a crença na capacidade de desempenhar um comportamento particular, constituiria tal expectativa de auto-eficácia. Segundo ASPINWALL e col. (1991), as pessoas podem saber o que fazer e podem acreditar que determinado comportamento seria efetivo em reduzir seu risco, mas elas podem se sentir incapazes de desempenhar esse comportamento.

MAHONEY e col. (1995) mencionam dois estudos que referem que os usuários de preservativos possuem auto-eficácia significativamente mais intensa do que os não usuários.

Analisando a inter-relação de algumas teorias e variáveis, ROSENSTOCK e col. (1988) postulam um modelo explanatório que incorpora a auto-eficácia no Modelo de Crença em Saúde. Dessa forma, pressupõem a necessidade de complementação dos dois modelos com o fim de melhor compreender os problemas para explicar, prever e influenciar comportamento.

1. 3. 4. A Teoria da Proteção e Motivação - PMT

A Teoria da Proteção e Motivação (Protection Motivation Theory - PMT) foi originalmente proposta por Rogers em 1975 com o propósito de prover clareza conceitual para a compreensão de "apelos de medo" (CONNER e NORMAN, 1998).

ASPINWALL e col. (1991) definem que a teoria da proteção e motivação é um modelo de expectativa de valor de comportamento de saúde preventiva. Os três componentes do modelo são: a magnitude da gravidade de um evento (ex.: uma doença); a probabilidade condicional que o evento ocorrerá se nada for feito para preveni-lo; e a efetividade de uma resposta reproduzida que deve evitar o perigo (eficácia da resposta).

A proteção motivação é despertada quando o indivíduo avalia um evento como nocivo e provável de ocorrer e a resposta reproduzida se torna efetiva em prevenir o evento. Esta teoria, então, aponta a atividade para reduzir a ameaça, medida em termos de intenção para assegurar ação preventiva (ASPINWALL e col., 1991).

A teoria da proteção e motivação tem sido aplicada com sucesso, segundo CONNER e NORMAN (1998), para predizer comportamentos em saúde e tem provocado diferentes formas de aplicação, originalmente desenvolvidas como uma maneira de compreender a resposta para os apelos do medo. Da forma como vem sendo aplicada, esta teoria pode ser vista como derivada do Modelo de Crença em Saúde (componentes: suscetibilidade, severidade e eficácia da resposta), e da auto-eficácia de Bandura.

1. 3. 5. O Modelo de Redução de Risco da Aids - ARRM

O Modelo de Redução de Risco da Aids (AIDS Risk Reduction Model - ARRM), proposto por Catania, Kegeles e Coates em 1990, é um modelo psicológico-social utilizado para compreender os fatores psicossociais e comportamentais associados com o risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e Aids (BOYER e KEGELES, 1991).

As construções centrais do ARRM são derivadas das teorias das ciências social e comportamental e de modelos que foram desenvolvidos para compreender uma ampla gama de comportamentos (BOYER e KEGELES, 1991).

O modelo ARRM integra conceitos do Modelo de Crença em Saúde, da Teoria da Auto-eficácia, influências emocionais e processos interpessoais (CATANIA e col., 1990).

Como postulado no ARRM e outros modelos relacionados à prevenção de doenças, uma mudança comportamental representa um processo de

várias etapas que ocorrem através do tempo (KLINE e VANLANDINGHAM, 1994). Assim, o modelo ARRM identifica três etapas para mudar atos de risco para o HIV (CATANIA e col., 1990; BOYER e KEGELES, 1991; ROTHERAM-BORUS e col., 1995; CHOI e col., 1998):

- (1) reconhecimento e rotulação dos próprios comportamentos sexuais como de alto risco para adquirir HIV;
- (2) compromisso para reduzir comportamentos sexuais de alto risco e aumentar atividades de baixo risco;
- (3) busca e adoção de estratégias para reduzir comportamento sexual de alto risco.

Etapas 1: Identificando e rotulando as próprias atividades como de risco

Na primeira etapa o indivíduo reconhece e classifica seu comportamento sexual como problemático porque está associado com a transmissão do HIV. Para tanto, ele deve ter a percepção do risco de infecção e a crença de que HIV e Aids são indesejáveis (CHOI e col., 1998).

Os pré-requisitos para perceber o HIV como um problema, segundo ROTHERAM-BORUS e col., (1995), são: conhecimento das formas de transmissão do HIV e comportamentos de risco; aceitação de que seus próprios comportamentos podem ser arriscados; e reconhecimento dos limites da própria habilidade comportamental para implementar atos seguros, mesmo sob condições de alto envolvimento emocional.

CATANIA e col. (1990) também classificam os fatores envolvidos na rotulação dos próprios comportamentos sexuais como de alto risco para adquirir HIV em: conhecimento da transmissão do HIV; suscetibilidade percebida para a infecção; e redes sociais, normas e rotulação.

a) Conhecimento da transmissão sexual do HIV

Um indivíduo deve saber como ocorre a transmissão do HIV para reconhecer que está em risco de contrair o vírus quando se envolve em relações sexuais, vaginal ou anal, desprotegidas.

Embora muitos estudos indiquem alto conhecimento da transmissão do HIV entre adolescentes (DICLEMENTE e col., 1986), outros indicam a prevalência de conceitos incorretos a respeito do contato casual, como, por exemplo, adquirir HIV através do aperto de mãos, do abraço ou proximidade de alguém com aids (DICLEMENTE e col., 1988). CHICRALA (1997) observou que a maioria dos adolescentes atendidos em uma unidade ambulatorial do Rio de Janeiro relacionou corretamente as principais formas de transmissão da aids, entretanto, também foram citadas formas incorretas como o contato com pessoas doentes, beijo e doação de sangue.

No âmbito individual, o conhecimento é visto como necessário mas insuficiente pré-requisito para reduzir atividades de alto risco. Alguns estudos têm demonstrado que os jovens sabem que o uso de preservativos previne a transmissão de DST/aids, mas este conhecimento não está relacionado ao uso ou à intenção de uso dos mesmos (KEGELES e col., 1989).

b) Suscetibilidade pessoal percebida para a aids

A despeito de altos níveis de conhecimento da transmissão do HIV, alguns indivíduos sentem-se invulneráveis à infecção. Assim, é pouco provável que esses indivíduos alterem seus comportamentos de alto risco.

Da mesma forma que o nível de conhecimento, os estudos a respeito de suscetibilidade não são inteiramente consistentes (CATANIA e col., 1990; BOYER e KEGELES, 1991). Um estudo conduzido com estudantes da cidade de Nova Iorque revelou que a maioria dos adolescentes se envolvia em atividades

sexuais de alto risco, mas a percepção própria era de baixo risco para a infecção HIV e não usavam medidas preventivas durante o intercuro sexual (Reuben e col., 1988 citados por BOYER e KEGELES, 1991). Outro estudo realizado por Dolcini e col. (1988) citados por BOYER e KEGELES (1991) refere que entre jovens sexualmente ativos do 6º ao 8º grau escolar, aqueles que mantinham relações sexuais com indivíduos desconhecidos também não se percebiam como mais vulneráveis ao HIV do que aqueles que conheciam melhor seus parceiros sexuais. Baldwin e Baldwin (1988), citados por CATANIA e col. (1990), constataram que as mais altas taxas de suscetibilidade estavam associadas com maior número de parceiros sexuais entre estudantes universitários heterossexuais. Entretanto, esse resultado pode ser decorrente do desenho de corte transversal usado no estudo, levantando relatos de comportamento retrospectivo.

c) Redes sociais, normas e rotulação

De acordo com CATANIA e col., (1990), as redes sociais e as normas podem se constituir forças poderosas que guiam a rotulação de comportamento de risco através da desaprovação de atividades de alto risco e aprovação de comportamentos seguros. Entretanto, as redes sociais podem também inibir a rotulação de comportamentos de alto risco como um problema, como, por exemplo, através da estigmatização social. O medo de ser estigmatizado por admitir o próprio comportamento como de risco para a infecção HIV pode diminuir a disposição de perceber o comportamento como problemático. Da mesma forma, as pessoas que solicitam o uso de preservativos aos seus parceiros podem também, segundo os mesmos autores, estar expostas à conseqüências negativas. Alguns parceiros podem encarar esta solicitação como indicativa de falta de confiança na sua conduta sexual fora da relação, e recusar cooperar com a mudança desejada.

O modelo ARRM postula ainda que a rotulação de comportamento como "arriscado" por determinada pessoa é influenciada pela crença do que o seu grupo de pares considera como prática sexual arriscada (BOYER e KEGELES, 1991). Assim, se o indivíduo acredita que os seus pares acham que a relação sexual

desprotegida não é arriscada para a transmissão do HIV, então é improvável que este indivíduo considere a relação sexual desprotegida como "arriscada".

d) Outros fatores : BOYER e KEGELES (1991) acrescentam outros fatores relacionados com a rotulação dos próprios comportamentos sexuais como de risco para adquirir HIV:

- *Pensamento estereotipado* - os adolescentes podem acreditar que o tipo de pessoa que tem aids é um homem branco homossexual, alguém completamente diferente deles. Dessa forma, os jovens podem se sentir invulneráveis à infecção pois eles e seus parceiros sexuais são diferentes de seus estereótipos de pessoas com aids. DICLEMENTE e col. (1986) estudando adolescentes de San Francisco detectaram que 61,5% deles acreditavam que não eram o tipo de pessoa com possibilidade de adquirir aids, e 15,4% não acreditavam que qualquer tipo de pessoa pudesse contrair aids.
- *Aceitação da própria sexualidade* - o sentimento a respeito da própria sexualidade pode também, segundo BOYER e KEGELES (1991), estar relacionado com a percepção de risco pessoal de contrair HIV, sendo possível interferir no uso de preservativos. Muitos jovens têm sentimento de culpa por suas atividades sexuais e possivelmente evitam pensar sobre os riscos associados com a relação sexual, ou mesmo sobre a possibilidade de transmissão do HIV através da relação sexual desprotegida.
- *Egocentrismo* - os adolescentes podem sustentar crenças exageradas derivadas do egocentrismo adolescente a respeito de sua própria indestrutibilidade. Embora os jovens possam conhecer objetivamente que o HIV é transmitido sexualmente, o egocentrismo pode impedi-los de acreditar que esta informação seja pessoalmente relevante. Assim, adolescentes altamente egocêntricos podem ser incapazes de rotular suas atividades como de risco para eles próprios, uma vez que não podem se imaginar contraindo aids.

Etapa 2: Compromisso para mudar

Os modelos psicológicos que analisam a forma como as pessoas enfrentam os problemas de saúde propõem uma etapa intermediária no processo de tomada de decisão entre a percepção do problema e o desempenho da ação. A etapa 2 do ARRM reflete esta abordagem da tomada de decisão (CATANIA e col., 1990).

Assim, a rotulação de um comportamento como de risco para a transmissão do HIV pode não levar à mudança comportamental, se o indivíduo não firmar um compromisso sério para mudar as próprias atividades. O indivíduo deve, por exemplo, sentir-se comprometido com o uso consistente de preservativos (BOYER e KEGELES, 1991).

Este processo de tomada de decisão pode também incluir resultados alternativos como a indecisão ou a espera para solucionar o problema ou a resignação perante ele (CATANIA e col., 1990). Destaca-se que a mudança de comportamentos sexuais de alto risco é complexa e envolve mais do que a descontinuidade de uma simples ação. É necessário considerar que essas mudanças poderão ser feitas sob diferentes contextos sociossexuais, como, por exemplo, relações de longa duração versus relações esporádicas. Ainda de acordo com os mesmos autores, a diversidade dos comportamentos e das condições sociais sob as quais eles ocorrem dificulta o processo de decisão.

Alguns fatores são analisados na etapa de compromisso por ocasião de envolvimento em atividades de baixo risco (CATANIA e col., 1990): custos e benefícios da ação (eficácia da resposta e prazer); auto-eficácia; e conhecimento e influências sociais sobre compromisso. Esses fatores refletem três questões: (1) meu prazer sexual será afetado pelas mudanças que devo fazer? (2) as mudanças terão sucesso em reduzir meu risco de infecção HIV? e (3) eu posso desempenhar ou aprender a desempenhar as ações que conduzirão para mudança e obter os resultados que eu quero?

a) Custos e benefícios

A análise dos custos e benefícios de duas direções distintas de comportamento - atividades sexuais de alto e baixo risco - deve influenciar o compromisso de mudança. Ou seja, para querer usar preservativos consistentemente, o adolescente deve acreditar que os benefícios do uso de condons superam os benefícios do não uso e que os custos do não uso superam os custos associados com o uso de preservativos.

Esta hipótese geral do custo-benefício pode ser especificada por incluir a efetividade percebida dos comportamentos para reduzir as consequências negativas à saúde (eficácia da resposta) e o valor do prazer associado a cada comportamento (CATANIA e col.,1990).

▪ *Eficácia da resposta*

A eficácia da resposta é uma construção central do Modelo de Crença em Saúde e da Teoria da Eficácia de Bandura. O grau de compromisso em adotar comportamentos sexuais seguros e reduzir os comportamentos sexuais de alto risco seria maior quando aquelas ações são percebidas como efetivas para reduzir o risco de contrair o HIV (CATANIA e col.,1990).

Com relação à aids, estudos com homens homossexuais demonstraram diferenças significativas quanto à percepção da eficácia da resposta entre aqueles que se envolvem em comportamentos de alto risco e os que se envolvem em comportamentos de baixo risco (MCKUSICK e col., 1985; EMMONS e col., 1986). Além disso, concluem tais estudos que as ações sexuais de alto risco se reduzem com o passar do tempo nessa mesma população (Mckusick et al. 1987 citados por CATANIA e col.,1990).

Outros estudos não encontraram relação entre eficácia da resposta e comportamentos sexuais (JOSEPH e col., 1987) e entre eficácia da resposta e número de parceiros sexuais anônimos (EMMONS e col., 1986).

A inconsistência nos achados pode refletir, de acordo com CATANIA e col. (1990), a implicação da eficácia da resposta para os resultados na etapa dois (a decisão de comprometer-se para mudar comportamentos sexuais) que precede a mudança comportamental real (etapa três).

▪ *Prazer*

A possibilidade de firmar compromisso para substituir atividades sexuais de alto risco por atividades sexuais de baixo risco é menor quando os comportamentos sexuais de alto risco são percebidos como altamente prazerosos e as atividades sexuais de baixo risco como menos agradáveis (CATANIA e col., 1990).

Um estudo realizado por KEGELES e col. (1989) demonstrou, por exemplo, que alguns adolescentes acreditam que o uso de preservativos é penoso ou desconfortável.

Alguns estudos têm demonstrado que aprender a erotizar o uso do preservativo aumenta significativamente atitudes positivas a respeito dos preservativos (SOLOMON e DEJONG, 1986; Tanner e Pollack citados por CATANIA e col., 1990).

O prazer em usar preservativos é uma importante consideração do custo-benefício no processo de mudança comportamental. Se o uso de condom associar-se com atividade não prazerosa, os custos resultantes do envolvimento em atividades de baixo risco (uso de preservativo) podem superar o pequeno benefício de saúde pelo uso de condons.

b) Auto-eficácia

O modelo ARRM postula que, para adotar atividades sexuais de baixo risco, os indivíduos necessitam sentir-se capazes de se envolver em atividades que prevenirão a infecção HIV. Ou seja, um adolescente masculino deve ter a habilidade de colocar corretamente um preservativo, e uma mulher deve sentir-se capaz de adquirir um preservativo e negociar o seu uso com o seu parceiro sexual (BOYER e KEGELES, 1991).

Os achados correntes sugerem que um alto grau de auto-eficácia contribui para redução de comportamentos de alto risco e aumento de atividades de baixo risco (CATANIA e col.,1990). Assim, para que a mudança comportamental ocorra, não basta acreditar que algumas atividades sexuais são prazerosas e reduzem o risco de infecção HIV; as pessoas devem, também, acreditar em suas próprias habilidades para reduzir comportamentos de alto risco e aumentar comportamentos de baixo risco.

c) Influências Sociais e Cognitivas sobre Compromisso

Acredita-se que o conhecimento da utilidade da saúde e a agradabilidade das várias práticas sexuais causem impacto sobre as considerações acerca do custo-benefício e, portanto, sobre o compromisso de mudar. Por exemplo, se as pessoas sabem que os preservativos previnem a infecção HIV e que eles podem ser usados de forma a tornar a atividade sexual mais agradável, então espera-se que este conhecimento beneficie a decisão de usar preservativos (CATANIA e col.,1990).

Da mesma forma, os fatores sociais, tais como apoio social e referência de normas de grupo, podem, também, apresentar considerável influência sobre avaliações do custo-benefício e crenças na auto-eficácia.

BOYER e KEGELES (1991) salientam que, se um adolescente acredita que seus pares usam preservativos, ele pode ser influenciado nas considerações sobre custo-benefício pelo uso de preservativos. Assim, os amigos podem informá-lo do prazer que sentem usando preservativo e relatar quão fácil foi a implementação do seu uso durante a relação sexual (CATANIA e col., 1990).

Um estudo realizado por KEGELES e col. (1989) demonstrou relação entre popularidade dos preservativos e intenção de uso entre os adolescentes.

Acredita-se que as condições sociais que promovem mudança são aquelas que reforçam as expectativas de que essa mudança será benéfica e de custo não muito elevado (CATANIA e col., 1990).

Etapa 3: Desempenhando o compromisso para reduzir atividades de risco

Percebendo as próprias atividades sexuais como de risco para adquirir o HIV e uma vez comprometendo-se com a tarefa de reduzir comportamentos sexuais de alto risco, o modelo ARRM prescreve que o indivíduo comece a dar passos para alcançar o objetivo de mudança comportamental (CATANIA e col., 1990). Para tanto, o jovem deve ser capaz de coordenar seus pensamentos, sentimentos e ações a fim de agir seguramente em situações que o colocam em risco do HIV (ROTHERAM-BORUS e col., 1995). Além disso, BOYER e KEGELES (1991) acrescentam a necessidade de superar as barreiras financeiras e do meio ambiente para que seja operada a mudança desejada. Por exemplo, um indivíduo deve superar as barreiras para obter preservativos a fim de usá-los quando tiver relação sexual.

Segundo CATANIA e col. (1990), esta etapa é composta de três fases, seguindo modelos anteriores de resolução de problemas: busca de informação, obtenção de tratamento e desempenho das soluções. Estas fases estão separadas por propósitos conceituais, mas admite-se que elas possam ocorrer simultaneamente ou, ainda, que alguns indivíduos possam superar fases.

a) Busca de informação

Durante a fase de *busca de informação*, os indivíduos podem começar a reunir idéias e opiniões sobre as maneiras de mudar comportamentos sexuais de alto risco. A aquisição desta informação pode ser passiva; por exemplo, pela televisão ou, ainda, através da educação em saúde (CATANIA e col., 1990).

b) Obtenção de tratamento

Tendo obtido a informação desejada, os indivíduos utilizam uma ampla variedade de respostas para a resolução do problema de acordo com seus interesses. Isso inclui: não fazer nada a respeito do problema, usar auto-ajuda, e buscar ajuda de outros.

Na tentativa de superar as barreiras para reduzir comportamentos de risco, BOYER e KEGELES (1991) ressaltam que os adolescentes podem necessitar procurar ajuda de amigos ou familiares (busca de ajuda informal) ou de um profissional de saúde ou consultor (busca de ajuda formal). Na busca de ajuda informal, um adolescente pode procurar conselho de amigos ou irmãos, por exemplo, a respeito de como usar um preservativo, como obter um preservativo, ou como comunicar sua decisão de usar condom para um parceiro sexual potencial. Na busca de ajuda formal, um adolescente pode perguntar ao seu médico, por exemplo, onde adquirir condons, ou qual é o seu risco real de contrair HIV.

CATANIA e col. (1990) ponderam que as atividades de auto-ajuda podem ocorrer antes da busca por ajuda informal, e esta pode preceder a busca por ajuda formal. Embora possa haver um padrão normativo para as ações de busca de ajuda das pessoas e alguns estudos sugeriram que a sequência apresentada caracteriza a maioria das pessoas que buscam ajuda por dificuldades sexuais isto não significa, segundo esses autores, que a sequência precedente é universal.

Na busca de soluções para reduzir os comportamentos de alto risco, muitas pessoas podem, ainda, buscar uma combinação simultânea dos vários tipos de ajuda (auto-ajuda, ajuda informal e ajuda formal). Este processo obviamente termina quando a pessoa alcança sucesso, ou abandona o problema e se resigna com ele.

CATANIA e col. (1990) investigaram, ainda, sobre que tipo de ajuda reduziria mais os comportamentos de risco. Embora os achados não sejam inteiramente consistentes, os autores destacam que o apoio social informal tem sido correlacionado com ações de saúde em uma variedade de contextos, incluindo aquele de reduzir contatos sexuais de alto risco.

Em geral, os achados correntes ressaltam a necessidade de caracterizar as condições sob as quais o apoio social facilita o processo de mudança e o impacto diferencial de apoios específicos através do processo de mudança. Em particular, seria de interesse especificar as condições sociais que facilitam ou inibem os esforços continuados para resolução do problema precavendo-se da falha de alguma estratégia anterior.

c) Desempenho das soluções

A tarefa de conseguir operar soluções para reduzir atividades de alto risco (fase três) deve ser considerada dentro de um contexto de natureza social. CATANIA e col. (1990) colocam o comportamento sexual de alto risco como um problema que pode ser identificado por muitas pessoas como uma dificuldade compartilhada. Ou seja, quando os casais confrontam juntamente um problema, pode haver uma base comum para decretar os passos para mudar seus comportamentos. Entretanto, se um dos parceiros é relutante em adotar práticas sexuais seguras, aumenta a possibilidade de contrair HIV, principalmente se ele desempenhar tais atividades também com outros parceiros sexuais. Os autores reforçam a necessidade de uma boa comunicação com o parceiro sexual para discutir suas intenções de sexo seguro. BOYER e KEGELES (1991) exemplificam o caso de uma jovem mulher comprometida com o uso de preservativo, mas sem a habilidade necessária para

comunicar isso ao parceiro. CATANIA e col. (1990) afirmam que esta habilidade de envolver o parceiro em uma política de comportamento seguro para ambos, provavelmente depende mais da própria habilidade de comunicação verbal a respeito de problemas sexuais. Assim, a inabilidade em discutir matérias sexuais de uma maneira construtiva para a resolução de problema pode reduzir a participação do parceiro em comportamentos seguros, abalando, dessa forma, o processo de mudança. Um levantamento realizado por SOLOMON e DEJONG (1986) sugere que aproximadamente 40% dos heterossexuais urbanos estudados são incapazes de se comunicar a respeito de sexo seguro com um parceiro sexual potencial. Além disso, mesmo aqueles que relatam capacidade para falar a respeito de sexo seguro com um novo parceiro não deixam claro o seu potencial de comunicação para assegurar os desejos de sexo seguro com um parceiro não cooperativo.

CATANIA e col. (1990) consideram que a habilidade de comunicação é efetiva para alterar comportamentos de alto risco, quando as etapas anteriores do ARRM foram superadas com sucesso para um adequado grau em pelo menos um dos indivíduos na relação sexual. Além disso, é de se esperar que a máxima redução nos comportamentos de risco ocorra quando ambos os parceiros: (1) percebem seus comportamentos sexuais como problemáticos, (2) estão comprometidos para mudar comportamentos sexuais de alto risco, e (3) possuem altos níveis de habilidade de comunicação.

d) Outras variáveis associadas

BOYER e KEGELES (1991) destacam outras variáveis associadas com comportamento de alto risco:

- *Características das relações sexuais* - desconhece-se a extensão do uso de preservativos para prevenir doenças entre os jovens nas relações de longo prazo em confronto com relações de curto prazo ou relações sexuais casuais. Em relação à regulação da fertilidade, os contraceptivos de um modo geral são adotados de forma mais consistente em relacionamentos mais estáveis. Esta

prática, entretanto, nem sempre leva à prevenção do HIV e outras DST, porquanto é menos provável conhecer a história sexual prévia ou de uso de drogas de um parceiro casual do que a de um parceiro estável, o que pode significar maior risco de transmissão do HIV.

- *Relação sexual sob a influência de álcool ou drogas* - A relação sexual sob a influência de álcool ou drogas tem sido um forte preditor da ocorrência de relações sexuais de alto risco entre homens homossexuais e homens e mulheres adultos heterossexuais. Esses fatores podem, também, influenciar os adolescentes no envolvimento com comportamentos sexuais arriscados.
- *História sexual do indivíduo* - Alguns estudos têm demonstrado que os fatores mais importantes associados com o uso de contraceptivo são a idade e o período de tempo durante o qual o jovem é sexualmente ativo. Assim, os jovens mais velhos e os que têm um maior período de atividade sexual são os mais propensos a usar método contraceptivo. Entretanto, não é conhecido como estes fatores influenciarão o uso de condons para prevenir HIV e outras DST. Como a razão primária dos jovens para usar condons na era aids é a contracepção, mais do que a proteção contra as doenças, é provável que o uso de contraceptivos orais favoreça o uso descontinuo de preservativos.

Movimento de etapa para etapa

A discussão anterior abordou fatores que poderiam influenciar o alcance dos objetivos em cada uma das três etapas preconizadas pelo ARRM: (1) identificar corretamente o próprio comportamento como de alto risco, (2) comprometer-se a mudar aquele comportamento, e (3) obter e decretar soluções que resultem em redução de comportamentos de alto risco.

CATANIA e col. (1990) acreditam que o movimento de uma etapa para a outra seja dependente e motivada pelo alcance dos objetivos de etapas prévias.

Além disso, vários motivadores internos e externos podem desempenhar importantes papéis para manter a motivação necessária através do tempo. Esses motivadores incluem estados emocionais, resultantes, por exemplo, do uso de drogas e disposições ambientais, formal e informal, que estimulam o pensamento a respeito do próprio comportamento sexual e opções para mudança.

a) Estados emocionais aversivos

O modelo ARRM sugere que pode ser necessário que o indivíduo apresente algum grau de angústia ou ansiedade perante a aids para avançar nas diferentes etapas do modelo (BOYER e KEGELES, 1991). CATANIA e col. (1990) consideram que a angústia associada ao problema representa um motivador interno primário que influencia o movimento através das etapas. Assim, a angústia ou outro estado emocional pode aumentar a percepção da severidade de um problema e facilitar a continuidade da rotulação do próprio comportamento como problemático. Por outro lado, as emoções podem também desempenhar importante papel na mudança de um compromisso em relação a determinado problema por este influenciar a auto-eficácia. Ou seja, alto nível de ansiedade pode facilitar as expectativas de falha da própria habilidade para mudar comportamento.

BOYER e KEGELES (1991) concluem que níveis demasiadamente altos de ansiedade podem atrapalhar uma mudança efetiva de comportamento, e insuficiente ansiedade a respeito da aids pode não motivar o indivíduo a alterar o comportamento de risco.

A angústia, colocada por CATANIA e col. (1990) como um forte preditor de atividade de busca de ajuda e adoção de comportamentos saudáveis, provê o recurso necessário pelo qual as pessoas calculam a severidade de seu problema e se conscientizam da necessidade de agir para diminuir os resultados negativos à saúde. Esses autores citam estudos que relacionam altos níveis de angústia com maior uso de preservativo por mulheres heterossexuais e por usuários de drogas injetáveis, e mais baixo número de parceiros sexuais entre estudantes

universitários heterossexuais. Entretanto, estudo com homossexuais encontrou baixos níveis de angústia relacionados com baixos níveis de comportamentos sexuais de alto risco. Esses achados, aparentemente contraditórios, podem refletir, segundo CATANIA e col. (1990), a possibilidade de que a comunidade homossexual, mais do que outros segmentos da sociedade, tem dirigido com sucesso o processo de mudança. Ou seja, níveis de angústia/ansiedade mais elevados podem ser necessários para estimular mudança, mas assim que a mudança ocorre, estes estados emocionais se dissipam.

CATANIA e col. (1990) apontam estudos indicando que níveis moderados de medo podem motivar o envolvimento em comportamento protetor à saúde; medo excessivo pode imobilizar e prejudicar a performance, e nível muito baixo de estado afetivo pode produzir apatia com relação às ações protetoras direcionadas à saúde. Os autores concluem que um nível moderado de ansiedade pode ser de grande ajuda para motivar as pessoas a engajar-se em comportamento autoprotetor, mas níveis demasiadamente altos ou baixos podem impedir a performance de comportamentos sexuais seguros. ROTHERAM-BORUS e col. (1995) recomendam realçar as vantagens de atos seguros, em vez de tentar motivar os jovens através do medo.

b) Motivadores externos

Como preconizado por JANZ e BECKER (1984) no modelo de crença em saúde, as disposições externas podem também estimular o progresso acerca da resolução de problemas relacionados à saúde. CATANIA e col. (1990) acreditam que as campanhas de educação pública que detalham comportamentos de risco, uso de preservativo e recursos de ajuda, podem prover as pessoas de disposições (internas) para definir corretamente comportamento-problema, para intensificar o compromisso de mudança e para obter e implementar soluções. Exemplificam com mensagens de saúde pública que podem servir como lembretes da própria suscetibilidade à infecção e da necessidade de decisões prévias de mudança, e estimular o pensamento a respeito de opções de solução.

Em resumo, o ARRM, de acordo com CATANIA e col. (1990), preconiza um processo de três etapas que envolve fatores psicológicos e sociais que poderiam influenciar:

- (1) a rotulação de comportamentos sexuais de alto risco como problemático,
- (2) a tomada de uma decisão para mudar comportamentos de alto risco e comprometer-se com aquela decisão, e
- (3) a busca e o desempenho de soluções direcionadas para reduzir atividades de alto risco.

CATANIA e col. (1990) ainda incluem os fatores identificados como importantes:

- (1) conhecimento dos riscos associados com práticas sexuais diversas e maneiras de incorporar atividades sexuais de baixo risco nas próprias relações de uma maneira satisfatória,
- (2) percepções de suscetibilidade em contrair o HIV,
- (3) custos e benefícios percebidos associados com redução de atividade de alto risco e aumento de atividades de baixo risco,
- (4) crenças na auto-eficácia,
- (5) estados emocionais, e
- (6) fatores sociais, incluindo habilidades de comunicação verbal, referência de normas de grupo, processos de busca de ajuda, e apoio social.

Denota-se, segundo esses autores, a necessidade de trabalhos adicionais para examinar o pleno alcance das construções propostas pelo ARRM.

BOYER e KEGELES (1991) ressaltam que o modelo ARRM, largamente usado com adultos que mantêm comportamento sexual de risco, por extensão, pode ser aplicado, também, em usuário de droga injetável. Referem, ainda, que o modelo tem sido usado, freqüentemente, em estudos descritivos e relacionados à intervenção com adultos e adolescentes atendidos em clínicas de planejamento familiar.

KLINE e VANLANDINGHAM (1994) utilizaram as construções do ARRM para examinar o uso de preservativo em uma amostra de 215 mulheres HIV-infectadas em Nova Jersey. Este estudo de corte transversal permitiu demonstrar que o modelo, inicialmente proposto para populações saudáveis, tem significância também para populações HIV-infectadas. É um estudo útil para demonstrar as relações entre as construções do ARRM e o uso do condom, permitindo, apenas, especular sobre a direção causal destas relações. Entretanto, esses autores acreditam que, para observar mudança comportamental utilizando o ARRM, os indivíduos deveriam ser seguidos longitudinalmente, visto que os modelos psicossociais relacionados à prevenção de doenças afirmam que a mudança comportamental representa um processo de várias etapas no decorrer do tempo.

2. Objetivos

Objetivo Geral:

Analisar os fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de DST/aids entre estudantes universitários dos cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL), de acordo com as construções do Modelo de Redução de Risco da Aids.

Objetivos específicos:

- 1) Identificar os fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de infecção pelo HIV ou outra DST entre estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina da UEL, utilizando-se as variáveis do Modelo de Redução de Risco da Aids.
- 2) Comparar os fatores psicossociais e comportamentais entre os acadêmicos do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina da UEL.

Tais objetivos visam propiciar conhecimento a respeito do atual estágio de preparação desta população para lidar com as DST/aids.

3. Método

3.1. Modalidade de pesquisa

Realizou-se um “survey” analítico, com a intenção de identificar os fatores psicossociais e comportamentais relacionados ao risco de DST/aids entre estudantes universitários dos cursos de Enfermagem e Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

3.2. Local da Pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida no Centro de Ciências da Saúde da UEL, no município de Londrina, região Norte do Paraná – Brasil. Esse município conta com aproximadamente 432.257 habitantes (FUNDAÇÃO IBGE, 1999) e, segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001a), ocupa o 38º lugar do país em número absoluto de casos e o 64º lugar se considerarmos o coeficiente de incidência (21,1 casos/100.000 habitantes).

De acordo com o Sistema de Informações e Agravos de Notificação - SINAN (2001) do Centro Integrado de Doenças Infecciosas (CIDI) de Londrina foram notificados 862 casos de aids no município até 05/05/2001, dos quais 52,5% foram a óbito. Em 08/05/2001 havia 409 casos de aids e 215 indivíduos HIV+ no município.

Dentre os casos notificados no município, destacam-se os seguintes tipos de exposição: heterossexual (32,9%); heterossexual/uso de drogas injetáveis (17,1%); homossexual (13,3%) e uso de drogas injetáveis (11,9%) (SINAN, 2001). Esses casos seguem a tendência nacional com relação à faixa etária, ou seja, 76,52% dos casos ocorreram na faixa etária dos 20 aos 39 anos de idade (SINAN, 1999).

Conforme mostrado anteriormente, o município de Londrina conta com uma estrutura de atendimento aos pacientes com HIV/aids bastante consistente. Vale assinalar ainda que o município está em fase de desenvolvimento do Plano

Operacional Anual 4 (POA 4) que conta com recursos do Bird, Governo Federal e Municipal e desenvolve alguns projetos nas áreas de assistência e prevenção.

3.3. População e Amostra

Da população, constituída por estudantes de primeiro e de último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina da Universidade Estadual de Londrina, foi selecionada uma amostra intencional, composta pelos 263 alunos matriculados no ano de 2000 nos referidos cursos e séries. Destes, 260 (98,9%) responderam ao instrumento de pesquisa. Com esta amostra, representando todos os alunos das primeiras e últimas séries dos cursos da UEL citados acima, pode-se fazer uma análise inferencial a partir dos resultados observados no estudo com os alunos das duas séries propostas.

Os alunos que não haviam iniciado atividade sexual foram excluídos do estudo, o que resultou em 183 estudantes sexualmente ativos (70,4% dos que responderam o questionário). Este critério foi adotado como necessário à utilização das variáveis do Modelo de Redução de Risco da Aids, uma vez que estão centradas em populações com risco não zero para adquirir DST/aids.

Optou-se pelos cursos de Enfermagem e Medicina, já que eles abrigam os futuros profissionais que mais atuarão em trabalhos educativos, visando a prevenção e controle das DST/aids. Apesar de serem cursos de duração diferente, eles têm em comum o fato de serem os únicos, da área de saúde da UEL, que se encontram em fase de implantação de currículos que utilizam a Pedagogia da Problematização (Enfermagem) e o Ensino Baseado em Problemas – PBL (Medicina). Esses novos currículos permitem uma abordagem não fragmentada das DST/aids, favorecendo a inclusão de aspectos psicossociais e comportamentais relacionados ao risco. As vivências de situações práticas (no caso da Problematização) e em grupo favorecem a discussão do tema entre os alunos, permitindo-lhes desenvolver o espírito crítico, especialmente relacionado aos próprios comportamentos.

3.4. Instrumento

3.4.1. Elaboração do instrumento

O instrumento foi estruturado a partir das variáveis selecionadas e baseado no Modelo de Redução de Risco da Aids (ARRM), proposto por CATANIA e col. (1990).

Algumas questões referem-se a dados que caracterizam a amostra (idade, sexo, curso, série, estado civil), ao passo que outras questões referem-se à identificação de fatores psicossociais e comportamentais relacionados ao risco de DST/aids. As questões foram distribuídas entre as etapas que compõem o ARRM, ou seja, **rotulação** (conhecimento das formas de transmissão, vulnerabilidade percebida, comportamento de risco do parceiro, discussão sobre DST/aids, crenças em saúde estereotipadas); **compromisso** (compromisso com a monogamia e intenção de uso do preservativo, normas sociais, eficácia pessoal, barreiras, fatores socioemocionais) e **desempenho** (tipo de relacionamento, comunicação, ação referente ao uso do preservativo, discussão sobre o uso do preservativo, uso de bebidas alcoólicas antes das relações sexuais, busca de esclarecimentos sobre dúvidas relacionadas às DST/aids) (CATANIA e col., 1990; CATANIA, 1998; CATANIA, s/d). As respostas, em sua grande maioria, eram fechadas e com possibilidade de mensuração das variáveis em nível de escala ordinal. Alguns conceitos foram incluídos no instrumento para conduzir à uniformidade na compreensão das questões.

O questionário, previamente estruturado, foi submetido à apreciação de cinco docentes do Departamento de Enfermagem da UEL que puderam emitir opinião e sugestões a respeito das questões propostas. O mesmo instrumento foi respondido por três estudantes: um que finalizava o segundo grau e dois que já cursavam o terceiro grau. As opiniões e sugestões desses docentes e alunos foram aplicadas na reestruturação de algumas questões para se obter maior clareza e compreensão.

3.4.2. Teste prévio

O questionário reestruturado foi submetido a teste prévio com 24 alunos dos cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina da Universidade Estadual de Maringá – PR, distribuídos igualmente entre a primeira e a última séries. Esses alunos possuem características semelhantes às da população de estudo. Além da verificação da clareza e compreensão das perguntas, esse grupo também permitiu prever o tempo gasto para responder a elas, ou seja, de 20 a 30 minutos. Dessa forma, o questionário pôde ser aperfeiçoado de acordo com a análise das respostas, críticas e sugestões do grupo. Esse pré-teste foi realizado no mês de março de 2000.

3.4.3. Questionário definitivo

Após análise das respostas ao pré-teste e sugestões, algumas questões foram agrupadas e os detalhes contidos no enunciado de algumas questões foram grifados. O instrumento definitivo (Anexo 3) foi então aplicado, tendo sido apenas alterada a codificação utilizada na tabulação dos dados (Anexo 4). As mesmas questões foram respondidas pelos alunos do primeiro e do último ano de cada curso.

3.5. Coleta de dados

Os dados foram coletados após autorização dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Centro de Ciências da Saúde da UEL e após contatos e esclarecimentos junto aos colegiados dos cursos de Medicina e Enfermagem desta última instituição de ensino superior.

Os alunos foram orientados verbalmente e através da Carta de Apresentação (Anexo 2) quanto aos objetivos da pesquisa para serem sensibilizados a responder, da melhor forma possível, o questionário. Após o consentimento em participar da pesquisa, o instrumento foi auto-aplicado, com a instrução de não se identificarem, assegurando, assim, o sigilo das respostas. Ainda, para manter a

privacidade das respostas, o questionário foi acompanhado de um “termo de responsabilidade” (Anexo 1) assinado pela pesquisadora, responsabilizando-se pelos dados coletados e pelo sigilo absoluto sobre as respostas emitidas individualmente. Após o preenchimento, o questionário foi colocado em envelope e lacrado, com a garantia da pesquisadora de que somente seria aberto após a devolução de todos os questionários respondidos por série e curso. A aplicação do questionário foi feita em sala de aula para a maioria dos alunos e, em alguns casos, como, por exemplo, os alunos do último ano de Medicina, em salas de reuniões próximas às enfermarias onde estavam atuando. Com o objetivo de preservar dados pessoais diante dos colegas, o questionário foi aplicado indistintamente a todos os alunos, com oferta de opções para os sexualmente ativos, assim como para os sexualmente inativos. Apenas os questionários dos indivíduos que haviam iniciado atividade sexual foram utilizados na presente pesquisa conforme justificativa anterior.

Dois alunos do curso de medicina e um do curso de enfermagem não responderam o questionário, sendo um por recusa e os outros, por motivo de incompatibilidade de horários. Vale ressaltar que a grande adesão dos alunos à pesquisa teve como ponto essencial o apoio de muitos docentes que cederam parte de seus horários de aula, incentivando os mesmos através da valorização da pesquisa. O questionário foi aplicado nos meses de maio e junho de 2000.

3.6. Análise dos dados

Os dados foram tabulados através do programa epi-info, versão 6.04. Outros programas computacionais utilizados foram Microsoft Excel para Windows 97, S-PLUS 4.5 e SPSS 8.0.

Para caracterizar o perfil do grupo de alunos estudados, apresenta-se uma análise exploratória com o cálculo de medidas descritivas (média, mediana e desvio padrão) e a construção de tabelas de frequências e gráficos do tipo Box-Plot (BUSSAD e MORETTIN, 1987). Algumas questões ainda foram analisadas descritivamente, utilizando-se os resultados de tabelas de frequências.

Para comparação dos alunos por ano do curso foram utilizados testes de homogeneidade para dados categorizados (teste Qui-quadrado e teste Exato de Fisher - para maiores detalhes ver PEREIRA, 1999 ou SIEGEL, 1956), teste não-paramétrico para dados ordinais (Mann-Whitney - para maiores detalhes ver SIEGEL, 1956). Os testes estatísticos foram calculados considerando-se um nível de significância de 0,05 (5%).

4. Resultados

Dos 263 alunos matriculados nos cursos de Enfermagem e Medicina da UEL no ano de 2000, 260 (98,9%) responderam o questionário. Desses, foram tabulados apenas os dados dos 183 alunos sexualmente ativos (70,4%).

Os resultados são apresentados em quatro partes, incluindo as variáveis relacionadas ao ARRM em cada etapa:

- caracterização da amostra
- rotulação de comportamentos sexuais (etapa 1)
- compromisso com atividades sexuais de baixo risco (etapa 2)
- desempenho para reduzir atividades de risco (etapa 3).

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

As tabelas e figuras que se seguem caracterizam a amostra quanto à idade, sexo, estado civil, curso e atividades sexuais, de acordo com o ano do curso em que os estudantes estavam matriculados.

Tabela 1: Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo faixa etária, sexo, estado civil e curso. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Variáveis	Total	Ano do Curso		Valor de p
	n = 183 (%)	Primeiro n = 83 (%)	Último n = 100 (%)	
Faixa etária				
17 a 19 anos	46 (25,7)	46 (56,8)	0 (0,0)	0,000**
20 a 22 anos	69 (38,5)	30 (37,0)	39 (39,8)	
23 a 25 anos	52 (29,1)	3 (3,7)	49 (50,0)	
26 a 45 anos	12 (6,7)	2 (2,5)	10 (10,2)	
<i>Valores faltantes = 4</i>				
Sexo				
Masculino	87 (47,5)	46 (55,4)	41 (41,0)	0,052*
Feminino	96 (52,5)	37 (44,6)	59 (59,0)	
<i>Valores faltantes = 0</i>				
Estado civil				
Solteiro	170 (92,9)	82 (98,8)	88 (88,0)	0,007**
Casado/União consensual	13 (7,1)	1 (1,2)	12 (12,0)	
<i>Valores faltantes = 0</i>				
Curso				
Enfermagem	78 (42,6)	30 (36,1)	48 (48,0)	0,106*
Medicina	105 (57,4)	53 (63,9)	52 (52,0)	
<i>Valores faltantes = 0</i>				

*Teste Qui-quadrado de Pearson.
**Teste Exato de Fisher.

Pode-se observar na tabela 1 que não houve diferença significativa entre os alunos do primeiro e do último ano quanto ao curso e sexo, embora a significância tenha sido muito próxima ao nível estabelecido ($p = 0,052$) para a variável sexo. Conforme esperado, houve diferença significativa quanto à faixa etária e estado civil, embora somente 7,1% dos estudantes sejam casados ou vivam em união consensual.

Quanto à idade de início da atividade sexual, a figura 1 mostra que houve semelhança entre os alunos do primeiro ano de ambos os sexos, com 50% dos casos variando de 16 a 18 anos (média de 16,9 para os homens e 16,6 para as mulheres). Percebe-se uma maior variabilidade entre os alunos do último ano, com 50% dos homens tendo iniciado a atividade sexual entre os 16 e 20 anos (média de 17,7 anos) e 50% das mulheres com início entre 17 e 20 anos (média de 18,4 anos). Os mais jovens iniciaram atividade sexual mais precocemente, sem distinção de

sexo. A idade mínima de início da atividade sexual foi de 12 anos (mulher, do primeiro ano) e a máxima de 28 anos (homem, do último ano).

Figura 1: Idade do início de atividade sexual dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo sexo e ano dos cursos. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000. (n=182**)

***Excluída uma resposta em branco.

A tabela 2 e a figura 2 apresentam dados que caracterizam as atividades sexuais dos estudantes quanto ao tipo e número parceiros sexuais. Não houve diferença significativa entre os alunos do primeiro e do último ano em relação a estas características.

Tabela 2: Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o tipo e o número de parceiros sexuais. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Variáveis	Total n = 183 (%)	Ano do Curso		Valor de p
		Primeiro n = 83 (%)	Último n = 100 (%)	
Tipo de parceiros Sexuais nos últimos 5 anos				
Sexo oposto	176 (96,7)	79 (96,3)	97 (97,0)	0,813**
Mesmo sexo ou ambos	5 (2,7)	2 (2,4)	3 (3,0)	
Não tem parceiro sexual	1 (0,5)	1 (1,2)	0 (0,0)	
<i>Valores faltantes = 1</i>				
Tipo de parceiro Sexual atual				
Sexo oposto	150 (82,0)	64 (77,1)	86 (86,0)	0,065**
Mesmo sexo ou ambos	5 (2,7)	1 (1,2)	4 (4,0)	
Não tem parceiro sexual	28 (15,3)	18 (21,7)	10 (10,0)	
<i>Valores faltantes = 0</i>				
Número de parceiros sexuais durante a vida				
Até 1	56 (31,8)	26 (33,8)	30 (30,3)	0,625*
2 ou mais	120 (68,2)	51 (66,2)	69 (69,7)	
<i>Valores faltantes = 7</i>				
Número de parceiros sexuais no último ano				
Até 1***	128 (71,9)	59 (74,7)	69 (69,7)	0,462*
2 ou mais	50 (28,1)	20 (25,3)	30 (30,3)	
<i>Valores faltantes = 5</i>				

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

**Teste Exato de Fisher.

***17 alunos referiram não ter tido nenhum parceiro, sendo 10 do primeiro ano e 07 do último.

Em relação ao tipo de parceiro sexual, a maioria dos alunos referiu ter tido parceiros do sexo oposto nos últimos cinco anos (96,7%), bem como nos relacionamentos atuais (82,0%). Parceiros anteriores e atuais do mesmo sexo ou de ambos os sexos foram citados por 2,7% dos alunos.

A tabela 2 mostra que a maioria dos alunos (68,2%) referiu ter tido dois ou mais parceiros sexuais durante a vida e até um parceiro (71,9%) no decorrer do último ano. Dezesete alunos referiram não ter tido nenhum parceiro no último ano.

Figura 2: Número de parceiros sexuais durante toda a vida citado pelos estudantes de Enfermagem e Medicina, segundo o sexo e o ano do curso. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000 (n=153**)

*** Excluídas as respostas “vários, mas não sei o número” (23); “não quero responder” (04); e as respostas em branco(03)

A figura 2 mostra que o número de parceiros sexuais durante toda a vida variou de 1 a 15. Dentre os alunos do primeiro ano, as mulheres tiveram maior número de parceiros (50% das mulheres citaram de 1 a 5 parceiros); enquanto que entre os alunos do último ano, observou-se que os homens tiveram maior número de parceiros (50% dos homens citaram de 3 a 6 parceiros).

A média geral foi de 3,07 (Desvio Padrão – DP 2,42) parceiros entre os alunos do primeiro ano e 3,42 (DP 3,26) parceiros entre os alunos do último ano. Entre os homens a média de parceiros foi 3,0 (DP 2,46) e de 4,78 (DP 3,61) para os alunos do primeiro e do último ano, respectivamente. No caso das mulheres, a média foi de 3,14 (DP 2,40) e de 2,86 (DP 2,97) parceiros para alunas do primeiro e do

último ano, respectivamente. É importante salientar que valores extremos como 15, por exemplo, podem aumentar o valor real da média. Entretanto, 23 alunos que assinalaram “vários parceiros, mas não sei o número”, não foram incluídos nesse cálculo, o que poderia também aumentar a média apresentada.

Quanto ao número de parceiros sexuais no decorrer do último ano, as referências variaram de zero a seis parceiros. A média foi de 1,24 (DP 0,90) e de 1,45 (DP 1,18) parceiros para os alunos do primeiro e do último ano, respectivamente. Não foram incluídos neste cálculo os sete alunos que assinalaram as alternativas “vários, mas não sei o número” (poderia elevar a média) e os cinco que assinalaram “não quero responder” ou deixaram em branco. Por outro lado, os 17 alunos que assinalaram “nenhum parceiro no último ano” foram incluídos no cálculo, o que poderia reduzir a média geral de parceiros.

A tabela 3 apresenta as características dos alunos quanto ao uso e escolha de métodos contraceptivos durante o período de vida sexual ativa.

Tabela 3: Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o uso de método de controle de natalidade e tipos de métodos mais usados. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Variáveis	Total	Ano do Curso		Valor de p
	N=183(%)	Primeiro n=83(%)	Último n=100(%)	
Uso de método de controle de natalidade				
Nunca	4 (2,3)	2 (2,5)	2 (2,1)	0,141**
Uso descontinuo***	53 (30,1)	18 (22,8)	35 (36,1)	
Sempre	119 (67,6)	59 (74,7)	60 (61,9)	
<i>Valores faltantes = 7</i>				
Método de controle de natalidade				
Pílulas anticoncepcionais				
Nunca	74 (40,6)	43 (52,4)	31 (31,0)	0,01*
Uso descontinuo***	56 (30,8)	23 (28,0)	33 (33,0)	
Sempre	52 (28,6)	16 (19,5)	36 (36,0)	
<i>Valores faltantes = 1</i>				
Camisinhas				
Nunca	30 (16,5)	16 (19,5)	14 (14,0)	0,08*
Uso descontinuo***	90 (49,4)	33 (40,2)	57 (57,0)	
Sempre	62 (34,1)	33 (40,2)	29 (29,0)	
<i>Valores faltantes = 1</i>				
Coito interrompido				
Nunca	112 (61,5)	51 (62,2)	61 (61,0)	0,97**
Uso descontinuo***	62 (34,1)	27 (32,9)	35 (35,0)	
Sempre	8 (4,4)	4 (4,9)	4 (4,0)	
<i>Valores faltantes = 1</i>				
Tabelinha				
Nunca	126 (69,2)	59 (72,0)	67 (67,0)	0,48**
Uso descontinuo***	45 (24,7)	17 (20,7)	28 (28,0)	
Sempre	11 (6,0)	6 (7,3)	5 (5,0)	
<i>Valores faltantes = 1</i>				

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

**Teste Exato de Fisher.

***Uso descontinuo (raramente, às vezes, muito frequentemente)

A maioria dos alunos (67,6%) sempre usa algum método de controle de natalidade, não havendo diferença significativa entre aqueles do primeiro e os do último ano dos cursos.

Os métodos contraceptivos mais citados como de uso contínuo foram a camisinha (34,1%), as pílulas anticoncepcionais (28,6%), a tabelinha (6,0%) e o coito interrompido (4,4%).

Observou-se diferença significativa entre as duas séries no que se refere ao uso de contraceptivos orais, com uma proporção maior de usuários entre os alunos do último ano. Apesar da diferença não ter sido significativa com relação ao uso do preservativo, nota-se que a proporção dos alunos do primeiro ano que o usam de forma regular é maior do que a dos alunos do último ano (40,2% e 29,0%, respectivamente). Destaca-se ainda que 65,9% do total de alunos referiram fazer uso descontinuo ou nunca usar o preservativo, resultando em risco de exposição ao HIV e outras DST.

4.2. ROTULAÇÃO DE COMPORTAMENTOS SEXUAIS

As tabelas enumeradas de 4 a 10 apresentam resultados relacionados à etapa I do modelo ARRM, em que as variáveis tentam identificar a percepção de risco para DST/aids entre os estudantes da amostra, além de outras variáveis relacionadas à rotulação do comportamento sexual de risco.

De acordo com o ARRM, o indivíduo precisa conhecer as formas de transmissão do HIV para reconhecer que está em risco de contrair o vírus quando se engaja em relações sexuais desprotegidas; embora nem sempre este conhecimento esteja associado ao uso ou intenção de uso de preservativos. A tabela 4 apresenta os dados relacionados ao conhecimento da transmissão do HIV/aids entre os estudantes da amostra pesquisada.

Tabela 4: Estatísticas descritivas do conhecimento das formas de transmissão da aids entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Formas de Transmissão	Ano do Curso						Teste Mann Whitney U p
	Primeiro			Último			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
- Usando banheiro público.	1,25	1	0,58	1,18	1	0,41	0,42
- Quando alguém com aids tossir ou espirrar em você.	1,25	1	0,58	1,29	1	0,52	0,42
- Sentando na mesma cadeira de onde se levantou uma pessoa infectada ou doente.	1,02	1	0,15	1,02	1	0,14	0,85
- Apertando as mãos ou abraçando alguém com aids.	1,00	1	0,00	1,02	1	0,14	0,19
- Doando sangue.	1,52	1	0,63	1,18	1	0,48	0,00
- Pela picada de mosquito ou outros insetos.	1,39	1	0,84	1,32	1	0,84	0,33
- Mãe para filho durante a gestação.	1,80	2	0,76	1,59	2	0,59	0,10
- Compartilhando seringas e agulhas já utilizadas.	1,04	1	0,19	1,05	1	0,22	0,65
- Tendo relação sexual sem camisinha.	1,18	1	0,42	1,30	1	0,48	0,06
- Tendo relação sexual com muitos parceiros com uso irregular da camisinha.	1,13	1	0,34	1,23	1	0,45	0,11
- Retirando o pênis antes do final da relação (antes da ejaculação).	1,43	1	0,72	1,41	1	0,62	0,85
- Tendo relação sexual sem camisinha com pessoa conhecida.	2,02	2	0,73	1,91	2	0,69	0,30
- Tendo relação sexual sem camisinha com alguém que tenha aparência saudável.	1,65	2	0,61	1,58	2	0,55	0,51
- Através de copos e talheres.	1,13	1	0,51	1,21	1	0,56	0,15
Soma	18,82	18	2,59	18,20	18	3,03	0,08

O nível de conhecimento das formas de transmissão da aids foi estabelecido de acordo com a codificação apresentada no Anexo 4, buscando o sentido de que quanto maior o conhecimento menor o valor encontrado. Assim, considerando-se que havia 14 itens com valores de 1 a 5 cada um, a amplitude da

questão poderia variar entre 14 (maior conhecimento) e 70 pontos (menor conhecimento).

A tabela 4 mostra que o conhecimento geral das formas de transmissão da aids é muito bom (a soma das médias foi de 18,82 e 18,20 pontos para os alunos do primeiro e do último ano, respectivamente), não havendo diferença entre os anos do curso. No entanto, pode-se dizer que os alunos do primeiro ano estão mais desinformados quanto à transmissão da aids na “doação de sangue” em relação aos alunos do último ano, pois foi o único item que mostrou diferença significativa entre as séries.

Tabela 5: Estatísticas descritivas do grau de preocupação ou ansiedade de ter adquirido DST ou aids no passado, ou de adquiri-las no futuro, entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Variáveis	Ano do Curso						Teste Mann Whitney U p
	Primeiro			Último			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
- Você está preocupado ou ansioso com a possibilidade de ter mantido relação sexual com alguém no passado que poderia ter transmitido a você o vírus da aids.....	3,66	4	0,69	3,60	4	0,75	0,65
- Você está preocupado ou ansioso com a possibilidade de ter mantido relação sexual com alguém no passado que poderia ter transmitido a você alguma DST.....	3,68	4	0,63	3,60	4	0,70	0,40
- Você está preocupado ou ansioso com a possibilidade de adquirir o vírus da aids no futuro.....	2,49	3	0,96	2,67	3	0,87	0,23
- Você está preocupado ou ansioso com a possibilidade de adquirir alguma DST no futuro.....	2,63	3	0,98	2,82	3	0,88	0,20
Soma	12,34	12	2,39	12,52	13	2,80	0,39

A codificação estabelecida no anexo 4 indica que os limites de variação das respostas da questão 17 poderiam oscilar entre 4 e 16, indicando menor grau de preocupação/ansiedade quando o valor for maior. Observa-se pela tabela 5 que o somatório das médias foi de 12,34 no primeiro ano e 12,52 no último, o que, segundo o modelo ARRM, coloca esses indivíduos numa situação mais próxima de exposição ao risco de DST/aids, não apresentando diferença significativa entre as séries. Na análise das partes, nota-se maior grau de preocupação ou ansiedade de adquirir DST/aids no futuro, em detrimento de tê-las adquirido no passado.

Perguntados se foram acometidos por alguma DST, 15 alunos (8,2%) responderam afirmativamente, sendo 73,3% do último ano. Além desses, outro aluno assinalou ser portador do HIV. As DST mais citadas foram herpes genital (28,6%), clamídia (21,4%), condiloma/HPV (14,2%). Outras citadas: candidíase, gonorréia e tricomoníase. Desses alunos, 35,7% referiram ter tido DST no período dos últimos 6 a 12 meses; o mesmo percentual no período dos últimos 13 a 24 meses, ou seja, a maioria (71,4%) teve alguma DST há menos de dois anos. Destaca-se que 7 alunos (3,8%) referem não saber se têm ou tiveram alguma DST, sendo 2 alunos do último ano.

A percepção de risco pessoal foi analisada numa escala de 1 a 5. Os escores próximos a 1 indicam probabilidade muito grande de adquirir DST ou aids. A tabela 6 apresenta as médias, medianas e desvios padrão dessa variável, assim como sua significância.

Tabela 6: Estatísticas descritivas da percepção de risco pessoal de adquirir DST/aids entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Probabilidade	Ano do Curso						Teste Mann Whitney U p
	Primeiro			Último			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
- de você adquirir o vírus da aids nos próximos cinco anos	4,12	4	0,68	4,09	4	0,64	0,71
- de alguém na sua faixa etária adquirir o vírus da aids	1,89	2	0,86	2,04	2	0,87	0,24
- de você adquirir alguma DST nos próximos cinco anos	4,01	4	0,76	4,06	4	0,72	0,68
- de alguém na sua faixa etária adquirir alguma DST	1,87	2	0,84	2,04	2	0,89	0,18

A tabela 6 indica que a percepção de risco pessoal para DST/aids é quase nula, ou seja, tanto os universitários do primeiro ano quanto os do último não se percebem como pessoas vulneráveis e apresentam uma média maior do que quatro, indicando pequena ou nenhuma probabilidade de adquirir essas infecções. De forma diferente, esses alunos percebem que indivíduos da mesma faixa etária têm maior possibilidade de adquiri-las. A média situa-se em torno de 1,87 para o primeiro ano e 2,04 para o último, ou seja, a possibilidade do “outro” adquirir DST/aids foi classificada como “grande”. Observa-se que não há diferença significativa entre o comportamento dos alunos das duas séries pesquisadas.

A tabela 7 confirma essa tendência, quando a maioria dos alunos (62,8%) considera seu comportamento sexual de baixo risco; 23,9% de nenhum risco e somente 3,3% o consideram de alto risco.

Tabela 7: Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo a classificação do risco pessoal em decorrência de seu comportamento sexual. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Considero meu comportamento sexual como	Total	Ano do Curso		Valor de p
	n = 183 (%)	Primeiro n = 83 (%)	Último n = 100 (%)	
Alto risco	6 (3,3)	1 (1,2)	5 (5,0)	0,437*
Médio risco	18 (10,0)	7 (8,7)	11 (11,0)	
Baixo risco	113 (62,8)	50 (62,5)	63 (63,0)	
Nenhum risco	43 (23,9)	22 (27,5)	21 (21,0)	
Valores faltantes = 3				

*Teste Exato de Fisher.

Percentuais semelhantes são observados quando cada série é analisada separadamente, ou seja, 62,5% dos alunos do primeiro ano e 63,0% do último ano referiram ter comportamento sexual de baixo risco. Não houve diferença significativa entre os anos do curso.

A tabela 8 apresenta a percepção dos estudantes quanto ao comportamento de risco do(s) parceiro(s). As alternativas da questão “o seu parceiro sexual tem ou teve relação sexual com outra(s) pessoa(s)?” foram agrupadas para facilitar a análise sem, contudo, haver prejuízo na sua interpretação. Assim, os itens “sim, ainda tem” e “sim, não tem mais” foram agrupados no item “sim”. Na segunda variável da tabela (uso da camisinha), foram computadas apenas as respostas “sim” e “não sei” da variável anterior.

Tabela 8: Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o comportamento de risco para DST/aids do(s) parceiro(s) sexual(ais). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Variáveis	Total	Ano do Curso		Valor de p
	n (%)	Primeiro n (%)	Último n (%)	
Parceiro tem ou teve relação sexual com outra pessoa (n=183)				
Sim	92(53,5)	34 (44,7)	58(60,4)	0,117*
Não	47(27,3)	24 (31,6)	23 (24,0)	
Não sei	33(19,2)	18 (23,7)	15 (15,6)	
Valores faltantes = 11				
Uso de camisinha pelo parceiro Sexual nas relações sexuais com outros parceiros (n=125**)				
Sim	48(38,4)	23 (43,4)	25 (34,7)	0,529*
Não/às vezes	26(20,8)	9 (17,0)	17 (23,6)	
Não sei	51(40,8)	21 (39,6)	30 (41,7)	
Valores faltantes = 0				

*Teste Qui-quadrado de Pearson.
**Computadas apenas as respostas com opções “sim” e “não sei” para a variável anterior

Observou-se que 53,5% dos alunos referiram que seu parceiro tem ou teve relação sexual com outra pessoa e 19,2% desconhecem esse passado. O uso da camisinha pelo parceiro com outros parceiros sexuais foi referido por apenas 38,4% desses alunos e o não conhecimento desta questão por 40,8%. Não se observou diferença significativa entre os anos dos cursos para as duas variáveis.

A discussão sobre DST/aids e risco pessoal com amigos e/ou parceiros sexuais, vista como elemento necessário à percepção da própria vulnerabilidade a essas infecções, é apresentada na tabela 9.

Tabela 9: Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo discussão sobre DST/aids e risco pessoal com amigos e/ou parceiros sexuais. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Discussão sobre DST/aids com amigos ou parceiros sexuais	Total	Ano do Curso		Valor de p
	n = 183 (%)	Primeiro n = 83 (%)	Último n = 100 (%)	
Sim/às vezes	166 (90,7)	73 (88,0)	93 (93,0)	0,242*
Não	17 (9,3)	10 (12,0)	7 (7,0)	
Valores faltantes = 0				

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

Observa-se que 90,7% dos alunos referiram discutir sobre DST/aids e risco pessoal com amigos ou parceiros sexuais, não se observando diferença significativa entre os alunos do primeiro e os do último ano.

A tabela 10 mostra que os alunos de um modo geral, não apresentam crenças em saúde estereotipadas, o que é demonstrado pelos baixos escores das variáveis analisadas: os valores de cada item poderiam variar de 1 a 5, totalizando no mínimo 7 e no máximo 35. Maiores valores indicariam que os alunos apresentam estereótipos de pessoas portadoras de HIV/aids.

Tabela 10: Estatísticas descritivas da identificação de crenças em saúde estereotipadas entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Variáveis	Ano do Curso						Teste Mann Whitney U p
	Primeiro			Último			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
- Você sempre pode perceber se uma pessoa tem o vírus da aids	1,20	1	0,69	1,07	1	0,29	0,14
- O vírus da aids acomete apenas homens homossexuais e usuários de drogas injetáveis	1,02	1	0,22	1,05	1	0,26	0,26
- Pessoas idosas não precisam se preocupar com a possibilidade de adquirir o vírus da aids	1,06	1	0,24	1,11	1	0,37	0,43
- Pessoas heterossexuais não precisam se preocupar muito com a possibilidade de adquirir o vírus da aids	1,00	1	0,00	1,01	1	0,10	0,36
- Eu não sou o tipo de pessoa que poderia pegar aids	1,94	1	1,23	1,97	2	1,08	0,57
- Eu não tenho relação com o tipo de pessoa que poderia ter aids	2,14	2	1,23	2,42	3	1,21	0,11
- Há coisas que as pessoas podem fazer para evitar o vírus da aids	1,04	1	0,33	1,17	1	0,62	0,02
Soma	9,41	9	2,52	9,78	10	2,31	0,16

A soma geral das médias foi 9,41 para os alunos do primeiro ano e 9,78 para os do último, não havendo diferença entre o comportamento desses dois grupos quanto às crenças em saúde estereotipadas em relação à aids.

Destaca-se que as alternativas “eu não sou o tipo de pessoa que poderia pegar aids” e “eu não tenho relação sexual com o tipo de pessoa que poderia ter aids” apresentam os maiores escores médios e os maiores desvios padrão, tanto para os alunos do primeiro quanto para os alunos do último ano, indicando a menor possibilidade de exposição à infecção pelo HIV/aids, segundo a própria percepção.

4.3. COMPROMISSO COM ATIVIDADES SEXUAIS DE BAIXO RISCO

A rotulação de um comportamento como de risco para a transmissão de DST/aids pode, segundo o modelo ARRM, não levar à adoção de comportamento seguro se o indivíduo não se comprometer seriamente com as atividades sexuais preventivas. Assim, as tabelas 11 a 15 apresentam as variáveis relacionadas ao compromisso com medidas preventivas e barreiras ao uso dessas medidas, tais como: custos e benefícios da ação, barreiras, normas sociais, entre outras.

Tabela 11: Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o compromisso com a monogamia e o uso de preservativo. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Variáveis	Total	Ano do Curso		Valor de p
	n (%)	Primeiro n(%)	Último n (%)	
Possibilidade de ter relação sexual com mais do que uma pessoa nos próximos dois meses (n=183)				
Sim, talvez***	79 (43,2)	37 (44,6)	42 (42,0)	0,726*
Não	104 (56,8)	46 (55,4)	58 (58,0)	
Valores faltantes = 0				
Uso de preservativo com o parceiro estável nos próximos dois meses (para quem tem parceiro estável, n=117)				
Nunca	30 (25,6)	8 (20,5)	22 (28,2)	0,289*
Às vezes	50 (42,7)	15 (38,5)	35 (44,9)	
Sempre	37 (31,6)	16 (41,0)	21 (26,9)	
Valores excedentes = 03				
Uso de preservativo com parceiros sexuais nos próximos dois meses (para quem não tem parceiro estável, n=69)				
Nunca	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,028**
Às vezes	10 (16,7)	3 (7,7)	7 (33,3)	
Sempre	50 (83,3)	36 (92,3)	14 (66,7)	
Valores faltantes = 09				

*Teste Qui-quadrado de Pearson.
**Teste Exato de Fisher.
***"Sim, talvez" é a somatória das respostas "sim", "possivelmente" e "não sei"

A possibilidade de manter relação sexual com mais de uma pessoa nos próximos dois meses foi referida por 43,2% dos alunos, não se observando diferença significativa entre os alunos do primeiro e os do último ano (tabela 11).

Entre os estudantes, que têm parceiro estável, prevalecem as intenções de uso eventual ou não uso do preservativo (68,3%) nos próximos dois meses. A diferença entre os alunos do primeiro e do último ano não foi significativa, embora o percentual de alunos do primeiro ano que pretende usar o preservativo seja maior do que o do último ano (41% e 26,9%, respectivamente).

Entre os universitários que não têm parceiro estável, a grande maioria (83,3%) pretende sempre usar o preservativo, observando-se diferença significativa entre as séries, indicando maior compromisso dos alunos do primeiro ano. Dentre os 50 alunos que referiram a intenção de sempre usar o preservativo com parceiros eventuais, 72% são do primeiro ano.

As tabelas 12 a 15 referem-se à questão 31 do questionário que avalia aspectos relacionados ao compromisso com o uso de preservativos. A codificação, conforme apresentada no anexo 4, indica que os valores de cada item variam de 1 a 5, verificando-se que quanto maior o valor da resposta, pior a atitude dos alunos. Os itens “i” e “j” foram excluídos por apresentarem incoerência nas respostas.

Tabela 12 Estatísticas descritivas da identificação de normas sociais relacionadas ao uso de preservativos referentes aos amigos dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Normas sociais	Ano do Curso						Teste Mann Whitney U p
	Primeiro			Último			
	Média	Media- na	Desvio Padrão	Média	Media- na	Desvio Padrão	
a) A maioria de seus amigos acha que é difícil usar camisinha	2,41	2	1,26	2,86	3	1,08	0,00
b) A maioria de seus amigos acha que as pessoas sempre deveriam usar camisinha quando tivessem relação sexual com uma nova pessoa	1,75	1	1,14	1,73	1	1,15	0,85
c) A maioria de seus amigos usa camisinha quando tem relação sexual com uma nova pessoa	2,17	2	1,41	2,41	2	1,46	0,18
d) A maioria de seus amigos acha que as pessoas sempre deveriam usar camisinha quando tivessem relação sexual, mesmo com o parceiro estável	2,36	2	1,24	2,74	3	1,20	0,02
e) Atualmente, a maioria das pessoas de sua idade está usando camisinha	2,66	2	1,18	2,79	3	1,12	0,45
Soma	11,35	11	4,25	12,43	12	4,07	0,06

A maior média observada entre os alunos do primeiro ano foi relacionada ao item “e” (2,66), indicando que desconhecem ou não concordam totalmente com a afirmação da questão “atualmente a maioria das pessoas de sua idade está usando camisinha”. Entre os alunos do último ano, os maiores escores médios foram relacionados aos itens “a” (2,86), “d” (2,74) e “e” (2,79), observando-se ainda uma mediana de 3 para todas essas questões. Isso pode estar indicando pior atitude relacionada ao uso do preservativo, seja por desconhecimento dessas normas ou por influência da percepção dos grupos de amigos.

Observa-se ainda na tabela 12 que houve diferença significativa para os itens “a maioria de seus amigos acha que é difícil usar camisinha” e “a maioria de seus amigos acha que as pessoas sempre deveriam usar camisinha quando tivessem relação sexual, mesmo com o parceiro estável”, em que os alunos do último ano apresentam sempre maior valor indicando pior atitude.

A tabela 13 indica a relação entre custo e benefício quando as ações são percebidas como efetivas para reduzir o risco de contrair HIV.

Tabela 13: Estatísticas descritivas da relação custo/benefício (eficácia pessoal) percebida pelo uso do preservativo entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Eficácia da resposta	Ano do Curso						Teste Mann-Whitney U p
	Primeiro			Último			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
f) Há muito pouco a fazer quando algum(a) parceiro(a) sexual não concorda em usar camisinha.	1,42	1	0,81	1,60	1	0,89	0,11
g) Há muito pouco que uma pessoa possa fazer para evitar o vírus da aids.	1,26	1	0,86	1,06	1	0,24	0,44
h) Se você sempre usa camisinha é impossível adquirir o vírus da aids ao ter relação sexual.	2,76	3	1,01	2,64	3	0,98	0,46
k) Se você quer usar camisinha e seu parceiro não, você evita ter relação sexual.	1,99	1	1,24	1,86	2	0,95	0,94
l) Se você estivesse pensando em ter relação sexual com um novo parceiro, você garante que teria camisinha para usar.	1,94	1	1,27	1,67	1	1,09	0,15
m) O uso da camisinha é uma boa maneira de proteger seu parceiro sexual de doenças transmitidas através das relações sexuais.	1,14	1	0,47	1,12	1	0,41	0,85
n) As camisinhas frequentemente se rompem ou escapam durante as relações Sexuais.	2,17	2	1,07	2,02	2	0,80	0,60
Soma	12,66	12	3,25	11,92	12	2,25	0,21

De modo geral, tanto os alunos do primeiro quanto os alunos do último ano percebem uma boa relação entre custo e benefício no que se refere ao uso do preservativo. O escore médio geral que poderia variar de 7 a 35, ficou em 12,66 para o primeiro ano e 11,92 para o último ano, não havendo diferença significativa entre as séries. Da mesma forma, não há diferença significativa entre esses alunos se analisarmos os escores médios de cada item deste grupo, separadamente (tabela 13).

Tabela 14: Estatísticas descritivas da identificação de barreiras do meio/financeiras relacionadas ao uso do preservativo entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Barreiras meio/financeira	Ano do Curso						Teste Mann Whitney U p
	Primeiro			Último			
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
o) É difícil encontrar lugares para comprar camisinha.	1,33	1	0,77	1,18	1	0,61	0,08
p) O custo da camisinha é muito alto.	2,58	3	1,14	2,19	2	1,10	0,03
Soma	3,90	4	1,61	3,37	3	1,31	0,03

Numa amplitude de 2 a 10, o escore médio geral foi de 3,37 para o último ano e 3,90 para o primeiro ano, com $p= 0,03$, indicando que esses valores diferem significativamente. Vale destacar que o item “O custo da camisinha é muito alto” apresenta diferença significativa no escore médio quanto ao ano do curso, em que os alunos do primeiro ano apresentam maior valor, indicando percepção de custo mais elevado, podendo interferir negativamente na consistência do uso do preservativo (tabela 14).

A tabela 15 apresenta dados relacionados ao prazer/constrangimento, a crenças no uso do preservativo e outros fatores socioemocionais que poderiam influenciar na consistência do uso do preservativo.

Tabela 15: Estatísticas descritivas dos fatores socioemocionais relacionados ao uso do preservativo entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Fatores socioemocionais	Ano do Curso						Teste Mann Whitney U p
	Primeiro			Último			
	Média	Media- na	Desvio Padrão	Média	Media- na	Desvio Padrão	
q) O uso da camisinha é imoral.	1,04	1	0,24	1,13	1	0,49	0,09
r) É constrangedor comprar camisinhas.	2,12	2	1,09	1,92	1	1,05	0,20
s) Para as mulheres: é embaraçoso colocar uma camisinha no homem Para os homens: é embaraçoso colocar uma camisinha	1,94	1	1,14	1,65	1	0,90	0,12
t) Para as mulheres: se uma mulher deseja que seu parceiro use camisinha, ele poderia pensar que ela teve relação sexual com outra pessoa. Para os homens: se um homem deseja usar camisinha, sua parceira poderia pensar que ele teve relação sexual com outra pessoa.	1,80	1	1,04	2,14	2	1,02	0,01
u) A relação sexual não é boa. Quando se usa a camisinha.	2,17	2	1,10	1,93	2	0,96	0,16
v) O uso da camisinha dificulta o orgasmo do homem.	2,16	2	1,38	2,08	2	1,28	0,88
x) O uso da camisinha dificulta o orgasmo da mulher.	2,28	2	1,51	1,96	1	1,28	0,24
Soma	13,23	13	4,35	12,76	12	3,96	0,57

A soma geral das médias, que poderia variar de 7 a 35 (1 a 5 para cada item), indica que o uso de preservativos parece não estar sofrendo interferência de fatores socioemocionais, não se observando diferença entre o comportamento dos alunos do primeiro e os do último ano (tabela 15).

4.4. DESEMPENHO PARA REDUZIR ATIVIDADES DE RISCO

As tabelas 16 a 23 apresentam as variáveis relacionadas à etapa 3 do ARRM, ou seja, o desempenho de medidas preventivas para reduzir atividades que levem ao risco de DST/aids. A tabela 16, especificamente, indica as características das relações sexuais da amostra pesquisada.

Tabela 16: Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o tipo de relacionamento nos últimos doze meses, existência de relacionamento estável atual e tempo de relacionamento. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.				
Variáveis	Total	Ano do Curso		Valor de p
	n = 183 (%)	Primeiro n = 83 (%)	Último n = 100 (%)	
Tipo de relacionamento nos últimos doze meses				
Estável	88 (48,1)	31 (37,3)	57 (57,0)	0,004**
Estável e eventuais	41 (22,4)	18 (21,7)	23 (23,0)	
Eventuais	42 (22,9)	29 (34,9)	13 (13,0)	
Nenhum	12 (6,6)	5 (6,0)	7 (7,0)	
Valores faltantes = 0				
Existência de relacionamento estável atual				
Sim	114 (62,3)	39 (47,0)	75 (75,0)	0,000*
Não	69 (37,7)	44 (53,0)	25 (25,0)	
Valores faltantes = 0				
Tempo de relacionamento estável (n=114)				
<1 ano	23 (20,5)	13 (34,2)	10 (13,5)	0,002**
1 --3 anos	33 (29,5)	12 (31,6)	21 (28,4)	
3 --5 anos	29 (25,9)	11 (28,9)	18 (24,3)	
5 ou mais anos	27 (24,1)	2 (5,3)	25 (33,8)	
Valores faltantes = 2				

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

**Teste Exato de Fisher.

Observou-se diferença significativa no tipo de relacionamento, nos últimos doze meses, entre os alunos do primeiro e os do último ano, com maior proporção de relacionamentos eventuais entre os alunos de primeiro ano e maior proporção de estáveis no último ano. Dentre os 88 alunos que referiram relacionamento estável, 64,8% são do último ano.

A existência de relacionamento estável atual também mostrou-se diferente entre os alunos do primeiro e os do último ano. Observou-se que 62,3% dos alunos referiram ter relacionamento estável, o que entre os alunos do último ano corresponde a 75,0% e entre os do primeiro ano a 47,0% (tabela 16). Dos 114 alunos que citaram relacionamento estável atual, 65,8% são do último ano.

Observa-se ainda na tabela 16 que o tempo de relacionamento estável também mostrou-se significativamente diferente entre os alunos do primeiro e os do último ano, com maior proporção de alunos com maior tempo de relacionamento estável no último ano.

A habilidade dos estudantes relacionada à comunicação com parceiros sexuais (Questão 32) e a escala de comunicação com novos parceiros (Questão 33) são apresentadas nas tabelas 17 e 18, respectivamente. Cada item foi codificado de 1 a 4, indicando que quanto maior o resultado obtido pior é a comunicação. A opção “não tenho vida sexual ativa”, da questão 32, e as opções “não quero responder”, “não se aplica à minha pessoa”, da questão 33, não foram consideradas na análise.

Tabela 17: Estatísticas descritivas da habilidade de comunicação com o parceiro sexual entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Habilidade de comunicação	Ano do Curso						Teste Mann Whitney U p
	Média	Media-na	Desvio Padrão	Média	Media-na	Desvio Padrão	
Eu acho que alguns problemas sexuais são muito desconcertantes para serem tratados com meu parceiro Sexual.	1,93	2	0,92	1,80	1	1,01	0,27
É fácil contar a meu (minha) parceiro(a) o que eu gosto e o que eu não gosto de fazer durante a relação sexual.	2,06	2	0,84	2,08	2	1,08	0,74
Acredito que seja difícil para o(a) meu(minha) parceiro(a) dizer-me o que gosta de fazer durante a relação sexual.	2,30	2	0,93	2,00	2	0,99	0,04
Meu (minha) parceiro(a) sexual realmente se importa muito a respeito do que eu penso sobre sexo.	1,64	1	0,86	1,55	1	0,86	0,31
Em geral, falar de sexo com meu (minha) parceiro(a) sexual é prazeroso para os dois.	1,63	1	0,74	1,49	1	0,73	0,14
Soma	9,51	10	2,93	8,89	9	3,06	0,19

Pode-se observar pela tabela 17 que não há diferença entre o comportamento dos alunos do primeiro e os do último ano quanto à escala de comunicação geral (soma de todos os itens) para proteção à saúde. Para ambos os grupos ela pode ser considerada boa: numa amplitude que poderia variar de 5 a 20, esses valores ficaram em 9,51 para o primeiro ano e 8,89, para o último ano. Para o item “Acredito que seja difícil para o(a) meu(minha) parceiro(a) dizer-me o que gosta de fazer durante a relação sexual” houve diferença significativa entre as séries, indicando maior dificuldade relacionada a este aspecto da comunicação entre os alunos do primeiro ano.

Tabela 18: Estatísticas descritivas da escala de comunicação sexual com novos parceiros referida pelos alunos do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Comunicação com novos parceiros	Ano do Curso						Teste Mann Whitney U p
	Primeiro			Último			
	Média	Media- na	Desvio Padrão	Média	Media- na	Desvio Padrão	
Perguntou a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual o que ele(ela) pensa a respeito de usar camisinha antes que vocês tivessem relação sexual	1,86	2	1,60	1,63	1	1,58	0,32
Perguntou a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a respeito do número de parceiros(as) que teve no passado	2,04	2	1,67	1,95	2	1,64	0,58
Disse a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a respeito do número de parceiros (as) que você teve no passado	2,08	2	1,66	1,96	2	1,68	0,54
Disse a um(a) novo(a) parceiro(a) que você não teria relação Sexual a menos que se usasse camisinha	1,55	1	1,38	1,48	1	1,45	0,63
Discutiu com um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a necessidade de ambos realizarem o teste para o vírus da aids antes de ter relação sexual	2,72	4	1,80	2,36	4	1,85	0,20
Conversou com um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a respeito da opção de não Ter relação Sexual até que um conheça o outro por mais tempo	1,99	2	1,57	1,98	2	1,70	0,95
Perguntou a um(a) novo(a) parceiro(a) se apresentou algum tipo de DST como: herpes, sífilis, clamídia ou gonorréia	2,47	3	1,76	2,24	3	1,82	0,40
Perguntou a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual se já usou drogas como heroína ou cocaína	2,33	3	1,79	2,05	2	1,76	0,23
<u>Não para homossexuais</u> Falou se você ou seu parceiro sexual já tiveram experiências homossexuais	2,46	4	1,87	2,50	4	1,79	0,88
<u>Não para homossexuais</u> Falou a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a respeito de controle de natalidade antes de Ter relação sexual pela primeira vez	1,76	1	1,57	1,49	1	1,43	0,37
Soma	20,88	27	14,02	19,28	24	14,61	0,49

Pode-se observar pela tabela 18 que não há diferença entre o comportamento dos alunos do primeiro e o dos alunos do último ano quanto à escala de comunicação sexual geral (soma de todos os itens) com novos parceiros. Da mesma forma, não há nenhuma diferença significativa entre esses alunos quando são analisados os escores médios de cada item desta questão, separadamente. Porém, ao se analisar o escore médio de cada item da escala de comunicação com novos parceiros pode-se constatar que alguns não se apresentam de forma satisfatória, com valores acima de 2 e mediana de 3 ou 4. Nota-se que esses eventos se referem diretamente às DST/aids, ao teste para o HIV, ao uso de drogas e a experiências homossexuais, indicando pior comunicação relacionada a esses aspectos para os dois grupos de alunos.

O uso do preservativo nos últimos doze meses e algumas variáveis relacionadas ao seu uso são apresentadas na tabela 19.

Tabela 19: Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o uso de preservativo nos últimos doze meses e algumas variáveis relacionadas ao seu uso. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Variáveis	Total	Ano do Curso		Valor de p
	n (%)	Primeiro n (%)	Último n (%)	
Uso de preservativo durante a relação sexual vaginal ou anal nos últimos 12 meses (n=183).				
Sim	94 (55,6)	49 (65,3)	45 (47,9)	0,067*
Às vezes	46 (27,2)	17 (22,7)	29 (30,8)	
Não	29 (17,2)	9 (12,0)	20 (21,3)	
Valores faltantes = 14				
O preservativo escapou nos últimos 12 meses (n=140).				
Pelo menos 1 vez	37 (26,8)	17 (26,6)	20 (27,0)	0,951*
Não	101 (73,2)	47 (73,4)	54 (73,0)	
Valores faltantes = 2				
O preservativo rompeu nos últimos 12 meses (n=140).				
Pelo menos 1 vez	32 (22,9)	11 (16,9)	21 (28,0)	0,120*
Não	108 (77,1)	54 (83,1)	54 (72,0)	
Valores faltantes = 0				
Usou preservativo nos últimos 12 meses para (n=140)				
Evitar gravidez				
Sim	130 (92,2)	61 (93,8)	69 (90,8)	0,547**
Não	11 (7,8)	4 (6,2)	7 (9,2)	
Valores excedentes = 1				
Evitar DST				
Sim	110 (80,3)	54 (83,1)	56 (77,8)	0,437*
Não	27 (19,7)	11 (16,9)	16 (22,2)	
Valores faltantes = 3				
Quem tomou a decisão de usar o preservativo (n=140)				
Mulher	16 (11,0)	6 (9,0)	10 (12,7)	0,575*
Homem	25 (17,1)	10 (14,9)	15 (19,0)	
Os dois juntos	105 (71,9)	51 (76,1)	54 (68,3)	
Valores excedentes = 06				

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

**Teste Exato de Fisher.

O não uso do preservativo nas relações sexuais nos últimos 12 meses foi referido por 17,2% dos alunos e o uso eventual por 27,2%. Entre os alunos do primeiro ano, 65,3% referem usar o preservativo de forma consistente, o mesmo acontecendo com 47,9% dos alunos do último ano, não havendo, entretanto, diferença significativa entre as séries (tabela 19).

Entre os alunos que referiram usar preservativo nos últimos doze meses (140), 26,8% disseram que ele escapou e 22,9% que ele rompeu, pelo menos uma vez, não se observando diferença significativa entre os alunos do primeiro e os do último ano. Entre esses casos, 78,4% referem que o preservativo escapou e 62,5% que ele rompeu duas ou mais vezes nesse mesmo período.

O uso da camisinha para evitar gravidez foi assinalado por 92,2% dos alunos e para evitar DST por 80,3% entre os que referiram usá-la nos últimos doze meses, não se observando diferença significativa entre os alunos do último e os do primeiro ano.

A decisão do uso da camisinha foi tomada por 71,9% dos casais. Não se observou diferença estatisticamente significativa entre os alunos do último e os do primeiro ano (tabela 19).

Os dados da tabela 20, também referentes ao uso de preservativos, foram codificados em valores que poderiam variar entre 1 (sempre), 2 (uso inconsistente) e 3 (nunca).

Tabela 20: Estatísticas descritivas da frequência do uso do preservativo com parceiros estáveis e eventuais nas relações sexuais vaginal e anal entre os alunos do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Uso do preservativo/ tipo de relação	Ano do Curso						Teste Mann Whitney U p
	Primeiro			Último			
	Média	Media- na	Desvio Padrão	Média	Media- na	Desvio Padrão	
Qual é a frequência do uso da camisinha na relação sexual vaginal com seu(sua) parceiro(a) estável	1,51	1	0,60	1,71	2	0,54	0,06
Qual é a frequência do uso da camisinha na relação sexual anal com seu(sua) parceiro(a) estável	1,67	1	0,86	1,62	1	0,80	0,74
Qual é a frequência do uso da camisinha na relação sexual vaginal com parceiros eventuais	1,21	1	0,41	1,34	1	0,48	0,02
Qual é a frequência do uso da camisinha na relação sexual anal com parceiros eventuais	1,05	1	0,22	1,13	1	0,34	1,00

Observa-se que não há diferença entre o comportamento dos alunos do primeiro e os do último ano quanto ao uso da camisinha nas relações sexuais anais. Vale destacar que para o item “Qual é a frequência do uso da camisinha na relação sexual vaginal com parceiros eventuais”, o escore médio mostra diferença significativa quanto ao ano do curso; os alunos do último ano apresentam maior escore médio, o que indica menor frequência do uso de preservativo com esse tipo de parceiro (tabela 20).

Tabela 21: Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo a negociação do uso do preservativo. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Variáveis	Total	Ano do Curso		Valor de p
	n = 183 (%)	Primeiro n = 83 (%)	Último n = 100 (%)	
Discussão sobre o uso da camisinha				
Sim	119 (71,3)	50 (69,4)	69 (72,6)	0,652*
Não	48 (28,7)	22 (30,6)	26 (27,4)	
Valores faltantes = 16				
Não usou preservativo por medo do parceiro				
Sim	6 (3,6)	4 (5,3)	2 (2,2)	0,412**
Não	159 (96,4)	71 (94,7)	88 (97,8)	
Valores faltantes = 18				

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

**Teste Exato de Fisher.

A discussão sobre o uso da camisinha foi referida por 71,3% dos universitários, observando-se uma proporção semelhante entre os alunos do primeiro e do último ano.

O não uso do preservativo, nos últimos doze meses, por medo de que o(a) parceiro(a) não teria relação ou interromperia o relacionamento foi referido somente por 3,6% dos alunos, não havendo diferença significativa entre os alunos do primeiro e do último ano (tabela 21).

Tabela 22: Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o uso de bebidas alcoólicas, nos últimos doze meses, antes das relações sexuais. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

Uso de bebidas alcoólicas	Total	Ano do Curso		Valor de p
	n=183(%)	Primeiro n=83(%)	Último n=100(%)	
Nunca	54(31,2)	30(39,0)	24(25,0)	0,142*
Raramente/às vezes	98(56,7)	39(50,6)	59(61,5)	
Muitas vezes	21(12,1)	08(10,4)	13(13,5)	
Valores faltantes = 10				

*Teste Qui-Quadrado de Pearson

A tabela 22 indica que 31,2% dos alunos que responderam à questão nunca tomam bebidas alcoólicas antes das relações sexuais; entretanto, os demais tomam, mas com frequência variável (desde raramente até muitas vezes). Observa-se, ainda, que não há diferença estatística entre os alunos do primeiro e os do último ano.

O uso de outras drogas antes das relações sexuais foi referido por 7 alunos (4,0%) entre os 173 que responderam à questão, sendo quatro do último ano.

Tabela 23: Distribuição do número e percentagem dos estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo a busca de esclarecimentos sobre dúvidas relacionadas à aids ou outras DST. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2000.

Busca de esclarecimentos sobre dúvidas relacionadas à aids ou outras DST**	Total n=183(%)*	Ano do Curso		Valor de p
		Primeiro n=83(%)*	Último n=100(%)*	
Amigo (a)	57 (31,1)	32 (38,6)	25 (25,0)	0,0003
Professor (a)	56 (30,6)	25 (30,1)	31 (31,0)	
Parente	22 (12,0)	20 (24,1)	2 (2,0)	
Profissional de saúde	90 (49,2)	44 (53,0)	46 (46,0)	
Livros, jornais, revistas	146 (79,8)	59 (71,1)	87 (87,0)	
Quando tem oportunidade	22 (12,0)	14 (16,9)	8 (8,0)	
Outra alternativa	2 (1,1)	1 (1,2)	1 (1,0)	
Permanece com dúvida	1 (0,1)	1 (1,2)	0 (0,0)	

*percentagem em relação ao total de alunos (geral e em cada ano)

** Múltiplas respostas

De acordo com o ARRM, a busca de esclarecimentos sobre dúvidas constitui-se importante fator na prevenção de DST/aids. A tabela 23 mostra que somente um aluno permanece com dúvidas e 12,0% esperam para esclarecê-las quando tiver oportunidade. A busca de informações em livros, jornais e revistas foi referida pela maioria dos alunos (79,8%). Outras formas de ajuda para o esclarecimento de dúvidas referidas pelos alunos envolveram algum profissional de saúde (49,2%), amigos (31,1%) e professor (30,6%).

Observou-se diferença significativa entre as duas séries pesquisadas no que se refere à procura por amigos e parentes, com proporção maior entre os alunos do primeiro ano (38,6% e 24,1%, respectivamente), comparativamente aos alunos do último (25,0% e 2,0%, respectivamente). Estes, por sua vez, buscaram mais informações em livros, jornais e revistas (87,0%).

5. Discussão

As doenças sexualmente transmissíveis constituem-se em importante problema de saúde pública, acometendo principalmente pessoas jovens (10 a 24 anos) em todo o mundo. No caso da aids, cujo período de incubação é quase sempre prolongado, muitas pessoas adquirem o vírus da imunodeficiência humana numa fase precoce da vida, quando as relações sexuais são, muitas vezes, mantidas sem a adoção de medidas preventivas adequadas.

Observa-se, atualmente, que a aids vem atingindo, em maior escala, as populações mais pobres do planeta, e as demais DST acometem populações de todos os países, embora com menor incidência nos países desenvolvidos. Dessa forma, os estudantes universitários da área de saúde estariam supostamente mais distanciados da possibilidade de adquirir essas infecções, por pertencerem a grupos socioeconômicos diferenciados da população em geral. No entanto, o envolvimento de fatores individuais na transmissão das DST/aids desempenha importante papel no controle dessas doenças, apesar da indissociabilidade de fatores sociais e culturais e da influência exercida pelas ações governamentais.

A despeito da existência de tratamento para a maioria das DST, a aids ainda é tida como doença incurável, e sua prevenção está na dependência de aspectos relacionados ao comportamento humano. A via sexual, vista como uma das principais formas de transmissão da aids, faz com que indivíduos sexualmente ativos estejam expostos a essa infecção, além das outras DST. Assim, os estudantes universitários, sexualmente ativos, que fizeram parte deste estudo, podem estar expostos ao risco de tais infecções, tanto pela faixa etária (93,3% têm entre 17 e 25 anos de idade), quanto por fatores psicossociais e comportamentais específicos.

Dos 260 alunos que responderam o questionário, 183 (70,4%) eram sexualmente ativos. Esse percentual é semelhante ao encontrado entre universitários de outros estados e países. BERNAL e col. (1989) encontraram 72% de indivíduos sexualmente ativos entre universitários chilenos. Em uma amostra de estudantes universitários americanos de 18 a 29 anos de idade, CERWONKA e col. (2000)

referem que uma percentagem maior que 79% já haviam iniciado atividade sexual, e estabelecem relação entre precocidade do início de atividade sexual e comportamento de risco.

No Brasil, um estudo do comportamento sexual da população, realizado em 1998 (BERQUÓ e col., 1999), demonstra que aproximadamente 60% dos indivíduos com idade entre 16 e 19 anos haviam iniciado atividade sexual, subindo para 92,3% na faixa etária de 20 a 24 anos. Entre adolescentes do Rio de Janeiro, CHICRALA e col. (1997) encontraram que 52,1% deles eram sexualmente ativos, a maioria entre 15 e 19 anos de idade. Especificamente, entre estudantes universitários de uma cidade do interior paulista, BENTO e BUENO (1999) detectaram que 63,2% praticavam sexo.

A tabela 1 indica que a maioria dos alunos da UEL (92,9%) eram solteiros e a figura 1 mostra que a idade do início de atividade sexual relatada por esses estudantes variou de 12 a 28 anos. Observa-se que os indivíduos mais jovens (primeiro ano) estão iniciando atividade sexual mais precocemente do que a geração dos veteranos (último ano), sem distinção de sexo. A média de idade para o início da atividade sexual foi de 16,9 e 17,7 anos para o sexo masculino do primeiro e do último ano, respectivamente, e 16,6 e 18,4 anos para o sexo feminino da mesma sequência de série. Para a população geral brasileira, BERQUÓ e col. (1999) encontraram que a idade média da primeira relação sexual é mais precoce do que a do presente estudo para os homens (15,6 anos) e, para as mulheres, é semelhante à das mulheres do primeiro ano (17 anos). Essas médias são mais próximas às encontradas no interior paulista por BUENO (1997), ou seja, 15,0 e 16,9 anos para o sexo masculino e feminino, respectivamente.

Estudo realizado com adolescentes de Porto Alegre-RS, Brasil, sobre comportamento sexual, identificou uma média de idade mais baixa para o início da atividade sexual, especialmente entre os homens, sendo de 13,7 anos para o sexo masculino e 15,5 anos para o sexo feminino (SOUZA e col., 1993). Esses autores

alertam pais e educadores para a precocidade da iniciação sexual que, associada à falta de proteção, pode levar a sérias consequências, especialmente às DST e aids.

SOUZA e col. (1997) também demonstraram a precocidade do início das relações sexuais entre os grupos mais jovens em estudo comparativo sobre comportamento sexual entre estudantes secundaristas e universitários do Rio Grande do Sul. Observou-se que as médias de idade são mais baixas entre os secundaristas (13,7 anos para os homens e 15,5 anos para as mulheres), havendo diferença estatística com os universitários (15,4 anos para os homens e 17,5 anos para as mulheres). Entre os estudantes da Universidade Federal do Ceará, FAÇANHA e col. (2000) identificaram uma média de 15,8 anos de idade para a primeira relação sexual, podendo situar-se esta entre os 9 e os 27 anos.

MAXWELL e col. (1995), em trabalho sobre comportamentos de risco para a aids entre adolescentes atendidos em clínicas de DST de Los Angeles, detectaram que os homens tornaram-se sexualmente ativos mais jovens do que as mulheres (14 e 14,9 anos, respectivamente, com $p < 0,02$), o que tem sido observado com mais frequência na literatura mundial.

A tabela 2 indica que apenas 31,8% dos universitários pesquisados tiveram um único parceiro sexual durante toda a vida, não havendo diferença significativa entre os anos do curso. O número de parceiros variou de 1 a 15 (figura 2), sendo a média geral de 3,07 (DP=2,42) parceiros para os alunos do primeiro ano e 3,42 (DP=3,26) para os do último ano. Poder-se-ia, para melhor avaliar a significação deste indicador, estabelecer a proporção existente entre o número de parceiros e o tempo vivido (idade). Contudo, nossa amostra tem uma concentração maior entre 17 e 25 anos de idade, o que faz com que tal cuidado seja dispensado, nesse caso. A média de parceiros sexuais durante toda a vida encontrada por MAXWELL e col. (1995) foi bem maior, tanto entre os homens (14,1) quanto entre as mulheres (4,1). Entretanto, nesse caso, trata-se de adolescentes atendidos em clínicas de DST, o que constitui, muito provavelmente, um viés a ser considerado. Trabalhos analisados por ROTHERAM-BORUS e col. (1995) apontam médias que

variam de 2,7 a 6,5 parceiros sexuais durante toda a vida entre estudantes jovens sexualmente ativos. Esses autores avaliam que o risco para HIV/aids aumenta com base no número de parceiros sexuais de estado sorológico desconhecido e várias exposições.

Nos últimos doze meses o número de parceiros sexuais entre os estudantes da UEL variou de zero a seis e a média geral foi de 1,24 (DP=0,90) parceiros entre os alunos do primeiro ano e 1,45 (DP=1,18) entre os do último ano. Na mesma pesquisa citada anteriormente, MAXWELL e col. (1995) encontraram um maior número de parceiros nos últimos doze meses, tanto entre os homens (4,1 parceiras com DP=3,8) quanto entre as mulheres (2,6 parceiros com DP=2,6).

Destaca-se que não foram incluídos nos cálculos das médias 23 universitários da UEL que referiram ter tido vários parceiros durante toda a vida, sem determinar o número deles e 7 alunos que fizeram a mesma referência para os últimos doze meses. Isso poderia aumentar as médias citadas acima, especialmente no primeiro caso.

Observa-se pela tabela 2 que, enquanto 68,2% dos alunos da UEL tiveram dois ou mais parceiros sexuais durante toda a vida, esse percentual cai para 28,1% quando o período de tempo também diminui para os últimos doze meses. Nota-se ainda que entre os 71,9% dos alunos que referiram ter tido até um parceiro, 13,3% (17 alunos) relataram que não tiveram parceiros nos últimos doze meses. DOLCINI e col. (1995) estudando uma amostra de indivíduos não casados, com idade entre 18 e 48 anos, constataram que 17% dos respondentes também relataram não ter tido parceiro sexual nesse mesmo período, enquanto que 46% responderam ter tido parceria única e 37% dois ou mais parceiros. Nos EUA, aproximadamente 35% dos jovens de escolas secundárias se envolveram em relações sexuais com dois ou mais parceiros no período de 12 meses (ROTHERAM-BORUS, 1995). O envolvimento dos jovens com múltiplos parceiros também é verificado em pesquisa realizada por HINGSON e col. (1990a), indicando que 47% dos indivíduos sexualmente ativos relataram mais do que um parceiro no ano anterior.

Os dados apresentados nesta pesquisa, semelhantes aos dados apresentados na literatura, mostram que muitos universitários da UEL têm-se envolvido com múltiplos parceiros, independente do ano do curso, o que poderia levá-los ao risco de adquirir DST/aids, especialmente se o preservativo não for usado de forma consistente.

O aumento no número de parceiros sexuais entre os jovens é, segundo CHICRALA e col. (1997), consequência da fase de experimentação e descobertas de relações amorosas, comum nessa etapa da vida. Esse fato deve ser discutido junto a eles como estratégia de prevenção contra DST/aids.

O uso constante (sempre) de método contraceptivo durante todo o período de vida sexual ativa foi referido por 67,6% dos estudantes pesquisados (tabela 3), não havendo diferença estatística entre os anos do curso.

Ao analisar-se os percentuais dos 79 alunos do primeiro ano que responderam a esta questão, vê-se que 74,7% deles relataram sempre usar métodos contraceptivos. Isso demonstra melhor adesão a esses métodos quando a comparação é com o percentual encontrado por SOUZA e col. (1993) entre estudantes de nível secundário, em que 48,5% relataram usar sistematicamente precauções contraceptivas.

Os métodos contraceptivos mais citados pelos universitários foram a camisinha, as pílulas anticoncepcionais, a tabelinha e o coito interrompido, métodos esses semelhantes aos encontrados por SOUZA e col. (1993) no estudo já citado.

A tabela 3 ainda mostra que os contraceptivos orais são sempre usados por 28,6% dos alunos, a maioria do último ano ($p=0,01$). Entretanto, o uso deste método tem levado muitos jovens a abandonar o uso do preservativo, uma vez que existe uma grande preocupação de se evitar a gravidez em detrimento da prevenção das DST/aids. Entre estudantes universitários do primeiro ano, MACDONALD e col.

(1990) encontraram associação entre o uso de contraceptivos orais e o uso irregular ou não uso de preservativos.

Outro método referido pelos alunos como contraceptivo é o preservativo, que é sempre usado por 34,1% dos alunos, com percentual de 57,0% de uso descontinuo entre os alunos do último ano, não se observando diferença significativa nesse caso. Destaca-se que 16,5% dos alunos nunca usam o preservativo e 49,4% o usam de forma descontinua para evitar a concepção (tabela 3), o que aumenta o risco de exposição ao HIV.

Sabe-se que o uso de preservativo como método contraceptivo pode auxiliar na prevenção de DST/aids na população sexualmente ativa. Entretanto, observa-se um grande percentual de alunos que não o usam ou o usam de forma descontinua. Estudo realizado por SOUZA e col. (1997) com estudantes secundaristas e universitários indicou níveis elevados de uso sistemático de métodos contraceptivos em ambos os grupos e sexos. Apesar disso, ponderam que o contingente de jovens que mantêm relações sexuais desprotegidas ainda é muito grande e que, mesmo sob proteção anticoncepcional, os jovens que têm muitos parceiros e não usam sistematicamente o preservativo permanecem desprotegidos para as DST e aids.

O nível geral de conhecimento dos estudantes universitários, conforme apresentado anteriormente na tabela 4, pode ser considerado satisfatório, no que diz respeito às formas de transmissão da aids, não havendo diferença significativa entre os alunos do primeiro e os do último ano. Isso indica que esses alunos ingressam na universidade com bom nível de conhecimento, que parece manter-se até o final do curso. Entretanto, vale destacar que o item “Doando sangue” é o único que apresenta diferença significativa nos escores médios, podendo-se dizer que os alunos do primeiro ano estão mais desinformados em relação a esse aspecto. Entre estudantes universitários das áreas de exatas e humanas da Grande São Paulo, GIL (1998) também encontrou conhecimento correto sobre as principais formas de transmissão do HIV, mas insatisfatório em relação à questão “doação de sangue”.

BERNAL e col. (1989), pesquisando estudantes universitários chilenos, identificaram que eles também apresentavam um adequado nível de conhecimento, embora mais de 60% deles acreditassem que doar sangue também transmite aids. Entre universitários de primeiro e segundo anos, não relacionados à área da saúde, TEMPORINI (1995) encontrou grau bom/razoável de conhecimento. Nesse caso, a autora destaca que considerável proporção de estudantes referiu não ser possível contrair a aids ao ter relação sexual com “pessoa amiga”.

Os dados apresentados na literatura têm indicado, entretanto, que o nível de conhecimento não se relaciona com a adoção de medidas preventivas, especialmente no que se refere às DST/aids.

KELLER e col. (1991), por exemplo, estudando o comportamento sexual de risco para infecção pelo HIV entre adolescentes, concluíram que, a despeito de altos níveis de conhecimento relacionados à aids, esses indivíduos relataram altos níveis de comportamento sexual de risco.

De um modo geral, o conhecimento sobre aids encontrado entre estudantes tem sido alto. Embora considerado necessário, muitos pesquisadores têm demonstrado que esse alto nível de conhecimento não é suficiente para reduzir atividades sexuais de risco (CATANIA e col., 1990; BOYER e KEGELES, 1991; FISHER e FISHER, 1992; SVENSON e col., 1997; CERWONKA e col., 2000). Daí a importância do ARRM, pois não fica apenas no âmbito do conhecimento, mas também permite uma análise de outros fatores associados ao risco de DST/aids.

Baldwin e Baldwin (1988), citados por CATANIA e col. (1990), encontraram um alto nível de conhecimento entre estudantes universitários relacionado com diminuição de parceiros sexuais, mas não relacionado com o uso de preservativos.

CERWONKA e col. (2000) acreditam que somente o conhecimento não previne, necessariamente, comportamento sexual de risco. Afirmam que as

intervenções psicoeducacionais são adequadas para promover sexo seguro para alguns adultos jovens, mas elas não são suficientes para promover mudanças de comportamento entre grupos que habitualmente estejam envolvidos em comportamento sexual de alto risco. HINGSON e col. (1990a) acrescentam que, embora a mídia e a educação escolar possam contribuir para aumentar o conhecimento e estimular alguns adolescentes a mudar comportamento, outros necessitam de formas diferenciadas de aconselhamento.

O conhecimento da transmissão do HIV, segundo FISHER e FISHER (1992), constitui um primeiro passo na redução de comportamento de risco. Além disso, consideram necessária a percepção ou crença de risco pessoal, o que torna indispensável uma mudança no comportamento visando a redução de risco.

Esta percepção de risco, uma das variáveis do modelo ARRM, pode ser avaliada pelo grau de preocupação/ansiedade relacionada ao perigo de adquirir DST/aids. Segundo GIL (1998), a percepção de risco constitui um dos aspectos mais importantes na determinação da conduta em saúde, sendo destacada nos principais modelos de comportamento em saúde, conforme revisados no capítulo 1 deste trabalho. Entretanto, é importante salientar que a percepção de risco não deve ser vista apenas no plano individual, mas também num contexto social e cultural, influenciando, segundo PAICHELER (1999), claramente as ações preventivas.

Pela análise dos dados constantes na tabela 5, pode-se notar um baixo grau de preocupação ou ansiedade por ter adquirido DST/aids no passado, com algum grau de preocupação quanto à possibilidade de adquiri-las no futuro, tanto entre os alunos do primeiro ano quanto entre os do último. Não se observa diferença entre as séries. Quando esta variável é analisada em termos de probabilidade, percebe-se nitidamente pela tabela 6, que as DST/aids são vistas como “doenças do outro”. Tanto os alunos do primeiro quanto os do último ano se julgam com pequena ou nenhuma probabilidade de adquirir DST/aids, enquanto que os indivíduos da mesma faixa etária são vistos com grande probabilidade de adquirir essas doenças. PAULILO (1999) também demonstrou baixa percepção de risco entre indivíduos soropositivos e

doentes, em estudo realizado sobre o risco do HIV/aids, a partir das representações sociais. Concluiu que um dos sentidos a influenciar essas representações, relaciona-se “a projeção do risco para o mundo externo, para além das fronteiras do ‘eu’, para um território distante, constituído pela figura do ‘outro’, do alienígena, do diferente” (p. 212). Justifica que a aids, fortemente associada a homo e bissexualismo no passado, passou a incorporar, também, outras imagens como a das prostitutas e usuários de drogas injetáveis, levando à representação na imaginação popular como a “doença do outro”.

Pela tabela 7, pode-se confirmar essa baixa percepção de risco entre os estudantes da UEL, em que 62,8% deles se classificam como de “baixo risco” ante as DST/aids e 23,9% como de “nenhum risco”.

Relatório divulgado pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001b) na Reunião Macrorregional Sul sobre a situação da aids no Brasil apresenta a percepção de risco de contrair HIV, por região e sexo, levantada em 1996. Coincidentemente, a Região Sul, que vem apresentando comportamento inverso em relação à epidemia, com aumento de casos em contraposição à estabilização ou diminuição do crescimento em outras regiões, também foi a que teve o maior percentual de mulheres (85,5%) e homens (88,0%) que se consideram passíveis de pequeno ou nenhum risco.

A percepção de invulnerabilidade pessoal à aids também foi expressiva entre universitários do Estado de São Paulo, tendo sido mais acentuada entre moças do grupo etário mais jovem, que nunca tiveram relação sexual (TEMPORINI, 1995). Na pesquisa realizada por GIL (1998) com estudantes universitários, a percepção de risco em relação aos colegas poderem contrair aids é baixa, o mesmo acontecendo com a própria percepção de risco.

Outros trabalhos como, por exemplo, a pesquisa realizada por Fisher e Misovich (1990), citados por CERWONKA e col. (2000), com estudantes universitários, também constataram baixa percepção de risco pessoal. Ainda que

15% desses estudantes acreditassem que poderiam contrair HIV, 36% acreditavam que algum amigo poderia contrair e 59%, que a aids seria disseminada na sociedade, sugerindo um padrão de “invulnerabilidade percebida” por esses adultos jovens. Na Tailândia, MATICKA-TYNDALE (1994) verificou que poucas mulheres se consideravam passíveis de infecção pelo HIV, mesmo quando reconheciam que seus maridos tinham se envolvido em comportamentos de risco.

Alguns estudos, entretanto, demonstraram que estudantes universitários estão começando a compreender que eles incorrem em risco de aids e estão preocupados com a possibilidade de contrair o HIV. HINGSON e col. (1990a) realizaram pesquisas com estudantes de 16 a 19 anos de idade e encontraram um aumento de 46% para 74% na percentagem dos indivíduos que se preocupavam com a aids entre os anos de 1986 e 1988.

SVENSON e col. (1997) apontam vários resultados similares, indicando que 45% a 60% de estudantes universitários expressam algumas preocupações com a possibilidade de infecção HIV. Edgar e col. (1988), citados por GIL (1998), constataram uma tendência dos estudantes universitários em isolar-se do problema, não tendo percepção do próprio risco.

Apesar de realizar estudo com adolescentes atendidos em clínicas de DST, MAXWELL e col. (1995) também encontraram falhas na percepção de risco desses indivíduos. Assim, 52% dos respondentes não se achavam vulneráveis à aids e 54% não se preocupavam com a possibilidade de adquirir ou de ter adquirido aids de um parceiro sexual. Ainda, 68% achavam que era muito improvável que eles tivessem sido expostos ao vírus da aids.

KUSSELING e col. (1996) avaliaram os motivos pelos quais adultos heterossexualmente ativos não praticaram sexo seguro com o último parceiro sexual. Dos 240 universitários que citaram motivos, 75% indicaram que era devido ao baixo risco percebido e 21% porque simplesmente não queriam.

Por outro lado, a familiaridade com alguém que tenha aids ou o conhecimento de alguém que tenha aids leva as pessoas à maior percepção de vulnerabilidade à infecção (MORRISON-BEEDY, 1997). Assim, os estudantes universitários do último ano da UEL deveriam ter maior percepção de risco do que os alunos do primeiro ano, uma vez que tiveram vários contatos com pacientes com HIV/aids durante o curso. No entanto, não se observou diferença estatística entre os alunos do primeiro ano e os do último, conforme pode ser constatado nas tabelas 5, 6 e 7.

GIL (1998) destaca que, para adotar condutas preventivas, as pessoas devem estar convencidas de seu risco pessoal de contrair HIV/aids, o que, muitas vezes, é determinado por suas crenças. Assim, homens heterossexuais não usuários de drogas, bem como mulheres, tendem a subestimar seu risco pessoal, em razão de a aids estar associada, no imaginário popular, a práticas homossexuais masculinas e ao consumo de drogas injetáveis.

Esta associação, entretanto, não foi detectada na maioria das respostas emitidas pelos estudantes da UEL. Conforme pode ser observado na tabela 10, de um modo geral, os universitários não apresentam estereótipos de indivíduos com HIV/aids. No entanto, ressalta-se que muitos deles não se acham “o tipo” ou acham que não mantêm relação sexual com “o tipo” de pessoa que poderia ter aids, excluindo-se do risco de adquirir essa infecção. Mais uma vez, confirma a tendência de alguns jovens em considerar a aids como um problema dos outros. Este fato, segundo WESTERMAN e DAVIDSON (1993), já era observado anteriormente em relação às DST, e tem-se mantido quando se relaciona também à aids. Estudo realizado em San Francisco (EUA) evidenciou que 61,5% dos jovens acreditavam que eles não eram o tipo de pessoa com probabilidade de adquirir aids, e 15,4% não acreditavam que qualquer tipo de pessoa pudesse contrair aids (DICLEMENTE e col., 1986). CHICRALA e col. (1997) identificaram como forma de prevenção, entre os adolescentes estudados no Rio de Janeiro, a escolha criteriosa dos parceiros, ponderando que isto ainda pode estar relacionado ao conceito de “grupos de risco”, considerando-se como “seguro” aquele que não usa drogas, não é homossexual e é

Considerável proporção de estudantes de algumas universidades de São Paulo referiu não ser possível contrair a aids ao ter relação sexual com “pessoa amiga” TEMPORINI (1995). Na percepção deles, o fato de conhecer “bem” o parceiro representa segurança quanto à prevenção da aids.

Embora a percepção de risco pessoal seja baixa entre os estudantes da UEL que fizeram parte deste estudo, as DST acometeram 15 alunos (8,2%) e o HIV, um aluno. Ainda, sete alunos (3,8%) referiram não saber se têm ou tiveram alguma DST, podendo indicar falta de conhecimento dessas doenças, principalmente os mais jovens (primeiro ano) ou a falta de discussão suficiente do conteúdo durante os cursos (último ano). Esse percentual é maior do que os 5,5% encontrados por MACDONALD e col (1990) entre estudantes universitários canadenses, sexualmente ativos, do primeiro ano, que relataram pelo menos um diagnóstico de DST.

A discussão sobre DST/aids e risco pessoal com amigos e/ou parceiros sexuais parece ser rotineira entre os alunos pesquisados, uma vez que 90,7% deles respondeu afirmativamente a esse quesito (tabela 9). Segundo o modelo ARRM, esse fato deveria favorecer a percepção de risco e a adoção de medidas preventivas. Na pesquisa realizada por HINGSON e col. (1990a), apenas 20% dos adolescentes sexualmente ativos admitiram a possibilidade de discutir risco pessoal diante da aids com seus parceiros antes das relações sexuais. Entretanto, ao comparar os adolescentes que adotavam ou não o uso de preservativo, observaram que entre os que adotavam seu uso, era mais provável perguntar aos seus parceiros, antes da relação sexual, sobre o hábito de se envolver em comportamentos que levem ao risco de exposição ao HIV. Entre estudantes universitários, sexualmente ativos da primeira série, SVENSON e VARNHAGEN (1990) verificaram que menos de um terço deles discutiam sobre aids ou outras DST com seus parceiros.

Esse aspecto é fundamental na prevenção das DST/aids por parte dos jovens, uma vez que a relação com o parceiro fixo, sem proteção, também pode levar ao risco de infecções, caso esse parceiro tenha sido exposto ao HIV no passado. Esse fato deve ser considerado, principalmente, pela tendência em adotar o uso de

preservativos no início de uma relação e abandoná-lo à medida que se estabelece um maior nível de confiança entre os pares.

Dessa forma, o comportamento de risco do(s) parceiro(s) sexual(ais) deve ser considerado na avaliação do risco pessoal de adquirir DST/aids. A tabela 8 mostra que não há diferença significativa entre os alunos do primeiro e os do último ano dos cursos; 53,5% deles refere que seu parceiro tem ou teve relação sexual com outra pessoa e 19,2% desconhece esse passado. A situação se agrava quando se observa que, entre estes alunos, apenas 38,4% afirmam que seu parceiro usou o preservativo de forma consistente nas relações sexuais com parceiros eventuais. Os demais referem que seu parceiro não usou ou usou de forma inconsistente (20,8%) ou não sabem sobre esse assunto (40,8%). Isso, evidentemente, coloca-os em risco caso o preservativo não seja utilizado nas relações sexuais atuais, configurando baixa percepção de risco do parceiro. ROTHERAM-BORUS e col. (1995) já alertavam para os atos sexuais de risco associados à transmissão do HIV/aids entre adolescentes envolvidos com múltiplos parceiros sem proteção e estado sorológico desconhecido.

A análise dos dados até aqui discutidos nos permite afirmar que o nível de conhecimento sobre as formas de transmissão da aids entre os estudantes universitários pode ser considerado muito bom, não se associando, entretanto, à conduta sexual preventiva. Considerável parcela desses estudantes citaram vários parceiros no decorrer de sua vida sexualmente ativa e muitos ainda desconhecem o passado sexual de seus parceiros ou sabem que os mesmos têm ou tiveram outros. Ainda assim, o percentual de uso do preservativo nestas outras relações pode ser considerado pequeno. Poucos alunos adotam o uso do preservativo como método contraceptivo; alguns já foram acometidos por DST. As características do comportamento sexual referidas pelos estudantes e até aqui analisadas deveriam levar a uma boa percepção de risco pessoal diante das DST/aids. No entanto, observa-se que essa percepção é muito baixa entre os mesmos, não os levando a rotular seus comportamentos como de risco para essas infecções, tanto os alunos do primeiro como os do último ano (não houve diferença estatística).

O compromisso com a adoção de atividades sexuais de baixo risco constitui a etapa 2 do modelo ARRM, cujas variáveis serão aqui discutidas.

A tabela 11 mostra que 56,8% dos alunos não pretende ter relação sexual com mais do que uma pessoa nos dois meses subsequentes à pesquisa, demonstrando compromisso com a monogamia nesse período. Entretanto, os demais não estabelecem esse compromisso, evidenciado pela afirmação ou incerteza de ter relação sexual com mais do que uma pessoa. O uso do preservativo com o parceiro estável é compromisso de apenas 31,6% dos estudantes e com parceiros eventuais (para quem não tem parceiro estável) é de 83,3%. Observa-se que, no caso desses últimos, o compromisso com o uso de preservativo é maior entre os alunos do primeiro ano ($p=0,028$). Esses dados demonstram que existe compromisso com o uso de preservativo entre os indivíduos que não têm parceiro estável, especialmente entre os alunos do primeiro ano, mas esse compromisso é baixo para quem tem parceiro estável. Torna-se importante salientar que a grande maioria dos alunos (92,9%) que participaram desta pesquisa eram solteiros, o que nos leva a confirmar que se estabelece uma relação de confiança quando se tem um parceiro fixo, mesmo que não seja uma relação de casamento formal ou de união consensual.

Pesquisa realizada com estudantes universitários em São Paulo demonstrou que razoável proporção deles associou a redução de risco à segurança de conhecer “bem” o parceiro (TEMPORINI, 1997). Esse critério, segundo a autora, provavelmente baseia-se em condições estáveis de namoro e da consequente confiança e familiaridade que se estabelecem no decorrer do tempo. Para BOYER e KEGELES (1991), alguns adolescentes e adultos jovens apresentam um padrão de “monogamia em série” (p.13), uma vez que se envolvem precocemente em atividades sexuais e acabam se relacionando com vários parceiros num curto período de tempo. No Brasil, PAIVA (1994) pondera que nas relações entre os jovens, rapidamente se passa de conhecido a íntimo, com base na confiança que se estabelece. Assim, o risco é vencido e negado pelo afeto (especialmente entre as mulheres), ou pela impulsividade cega (mais no caso do discurso masculino). Esse tipo de relacionamento, baseado na confiança de “conhecer bem” o parceiro,

associado ao senso de invulnerabilidade, coloca esses jovens em risco de adquirir DST/aids devido à falta de compromisso e uso de preservativos.

Quanto às variáveis que avaliam aspectos relacionados ao compromisso com o uso de preservativos, observa-se pequena interferência de normas sociais, indicando, no geral, pior atitude entre os alunos do último ano (tabela 12). Entre os alunos do primeiro ano, o item e (atualmente, a maioria das pessoas de sua idade estão usando camisinha) apresentou a média mais elevada e, já entre os do último ano, as médias mais elevadas foram observadas nos itens a (a maioria de seus amigos acha que é difícil usar camisinha), d (a maioria de seus amigos acha que as pessoas sempre deveriam usar camisinha quando tivesse relação sexual, inclusive com o parceiro estável) e também no item e. Esses dados refletem a falta de compromisso dos pares relacionada por alguns alunos da pesquisa, o que pode estar interferindo negativamente no uso do preservativo. Ainda houve diferença estatística entre os alunos do primeiro e os do último ano em relação aos itens a e d, e na soma geral, a diferença foi próxima ao nível de significância. Ou seja, os alunos do último ano apresentam maior escore médio, indicando menor compromisso de seus pares com o uso do preservativo, o que, segundo o modelo ARRM, pode interferir negativamente no uso do mesmo. Estudantes universitários de São Paulo informaram ser bastante influenciados pelos colegas em relação à prevenção da aids, o que pode ser negativo para esse grupo, uma vez que referem que a maioria de seus colegas mantém relações sexuais sem camisinha e com muitos parceiros (GIL, 1998). Estudo realizado com jovens por KEGELES e col. (1989) demonstrou que a “popularidade do preservativo” foi percebida como relacionada a intenções de seu uso, tanto entre os homens, quanto entre as mulheres.

CERWONKA e col. (2000), analisando a influência de características demográficas e traços psicossociais sobre a adoção de comportamento sexual de risco entre estudantes universitários, constataram que a influência de grupos de pares é um forte preditor de comportamento de risco, além da percepção de risco, história de infidelidade, entre outros. SVENSON e col. (1997) esclarecem que o grupo de pares que apóiam o uso de preservativos e a influência de normas sociais podem

prover um recurso efetivo para a educação em saúde, pois se relacionam com a consistência no uso dos mesmos. Short (1984), citado por GIL (1998) ressalta que a resposta ao risco é mediada por influências sociais transmitidas, principalmente, por amigos, família e colegas de trabalho. Outros estudos também têm demonstrado associação entre normas sociais e sexo seguro (HINGSON e col., 1990b; DICLEMENTE, 1991).

Por outro lado, a análise da relação entre custo e benefício (competência pessoal), conforme pode ser observado na tabela 13, no que se refere ao uso do preservativo, pode ser considerada boa, não se observando diferença significativa entre os alunos do primeiro e os do último ano dos cursos. Para a prevenção da aids, GIL (1998) considera dois tipos de competência pessoal: a competência pessoal para recusa, significando a habilidade percebida para recusar a participação em atividades de risco e a competência pessoal para uso, traduzida na habilidade percebida para adotar conduta preventiva. Alguns estudos têm demonstrado relação entre competência pessoal e intenção e até adoção de comportamento de risco (BASEN-ENGQUIST e PARCEL, 1992; WALTER e col., 1993; MAHONEY e col., 1995).

A interferência de fatores socioemocionais (tabela 15) no uso do preservativo parece não ocorrer entre os estudantes da UEL, não se observando diferença significativa entre os alunos das duas séries pesquisadas. Exceção feita ao item “se uma mulher/homem deseja que seu(sua) parceiro(a) use camisinha, ele(ela) poderia pensar que ela (ele) teve relação sexual com outra pessoa”, com $p=0,01$, indicando pior atitude dos alunos do último ano dos cursos.

Para MORRISON-BEEDY (1997), as normas sociais são importantes no sentido de aumentar ou diminuir a motivação para reduzir comportamentos de risco e manter um nível consistente de comportamento entre estudantes universitários.

As barreiras do meio/financeiras diferem significativamente entre os alunos da UEL de acordo com o ano do curso, especialmente no que se refere ao custo do preservativo, em que os alunos do primeiro ano apresentam maior valor do escore médio, podendo interferir negativamente na consistência do uso do preservativo (tabela 14).

Estudo realizado por HINGSON e col. (1990a) indica que, embora 64% dos jovens acreditassem que os preservativos são efetivos para prevenir a disseminação do HIV, muitos ainda percebiam barreiras para o seu uso. Por exemplo, mais de 50% acreditavam que o uso do preservativo reduz o prazer sexual; 38% relataram dificuldade e embaraço para obtê-lo e ainda 10% se sentiriam perturbados se um parceiro solicitasse o seu uso.

Algumas barreiras também foram identificadas entre estudantes universitários canadenses, como o constrangimento na aquisição do preservativo, a dificuldade em discutir o seu uso com um parceiro e a sua interferência no prazer sexual, o que favorece o uso irregular ou o não uso do mesmo entre esses estudantes (MACDONALD e col., 1990).

A análise das variáveis da etapa 2 do modelo ARRM indica que, de maneira geral, os alunos da presente pesquisa estão parcialmente comprometidos com a monogamia. Para quem não tem parceiro estável, o compromisso com o uso de preservativos é maior entre os alunos do primeiro ano. Já para quem tem parceiro estável esse compromisso é baixo, não se observando diferença entre os anos dos cursos. Um fator que pode estar interferindo negativamente no uso do preservativo refere-se ao seu custo, especialmente entre os alunos do primeiro ano.

Foram identificados, até o presente momento, alguns fatores psicossociais relacionados ao risco de DST/aids. As variáveis da etapa 3 do modelo ARRM avaliam o desempenho desses alunos para reduzir atividades sexuais de risco.

A análise dos dados da tabela 16 indica que nem todos os alunos têm parceiros sexuais estáveis. Embora 48,1% dos alunos tenham referido esse tipo de relacionamento nos últimos doze meses, outros 22,9% referiram relacionamentos eventuais e 22,4% relacionamento estável e eventuais. Observou-se diferença significativa entre os alunos das duas séries, prevalecendo mais relacionamentos estáveis entre os alunos do último ano (57%) do que entre os alunos do primeiro ano (37,3%). Dentre os 42 alunos que referiram envolvimento com parceiros eventuais nos últimos doze meses, 69% são do primeiro ano e 31% do último.

A mesma diferença se observa no caso da existência de relacionamento estável atual, em que 62,3% dos alunos assinalaram esse tipo de relacionamento. Entre os alunos do último ano, 75% referiram relacionamento estável, enquanto que entre os do primeiro ano esse percentual é de 47%. Da mesma forma, o tempo de relacionamento estável é maior entre os alunos do último ano ($p=0,002$).

A habilidade de comunicação com o parceiro sexual e a escala de comunicação com novos parceiros são tidas como elementos importantes na tomada de decisão relacionada ao uso do preservativo entre os parceiros.

Entre os estudantes universitários pesquisados, observou-se um bom nível na habilidade de comunicação com o parceiro sexual (tabela 17), sem diferença estatística entre os anos dos cursos. Entretanto, destaca-se o item “acredito que seja difícil para o(a) meu(minha) parceiro(a) dizer-me o que gosta de fazer durante a relação sexual” como sendo o único em que o escore médio apresenta diferença significativa dependendo do ano do curso; os alunos do primeiro ano têm maior dificuldade quanto a esse aspecto da comunicação.

Da mesma forma não se observa diferença significativa entre os alunos do primeiro e os do último ano relacionada à escala de comunicação sexual com novos parceiros (tabela 18). Mas, se analisarmos o escore médio de cada item, podem-se observar alguns valores mais elevados, indicando pior comunicação. Os

aspectos que se destacam referem-se a doenças (teste da aids, DST), uso de drogas e homossexualidade, coincidentemente, envolvendo temas relacionados a preconceitos ou elementos valorados negativamente em nossa sociedade. GIL (1998) também detectou boa comunicação sobre aids entre os universitários, embora raramente falem sobre a realização de testes. Acredita-se que os estudantes universitários devam se comunicar a respeito de qualquer tema relacionado ao risco de DST/aids antes das relações sexuais para, em concordância mútua com o parceiro, adotar o uso do preservativo nessas relações. Essa comunicação, segundo SVENSON e col. (1997), é dificultada, pois, na maioria das sociedades, a relação sexual é percebida como um dos comportamentos mais íntimos e espontâneos, a respeito do qual e durante o qual a comunicação verbal é freqüentemente inaceitável. Acrescentam, ainda, que todo estudante que relata praticar sexo seguro não parece discutir experiências sexuais prévias ou exposição a doenças com seus parceiros sexuais. Edgar e col. (1988), citados por GIL (1998), verificaram que o estigma homossexual associado à aids contribui para inibir a discussão e a prática de sexo seguro.

ROTHERAM-BORUS e col. (1995) destacam que o conhecimento do estado sorológico do parceiro constitui um dos principais aspectos da comunicação para a prática de sexo seguro, o que em nossa pesquisa não foi realizado por muitos estudantes. Aliás, temas envolvendo determinadas doenças e preconceitos não são vistos como adequados ao momento particular e íntimo entre as pessoas, em que a troca de sentimentos, incluindo o prazer, são os principais componentes dessa relação. Considerando-se que o uso adequado do preservativo evitaria exposição ao risco, sugere-se a discussão sobre o seu uso como um fator de análise mais importante. Assim, a tabela 21 indica que, embora 71,3% dos alunos tenham referido discutir o uso do preservativo, uma boa parcela deles (28,7%) não o faz, o que favorece mais as práticas de risco. A comunicação a respeito de qualquer comportamento sexual, incluída a compra de preservativos, é vista, segundo SVENSON e col. (1997), como embaraçosa para a maioria das pessoas, particularmente para os adolescentes e adultos jovens. MACDONALD e col. (1990) desenvolveram pesquisa com universitários canadenses e identificaram a dificuldade

na discussão do uso do preservativo com o parceiro sexual como um dos fatores da não utilização do mesmo.

O uso do preservativo durante as relações sexuais vaginal ou anal configura a atividade mais concreta e importante na prevenção das DST/aids. Estudos sobre o uso de preservativos entre adultos jovens têm indicado que entre 25% e 49% de estudantes sexualmente ativos relataram nunca usá-los, ou que têm decrescido o seu uso (Oswald e Matsen, 1993, citados por CERWONKA e col., 2000). Dos estudantes da UEL que referiram manter relações sexuais nos últimos doze meses, 55,6% assinalaram uso contínuo do preservativo, 27,2% uso eventual e 17,2% não o usam (tabela 19). A tabela 20 confirma uma tendência maior dos alunos do último ano em usar menos o preservativo nas relações sexuais vaginais com parceiros eventuais do que os alunos do primeiro ano. Ou seja, os estudantes que mais apresentam relacionamentos estáveis (último ano) são os que menos se comprometem com o uso de preservativos (tabela 11) e são os que menos o usam de forma consistente nas relações sexuais (tabelas 19 e 20).

A maioria dos estudantes da Grande São Paulo afirmaram ter parceiro fixo, em geral namorado, em quem confiam. Assim sendo, menos de 50% deles afirmaram ter usado preservativo nas relações sexuais nos últimos trinta dias (GIL, 1998). CATANIA e col. (1994) analisaram a possibilidade do uso do preservativo ser influenciado pelo tempo de relacionamento. Entre os adultos heterossexuais não casados que participaram do estudo, foi observado que o preservativo foi usado no início da relação, mas à medida que esse relacionamento continuou e se estabeleceu confiança, o preservativo deixou de ser usado pois significava desconfiança entre o casal.

O uso regular do preservativo durante as relações sexuais foi referido por 44,4% dos estudantes sexualmente ativos de uma universidade do interior do Estado de São Paulo (BENTO e BUENO, 1999). Proporção mais baixa foi encontrada por TEMPORINI (1995) em que apenas 17,7% dos homens e 11,8% das mulheres referiram usar o preservativo em todas as relações sexuais.

MAXWELL e col. (1995) constataram, entre os adolescentes atendidos em clínicas de DST, que apenas 10% dos homens e 3,8% das mulheres relataram uso consistente de preservativo nas relações vaginais com parceiros estáveis e 34,8% dos homens e 37,5% das mulheres com parceiros eventuais.

Entre estudantes do segundo grau, HINGSON e col. (1990a) relataram que 63% de uma amostra pesquisada em 1988 confirmaram o uso do preservativo, embora metade deles não o usassem em todas as relações.

No que se refere ao uso correto da camisinha, observa-se que 22,9% dos alunos referem que houve ruptura da mesma pelo menos uma vez nos últimos doze meses e 26,8% referem que ela saiu; não se observou diferença significativa entre os alunos do primeiro e os do último ano (tabela 19). Algumas questões podem ser aqui colocadas como, por exemplo, a não escolha do preservativo pela sua qualidade, a não familiaridade com o seu uso, a falta de acesso ao tamanho adequado do preservativo, a forma incorreta de colocação e retirada, uso de lubrificantes inadequados.

Entre os motivos assinalados pelos alunos da UEL para usar o preservativo estão evitar a gravidez (92,2%) e evitar DST (80,3%), observando-se que este dado não coincide exatamente com os dados da tabela 3, em que 83,5% referem usar preservativo, porém descontinuamente, pela maioria, para evitar a gravidez. BOYER e KEGELES (1991) afirmam que, infelizmente, a razão primária do uso do preservativo entre os jovens na era da aids é mais para evitar a concepção do que para proteger-se contra doenças. Assim, esses jovens que iniciam o uso de contraceptivo oral tendem a descontinuar o uso do preservativo.

A decisão de usar o preservativo partiu do casal em 71,9% dos casos, provavelmente, em decorrência de uma boa comunicação entre esses pares. Não se observa diferença significativa entre os anos do curso e entre os sexos (tabela 19). Entre o grupo de adolescentes atendidos em clínicas de DST, a decisão de usar preservativos foi tomada com maior frequência pelo respondente no caso de parceiro

estável (70% homem e 55% mulher) e, também, com parceiros eventuais (93% homens e 75% mulheres). Observa-se um menor percentual de casos em que a decisão foi tomada pelas mulheres ou pelo casal (MAXWELL e col., 1995).

A maioria dos alunos (96,4%) refere que nunca deixaram de usar o preservativo por medo de que seu (sua) parceiro(a) não tivesse relação ou interrompesse o relacionamento (tabela 21).

O uso de bebidas alcoólicas antes das relações sexuais, tido como um forte preditor de comportamento de risco, foi referido por 68,8% dos alunos que responderam à questão (tabela 22), podendo estar interferindo negativamente no uso da camisinha, o que os levaria ao risco de adquirir DST/aids. O uso de outras drogas foi referido por 4,0% dos alunos.

O uso de substâncias que desinibem a repressão sexual, como o álcool, por exemplo, ou o uso de drogas intravenosas é, segundo ROTHERAM-BORUS (1995), correlacionado com aumento da atividade sexual e com maior probabilidade de engajar-se em comportamento sexual de risco, tal como a relação sexual desprotegida.

O uso de álcool e maconha também estão entre os fatores encontrados por CERWONKA e col. (2000) como preditores de comportamento de risco de HIV entre estudantes universitários. A mesma associação foi verificada por STALL e col. (1986) em São Francisco (EUA). No Brasil, pesquisa realizada com estudantes universitários do Ceará constatou que 18,3% dos homens e 2,7% das mulheres reduzem o uso do preservativo quando fazem uso de bebidas alcoólicas (FAÇANHA e col., 2000).

Entre os adolescentes de maior risco, MAXWELL e col. (1995) verificaram que 59% dos homens e 46% das mulheres relataram usar bebidas alcoólicas antes das relações sexuais, dos quais, 42% dos homens e 46% das mulheres referiram pequena probabilidade de usar preservativos após o uso do

álcool. No mesmo trabalho, 32% dos homens e 9% da mulheres relataram usar drogas antes da relação sexual ($p = 0,004$).

Observa-se pela tabela 23 que apenas um aluno não busca esclarecimento para suas dúvidas relacionadas às DST/aids e 12% esperam para informar-se sobre elas quando tiverem oportunidade, demonstrando certo grau de acomodação referente à busca de conhecimento adequado, principalmente entre os alunos do primeiro ano.

Revisão de literatura realizada por SVENSON e col. (1997) concluiu que a mídia – TV, revistas, jornais e panfletos – foi o maior recurso de informação sobre aids entre adolescentes e adultos jovens. Cerca de 20 a 45% dos adolescentes relataram que não recebem informações de pais ou de profissionais médicos. Esses dados foram semelhantes na presente pesquisa, em que 79,8% dos estudantes universitários referiram buscar informações em livros, jornais e revistas. Ainda, 49,2% esclarecem dúvidas com algum profissional de saúde, 31,1% com amigos, 30,6% com professor e apenas 12% com parentes (pais, irmãos ou outro). Apesar disso, nota-se que houve diferença significativa ($p = 0,0003$) entre os anos dos cursos; a busca por ajuda informal (amigos e parentes) foi maior entre os alunos do primeiro ano, denotando uma dimensão mais subjetiva e afetiva. Entre os alunos do último ano essa busca é mais formal (livros, jornais e revistas), denotando uma dimensão mais objetiva e racional.

As principais fontes de informação entre adolescentes do Rio de Janeiro identificadas por CHICRALA e col. (1997) foram a escola (54,1%), o próprio ambulatório de uma unidade de atenção primária (51,6%), TV (22,3%), amigos (17,2%) e revistas (8,9%), o que é mais próximo ao encontrado nesta pesquisa com alunos do último ano.

No geral, este estudo demonstrou a magnitude do risco de DST/aids entre estudantes universitários, um grupo que não se considera de risco para essas

infecções, ainda que muitos não tenham incorporado as práticas de sexo seguro em suas atividades sexuais.

Embora a utilização das variáveis do Modelo ARRM tenha permitido identificar os fatores relacionados ao risco de DST/aids entre estudantes universitários, uma possível limitação deste estudo refere-se ao uso do questionário como instrumento de coleta de dados. Apesar das muitas vantagens já conhecidas da aplicação desse instrumento e dos cuidados já relacionados na metodologia, percebe-se que sua estrutura limita a variabilidade de respostas. Estudos de natureza qualitativa permitiriam captar informações adicionais, como por exemplo, o motivo dos alunos para não usar o preservativo com parceiros estáveis. Outro ponto a ser considerado, refere-se ao tamanho do questionário, considerado longo por alguns estudantes, o que pode ter contribuído para dispersar sua atenção devido à demora para o seu preenchimento. Este estudo usou um desenho de corte transversal, o qual abordou questões que ocorreram no passado, o que pode ocasionar o esquecimento de dados importantes. Da mesma forma o tema refere-se a questões de cunho individual, remetendo à sexualidade das pessoas, o que pode gerar desconforto ou até mesmo desconfiança para alguns respondentes. Assim, tentou-se minimizar alguns problemas, mantendo a privacidade no momento do preenchimento, o imediato lacre dos envelopes e o compromisso de abertura dos mesmos quando houvesse retorno de todos os alunos da série. Na análise dos dados, observou-se, ainda, a necessidade de excluir alguns itens do questionário (assinalados no anexo 4), para evitar interpretações distorcidas dos dados obtidos.

Acredita-se que a identificação de fatores de risco para as DST/aids analisados entre os estudantes do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina possa contribuir para a abordagem desses temas, utilizando as novas metodologias de ensino já adotadas na instituição. Essas novas metodologias permitiriam aproximações sucessivas com o tema no decorrer do curso, capacitando esses futuros profissionais, não somente nas questões biológicas e individuais, mas também no contexto psicológico, social e político que o tema exige. Estudos adicionais podem ser realizados, especialmente os de natureza qualitativa, que

possibilitariam informações mais detalhadas sobre o tema estudado, além de estudos longitudinais, que permitiriam um seguimento desses alunos no decorrer dos cursos.

6. Conclusões

O estudo de fatores psicossociais e comportamentais relacionados ao risco de DST/aids constitui uma etapa fundamental para o planejamento de estratégias de prevenção, principalmente entre populações jovens. O modelo ARRM, utilizado neste estudo, mostrou uma estrutura capaz de identificar esses fatores de risco entre os estudantes universitários do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina da UEL. Numa amostra em que 93,3% dos alunos tinham entre 17 e 25 anos de idade, o número de parceiros sexuais pode ser considerado um fator de risco, uma vez que, em 50% dos casos, esse número variou entre 1 e 5 parceiros para os alunos da primeira série e entre 1 e 6 parceiros para os da última. Esse risco torna-se maior para os veteranos quando se analisa os métodos contraceptivos usados pelos mesmos. Assim, 36% deles referem uso contínuo de pilulas anticoncepcionais, o que pode contribuir para o não uso de preservativos; enquanto que, entre os alunos da primeira série, esse percentual é de apenas 19,5%, diferença essa, considerada significativa. Quanto ao uso do preservativo como método contraceptivo, não houve diferença estatística entre as séries, mas também pode ser considerado um fator de risco se analisarmos que 71% dos alunos da última série e 59,7% da primeira referem que nunca usam ou o usam de forma descontínua.

As variáveis da etapa 1 do modelo ARRM – rotulação do próprio comportamento sexual como de risco – demonstram alguns dados preocupantes nesta pesquisa. Embora o nível de conhecimento sobre as formas de transmissão da aids tenha sido considerado muito bom entre os alunos das duas séries, a percepção de invulnerabilidade pessoal às DST/aids foi expressiva, sem diferença estatística entre os dois grupos. Isso foi verificado pelo baixo grau de preocupação/ansiedade de ter adquirido essas doenças no passado e a pequena preocupação de adquiri-las no futuro. Ainda, a maioria desses alunos se consideram com pequena ou nenhuma probabilidade de adquirir DST/aids, enquanto que os indivíduos da mesma faixa etária são vistos com grande probabilidade de adquirir essas infecções. Ou seja, as DST/aids são vistas como “doenças do outro”. A maioria dos alunos (86,7%) se classifica como de baixo ou de nenhum risco para essas infecções. De um modo geral, os estudantes não apresentam estereótipos de indivíduos com HIV/aids,

embora muitos se excluam dessa possibilidade, pois não se acham “o tipo” ou acham que não mantêm relação sexual com “o tipo” de pessoa que poderia ter aids. O conhecimento do passado sexual do(s) parceiro(s) também constitui uma importante variável da etapa 1. Na amostra estudada, considerável número de estudantes refere que seu parceiro tem ou teve relação sexual com outras pessoas (53,5%) ou desconhece o seu passado sexual (19,2%). De todos esses alunos, apenas 38,4% afirmam que seu parceiro usou preservativo nessas outras relações sexuais.

Os dados relacionados ao compromisso com atividades sexuais preventivas, de um modo geral, não mostraram diferença entre as duas séries pesquisadas, exceto no que se refere às barreiras financeiras e ao uso de preservativo com parceiros eventuais. No primeiro caso, o custo do preservativo pode estar interferindo mais negativamente na consistência do seu uso entre os alunos do primeiro ano. Já o compromisso com o uso do preservativo (para quem não tem parceiro estável) é significativamente maior entre os alunos do primeiro ano (92,3%) do que entre os alunos do último (66,7%) para as relações sexuais nos dois meses subsequentes à pesquisa. Para quem tem parceiro estável, o compromisso com o uso do preservativo pode ser considerado baixo, uma vez que 59% e 73,1% dos alunos do primeiro e do último ano, respectivamente, pretendem nunca usá-lo ou pretendem fazê-lo de forma esporádica, sem contudo haver diferença estatística entre as séries. Outro fator que pode ser considerado na análise do risco para DST/aids, segundo o ARRM, é o compromisso com a monogamia, o que não foi verificado com número considerável de alunos. A possibilidade de ter relação sexual com mais do que uma pessoa no período de dois meses foi referida por 44,6% dos alunos do primeiro ano e por 42% do último. Não se observou diferença estatística entre os somatórios das médias das duas séries para as variáveis: normas sociais, relação custo-benefício (eficácia pessoal) e fatores socioemocionais. Pode-se concluir que, de um modo geral, essas variáveis não estão interferindo no uso do preservativo entre os universitários desses cursos.

Quanto ao desempenho para reduzir atividades sexuais de risco, observou-se diferença significativa no tipo de relacionamento, com maior proporção

de relacionamentos estáveis entre os alunos do último ano (57,0%) comparativamente aos alunos do primeiro ano (37,3%). Entretanto, a proporção de uso irregular ou não uso do preservativo é maior entre os alunos do último ano (52,1%) do que os do primeiro ano (34,7%). Entre os alunos que referiram usar preservativos, 26,8% e 22,9% indicaram, respectivamente, que ele saiu ou rompeu pelo menos uma vez nos últimos doze meses, o que também significa risco relacionado às DST/aids. Observou-se bom nível na habilidade de comunicação com o parceiro sexual e na comunicação com novos parceiros, sem diferença significativa entre os dois grupos de alunos. Entretanto, alguns itens relacionados a temas considerados preconceituosos em nossa sociedade (teste de aids, DST, uso de drogas e homossexualismo) apresentaram os maiores escores médios, indicando pior comunicação com novos parceiros nesses aspectos. O uso de bebidas alcóolicas antes das relações sexuais, citado por 68,8% dos universitários, e de outras drogas, citado por 4% deles, pode levar ao não uso de preservativo, implicando em igual risco para os alunos das duas séries. Na busca de informações sobre DST/aids, observou-se certo grau de acomodação entre 12% dos alunos que referem esperar por uma oportunidade para esclarecimento de suas dúvidas. Entre os demais, 79,8% buscam ajuda em livros, jornais e revistas; 49,2% consultam profissionais de saúde; 31,1% procuram amigos e 30,6% professores. Observou-se diferença significativa na busca de ajuda com amigos e parentes (ajuda informal), sendo maior entre os alunos do primeiro ano, comparativamente aos alunos do último ano que procuram sanar suas dúvidas em livros, jornais e revistas (ajuda formal).

Em resumo, pode-se concluir que os estudantes universitários da área da saúde estão bem informados sobre a transmissão da aids, o que é esperado por se tratar de uma clientela diferenciada entre as camadas socio-culturais. Entretanto, ressaltam-se alguns fatores de risco para DST/aids como a percepção de invulnerabilidade e a referência à múltiplos parceiros sexuais durante toda a vida, tanto pelos alunos do primeiro como os do último ano. Estes, por sua vez, tendem a adotar a parceria única, o que talvez justifique o menor compromisso e o maior percentual de uso esporádico ou não uso do preservativo nas relações sexuais. Considerável número de estudantes refere que seu parceiro tem ou teve relação

sexual com outras pessoas ou ainda que desconhece esse passado, o que poderia levá-los ao risco de adquirir DST/aids. A comunicação dos estudantes com novos parceiros parece ser boa, exceto no que se refere a temas relacionados a preconceitos em nossa sociedade, como teste de aids, DST, uso de drogas e homossexualismo. Assim, a utilização da estrutura do Modelo ARRM permitiu identificar vários fatores psicossociais e comportamentais relacionados ao risco de DST/aids entre os estudantes universitários da UEL. De maneira geral, os alunos mostraram-se muito semelhantes nos diversos itens pesquisados, não havendo mudanças significativas com o passar do tempo e com a maior graduação dos alunos. Com a implementação dos novos currículos dos cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina, em vigor na UEL, espera-se que este estudo possa trazer contribuições para uma abordagem diferenciada do tema com esses futuros profissionais.

“A epidemia da aids deve ser objeto de preocupação e prevenção de todas as pessoas independentemente de sua condição social, conjugal, de idade, sexo ou conduta sexual. O grupo de risco é a própria sociedade”.

HERBERT DE SOUZA

Como pensar nas DST/aids sem pensar nos jovens....
Como pensar nos estudantes da área da saúde, sem incluí-los como pessoas jovens....
Como pensar em práticas educativas, como práticas sociais, sem considerar o contexto nas quais ocorrem...
Como preparar os estudantes da área da saúde para as ações educativas, sem contextualizar suas próprias práticas...

7. Recomendações

O levantamento de fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de DST/aids entre os estudantes universitários, assim como a semelhança observada quanto a esses fatores nos alunos do primeiro e último anos dos cursos de Enfermagem e Medicina da UEL levam-nos a recomendar o que se segue:

- Os programas educativos devem ser direcionados, preferencialmente, para os adolescentes, antes do início de atividades sexuais e antes de entrarem para a universidade, considerando-se a idade precoce com que estão iniciando atividade sexual.
- Esses programas devem ter continuidade na universidade de forma que os alunos que deles participem, de certa forma, também estejam se preparando para o trabalho educativo com outras pessoas.
- Os cursos de Graduação, especialmente os da área da saúde, devem inserir esses conteúdos em seus currículos, com ênfase não apenas nos aspectos clínicos, mas também nos aspectos psicossociais e comportamentais.
- Deve-se considerar a importância da participação dos membros dos grupos de pares, devidamente treinados, no planejamento, organização e execução dos programas de prevenção às DST/aids.
- As estratégias de ensino devem ser variadas, privilegiando-se aquelas que possibilitem maior aproximação com a realidade, como demonstração, simulação, dramatização. Utilizar as experiências vividas pelos alunos, estimulando a reflexão e o debate para a ação.
- Utilizar técnicas de treinamento em habilidades de comunicação com novos parceiros, desmistificando preconceitos. Treinamento na colocação e retirada de preservativos, além de subsídios para a sua escolha correta. Enfatizar a

possibilidade de contrair HIV, mesmo quando se mantém possível fidelidade entre os parceiros, ou mesmo, quando as relações estáveis são mais prolongadas.

- Ressaltar os vários enfoques da vulnerabilidade, não apenas o individual, mas também o programático e o social, pensando nesses alunos como agentes de transformação da realidade.
- Facilitar o acesso desses universitários aos recursos humanos e/ou materiais para esclarecimentos de dúvidas relacionadas às DST/aids, assim como o acesso a recursos preventivos (camisinha masculina e feminina, por exemplo).
- Alguns aspectos devem ser enfatizados na abordagem do assunto junto aos universitários: conhecimento do passado sexual do(s) parceiro(s), barreiras ao uso do preservativo, normas sociais, compromisso com a monogamia e com o uso do preservativo, uso de bebidas alcoólicas antes das relações sexuais.

8. Referências

- Abraham C, Sheeran P. Modelling and modifying young heterosexuals' HIV-preventive behaviour; a review of theories, findings and educational implications. **Patient Educ Counseling**. 1994; 23: 173-86.
- Adler MW. Sexually transmitted diseases control in developing countries. **Genitourin Med** 1996; 72: 83-8.
- Aspinwall LG, Kemeny ME, Taylor SE et al. Psychosocial predictors of gay men's AIDS risk-reduction behavior. **Health Psychol**. 1991; 10(6): 432-44.
- Ayres JR de CM. **HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. São Paulo: Casa de edição, 1996.
- Ayres JR de CM. **Vulnerabilidade dos jovens ao HIV/AIDS: a escola e a construção de uma resposta social**. In: Silva LH. A escola cidadã no contexto da globalização. Petrópolis: Ed. Vozes, 1998. p.413 – 423.
- Ayres JR de CM, França Junior I, Calazans GJ, Sáletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: Barbosa RM, Parker R (org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, São Paulo: Ed. 34, 1999. p.49-72.
- Bandura A. Self- efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev**. 1977; 84(2): 191-215.
- Basen-Engquist K, Parcel GS. Attitudes, norms, and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behavior. **Health Educ Q**. 1992; 19(2):263-77.
- Bento I, Bueno S. Sexualidade e DST/Aids em uma população universitária. **J Bras Doenças Sex Transm**. 1999; 11(2):17-25.

- Bernal JN, Lukács I, Bonacic HM, Riedemann M, Figueroa M. Conocimientos y actitudes sobre el SIDA en un grupo de educadores y educandos. **ETS Rev Chil Enferm Transm Sex.** 1989; 4(1): 9-16.
- Berquó E, Souza MR, Pinho MDG et al. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre HIV e AIDS.** CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília, Ministério da Saúde, SPS, PN DST/AIDS, 1999. Disponível em: <URL:<http://www.aids.gov.br/geral.pdf>> [2000 març 14].
- Betts CD, Carrington C, Orucu RBS. Perfíles de riesgo entre comunicadores sociales y estudiantes de comunicación social en Panamá. In: **Anais de 3º Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/Aids**, 1999 dez. 6-9; Rio de Janeiro RJ, Brasil. p. 49-51.
- Boyer CB, Barrett DC, Peterman TA, Bolan G. Sexually transmitted disease (STD) and HIV risk in heterosexual adults attending a public STD clinic: evaluation of a randomized controlled behavioral risk-reduction intervention trial. **AIDS.** 1997; 11(3): 359-67.
- Boyer CB, Kegeles SM. AIDS risk and prevention among adolescents. **Soc Sci Med.** 1991; 33(1): 11-23.
- Brito I. Desafios da prevenção do HIV/AIDS no contexto transcultural. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Bol Epidemiol AIDS.** Brasília, 11(2) mar a maio, 1998. P.9-13.
- Bruyn M. **A interseção dos riscos de saúde: gravidez não desejada, aborto e AIDS na adolescência.** Chapel Hill, NC: Ipas, 1999 [Folheto].
- Bueno SMV. Pesquisa-ação com delegados de ensino sobre sexualidade, DST, aids e drogas: um projeto pioneiro no interior do Estado de São Paulo. **J Bras Doenças Sex Trans** 1997; 9(3): 16-28.

Bussab WO, Morettin PA. **Estatística básica**. Métodos Quantitativos. 4.ed. São Paulo: Atual; 1987. 321p.

Cáceres CF, Rosasco AM, Mandel JS, Hearst N. Evaluating a school-based intervention for STD/AIDS prevention in Peru. **J Adolesc Health**. 1994; 15(7):582-591.

Castiel LD. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. **Rev Saúde Pública**. 1996; 30(1):91-100.

Catania JA, Kegeles SM, Coates TJ. Towards an Understanding of Risk Behavior: An AIDS Risk Reduction Model (ARRM). **Health Educ Q**. 1990; 17(1): 53-72.

Catania JA. **Psychosocial measures for studies of AIDS Risk Behavior**. San Francisco, California; s/d. [Center for AIDS Prevention Studies].

Catania JA, Coates TJ, Kegeles S. A test of the AIDS Risk Reduction Model: psychosocial correlates of condom use in the AMEN cohort survey. **Health Psychol**. 1994; 13(6): 548-555.

Catania JA. Health protective sexual communication scale. In: Davis CM, Yarber WL, Bauserman R, Schreer G, Davis SL. **Handbook of sexuality-related measures**. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1998. p. 544-547.

Cerwonka ER, Isbell TR, Hansen CE. Psychosocial factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults. **AIDS Educ Prev**. 2000; 12(2): 141-53.

Chicrala MA, Barros CRP, Cromack LMF, Meirelles ZV, Silva MRN, Baker G. Conhecimento, atitudes e práticas relacionadas à DST/AIDS: avaliação de adolescentes atendidos em uma unidade de atenção primária. **J Bras Doenças Sex Trans** 1997; 9(3):10-5.

Choi KH, Yep GA, Kumekawa E. HIV prevention among Asian and Pacific Islander American men who have Sex with men: a critical review of Theoretical Models and directions for future research. **AIDS Education and Prevention** 1998; 10(Suppl A): 19-30.

Conner M, Norman P. **Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models**. 3.ed. Buckingham – Philadelphia: Open University Press, 1998.

Cordeiro RGF. **Conhecimento e opinião sobre a AIDS de estudantes do 1º ano das faculdades de Farmácia-Bioquímica do Estado do Paraná**. São Paulo; 1991. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]. 106p.

Dessunti EM, Reis AOA. Contribuições do Modelo de Crença em saúde à prevenção das DST/aids entre pessoas jovens e/ou universitários. In: **Anais do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermeria**, 1999 out 2-7; Florianópolis - SC, Brasil. Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem e Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería; 1999. P.296.

Diclemente RJ. Predictors of HIV-preventive sexual behavior in a high-risk adolescent population: the influence of perceived peer norms and sexual communication on incarcerated adolescents' consistent use of condoms. **J Adolesc Health**. 1991; 12(5): 385-390.

Diclemente RJ, Zorn J, Temoshok L. Adolescents and AIDS: a survey of knowledge, attitudes and beliefs about AIDS in San Francisco. **Am J Public Health**. 1986; 76(12): 1443-5.

Diclemente RJ, Boyer CB, Morales ES. Minorities and AIDS: knowledge, attitudes, and misconceptions among black and latino adolescents. **Am J Public Health**. 1988; 78(1): 55-7.

Dolcini MM, Coates TJ, Catania JA, Kegeles SM, Hauck WW. Multiple sexual partners and their psychosocial correlates: the population-based AIDS in multiethnic neighborhoods (AMEN) study. **Health Psychol**, 1995 Jan; 14(1): 22-31.

Emmons C, Joseph J, Kessler R, Wortman C et al.: Psychosocial predictors of reported behavior change in homosexual men at risk for AIDS. **Health Educ Q**. 1986; 13: 331-345.

Façaanha MC. Prevenção a DST/aids entre estudantes da área da saúde. **J Bras Doenças Sex Transm**. 2000; 12(5): 59.

Façaanha MC, Justino MWS, Da Silva VLP. Estudo preliminar do comportamento sexual de estudantes de medicina no Estado do Ceará. **J Bras Doenças Sex Transm**. 2000; 12(5): 88.

Figueiredo RMD. **Prevenção às DST/AIDS em ações de saúde e educação**. São Paulo: NEPAIDS, 1998.

Finger WR. Formas para educar a los jóvenes sobre el SIDA. **Network en español**. 1994; 9(1): 18-22.

Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-Risk Behavior. **Psychol Bull**. 1992; 111(3): 455-74.

Fundação IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Estimativas Municipais da população para 01/07/1999, publicada no **Diário Oficial da União** do dia 30/08/1999.

Furby L, Ochs LM, Thomas CW. Sexually Transmitted disease prevention: adolescents' perceptions of possible side effects. **Adolescence** 1997; 32(128):781-809.

Gerbase A. Como estimar necessidades locais para implementar ações de prevenção e controle de DST: interação entre gerentes de programa e a OMS. [Oficina ministrada no 3. Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/Aids; 1999 dez 7; Rio de Janeiro, Brasil].

Gil AC. **Aids: percepção de risco pessoal e conduta sexual preventiva de estudantes universitários da Grande São Paulo.** São Paulo; 1998. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP]. 217p.

Hingson R, Strunin L, Berlin B. Acquired Immunodeficiency Syndrome transmission: changes in knowledge and behaviors among teenagers, Massachusetts Statewide Surveys, 1986 to 1988. **Pediatrics.** 1990(a); 85(1): 24-9.

Hingson RW, Strunin L, Berlin BM, Heeraen T. Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. **Am J Public Health.** 1990(b); 80(3): 295-9.

Holtgrave, DR. et al. Methodological issues in evaluating HIV prevention community planning. **Public Health Rep** 111 suppl. 1: 108-14, 1996.

Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. **Health Educ Q.** 1984; 11(1): 1-47.

Joseph J, Montgomery S, Emmons C, Kessler R et al. Magnitude and determinants of behavioral risk reduction: longitudinal analysis of a cohort at risk for AIDS. **Psychol Health.** 1987; 1: 73-96.

Kegeles SM, Adler NE, Irwin CE. Adolescents and condoms: associations of beliefs with intentions to use. **Am J Dis Child** 1989; 143: 911-5.

- Keller SE, Bartlett JA, Schleifer SJ, Johnsos RL, Pinner E, Delaney B. HIV-relevant sexual behavior among a healthy inner-city heterosexual adolescent population in an endemic area of HIV. **J adolesc health**, 1991; 12(1): 44-48.
- Kline A, VanLandingham M. HIV-Infected Women and Sexual Risk Reduction: The Relevance of Existing Models of Behavior Change. **AIDS Educ Prev**. 1994; 6(5):390-402.
- Kusseling FS, Shapiro MF, Greenberg JM, Wenger NS. Understanding why heterosexual adults do not practice safer sex: a comparison of two samples. **AIDS Educ Prev**, 1996; 8(3): 247-257.
- Lima SR, Matias LPC, Medeiros AC, Nascimento MFF. Abordagem de DST e aids no currículo do curso de medicina da UFPB. **J Bras Doenças Sex Transm**. 2000; 12(5): 87.
- MacDonald NE, Wells GA, Fisher WA, Warren WK, King MA, Doherty JAA, Bowie WR. High-risk STD/HIV behavior among college students. **JAMA**. 1990; 263(23): 3155-3159.
- Mahoney CA, Thombs DL, Ford OJ. Health belief and self-efficacy models: their utility in explaining college student condom use. **AIDS Educ Prev**. 1995; 7(1):32-49.
- Mann JM, Tarantola DJM. **Aids in the world II**. New York: Oxford University Press; 1996a. Vulnerability: personal and programmatic; p.441 – 443.
- Mann JM, Tarantola DJM. **Aids in the world II**. New York: Oxford University Press; 1996b. Societal Vulnerability: contextual analysis; p.444– 462.
- Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW. **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids; p. 275-300. (Parker R, Galvão J, Pedrosa JS Orgs. da ed. Brasileira)

MAP – Monitoring the AIDS Pandemic – Network. **The status and trends of the HIV/AIDS/STD Epidemics in Latin America and Caribbean.** 1997 Nov 4-5, Rio de Janeiro, Brazil. Available from: URL: http://www.aids.gov.br/udtv/map_map.htm [1999 Set 23]

Maticka-Tyndale E, Kiewying M, Haswell-Elkins et al. Knowledge, attitudes and beliefs about HIV/AIDS among women in Northeastern Thailand. **AIDS Educ Prev.** 1994; 6(3):205-18.

Maxwell AE, Bastani R, Yan KX. AIDS risk behaviours and correlates in teenagers attending sexually transmitted diseases clinics in Los Angeles. **Genitourin Med,** 1995; 71: 82-87.

McKusick L, Hortsman W, Coates TJ : AIDS and the sexual behavior reported by gay men in San Francisco. **Amer J of Pub Health.** 1985; 75: 493-496.

Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis.** Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

Ministério da Saúde. **Bol Epidemiol AIDS.** Brasília, 2001a; Abr.-Jun. Disponível em: <URL:http://www.aids.gov.br?final=biblioteca/bol_abril/boletim.htm > [2002 Mar 02]

Ministério da Saúde. CN – DST/Aids. **Reunião Macrorregional Sul: Aspectos da epidemia de Aids na Região Sul do Brasil, 1987 – 1998; evidências de crescimento diferenciado e propostas de estratégias para o controle.** Florianópolis; 2001b. [Documento apresentado para análise e discussão na reunião de 9 a 11 de julho de 2001].

Morrison – Beedy D. Correlates of HIV risk appraisal in women. **Ann Behav Med** 1997; 19(1): 36-41.

- Nguyen MN, Saucier JF, Pica LA. Factors influencing the intention to use condoms in Quebec sexually-inactive male adolescents. *J Adolesc Health*. 1996; 18: 48-53.
- Organizacion Mundial de la Salud. La educación sanitaria escolar en la prevención del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual. Série OMS sobre el SIDA, nº10; 1992.
- Paicheler G. General population and HIV prevention: from risk to action. *Cad Saúde Pública*, 1999; 15(Sup.2): 93-105.
- Paiva V. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. In: Parker R e col. (organizadores). *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p.231-250.
- Paiva V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: Parker R e Barbosa R (organizadores). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 213 –234.
- Paulilo MAS. *AIDS: os sentidos do risco*. São Paulo: Veras Editora, 1999. (Série Temas; 3).
- Pereira JCR. *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. São Paulo: Edusp, 1999. 154p.
- Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29(4):318-25.

Riscado JLS. **Aids, prevenção e prontidão profissional: um estudo sobre comportamento sexual, conhecimento, representações e prontidão profissional com estudantes da área de saúde da Universidade Federal de Alagoas.** São Paulo; 1998. [Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. **Health Educ Mon.** 1974a; 2(4): 328-35.

Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. **Health Educ Mon.** 1974b; 2(4): 354-86.

Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. **Health Educ Q.** 1988; 15(2): 175-83.

Ross MW, Rosser BRS. Education and AIDS risks: a review. **Health Educ Res.(Theory & Practice).** 1989; 4(3): 273-84.

Rotheram-Borus MJ, Mathler KA, Rosario M. Aids prevention with adolescents. **AIDS Educ Prev.** 1995; 7(3): 320-36.

Sheeran P, Abraham C. The Health Belief Model. In: Conner M, Norman P. **Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models.** 3.ed. Buckingham – Philadelphia: Open University Press, Cap. 2: 23-61, 1998.

Sheeran P, Abraham C, Orbell S. Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. **Psychol Bull.** 1999; 125(1): 90-132.

Siegel S. **Nonparametric statistics for the behavioral sciences.** Kogakusha: McGraw-Hill; 1956. 312p.

- SINAN - Sistema de Informações e Agravos de Notificação do CIDI - Centro Integrado de Doenças Infecciosas de Londrina, SUS – Paraná. Paraná; 1999.
- SINAN - Sistema de Informações e Agravos de Notificação do CIDI - Centro Integrado de Doenças Infecciosas de Londrina, SUS –Paraná. Paraná; 2001.
- Solomon M, DeJong W: Recent sexually transmitted disease prevention efforts and their implications for AIDS health education. **Health Educ Q.** 1986; 13: 310-6.
- Souza RP de, Almeida AB de, Wagner MB, Zimerman II, Almeida SB de, Caleffi A, Puperi F. A study of the sexual behavior of teenagers in south Brazil. **J Adolesc Health**, 1993; 14(4): 336-339.
- Souza RP de, Oliveira JS de, Wagner MB, Vinciprova AR. Estudo comparativo sobre o comportamento sexual da juventude secundarista e universitária de Porto Alegre, Brasil. **Adolesc Latinoam.** 1997 abr/jun; 1(1):20-30.
- Stall R, McKusick L, Wiley J, Coates TJ, Ostrow DG. Alcohol and drug use during sexual activity and compliance with safe Sex guidelines for AIDS: the AIDS behavioral research project. **Health Educ Q.** 1986; 13(4): 359-71.
- Svenson LW, Carmel S, Varnhagen CK. A review of the knowledge , attitudes and behaviours of university students cocerning HIV/AIDS. **Health Promot Int.** 1997; 12(1): 61-8.
- Svenson LW, Varnhagen CK. Knowledge, attitudes and behaviours related to aids among first-year university students. **Can J Public Health.** 1990; 81: 139-40.
- Temporini ER. **Prevenção da Aids: percepção e conduta sexual de estudantes universitários no Estado de São Paulo.** São Paulo; 1995. [Tese de Livre-Docência – Faculdade de Saúde Pública da USP]. 160p.

Temporini ER. Prevenção da Aids: um desafio sociocomportamental. **Rev USP** 1997; 33: 39-45.

Walrond ER, Jones F, Hoyos M, Roach T, Ellis H. KAP survey of health science students in Barbados. In: Bond LS ed. **Behavioral Interventions and Research**. Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau – Regional Office of the World Health Organization, Washington, 1992.

Walter HJ, Vaughan RD, Gladis MM, Ragin DF, Kasen S, Cohall AT. Factors associated with AIDS-related behavioral intentions among high school students in an AIDS Epicenter. **Health Educ Q.** 1993; 20(3): 409-20.

Westerman PL, Davidson PM. Homophobic attitudes and AIDS risk behavior of adolescents. **Journal Adolesc Health**, 1993; 14(3): 208-13.

World Health Organization. UNAIDS. **AIDS epidemic update – December 2001: Global overview**. 2001. Available from:
<URL:http://www.unaids.org/Epidemic_update> [2002, Mar 10]

9. Anexos

ANEXO 1

(TERMO DE RESPONSABILIDADE)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, ELMA MATHIAS DESSUNTI, Rg 2 107 808 – PR, abaixo assinado, autora do projeto de pesquisa intitulado "FATORES PSICOSSOCIAIS E COMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS AO RISCO DE DST/AIDS ENTRE ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA", responsabilizo-me pelos dados coletados, comprometendo-me a manter sigilo absoluto das respostas emitidas individualmente. Para garantir este sigilo, o questionário não poderá ser assinado e, após o seu preenchimento, deverá ser colocado em envelope e lacrado antes de ser devolvido à pesquisadora. Os envelopes somente serão abertos quando houver retorno do maior número possível de questionários respondidos.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, podendo a qualquer momento desistir de responder ao questionário, sem prejuízo para a sua pessoa.

Estamos à sua disposição para todo e qualquer esclarecimento adicional. Para tanto colocamos nossos telefones e e-mail para qualquer eventualidade ligada a esta pesquisa (Fones: 3712249 ou 3247947; e-mail: elma@sercomtel.com.br)

Londrina, de de 2000

ELMA MATHIAS DESSUNTI

ANEXO 2

(CARTA DE APRESENTAÇÃO)

Londrina, 03 de maio de 2000

Prezado(a) aluno(a):

Estamos solicitando a você a gentileza de responder ao questionário anexo, como parte da pesquisa intitulada "FATORES PSICOSSOCIAIS E COMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS AO RISCO DE DST/AIDS ENTRE ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA". Esta pesquisa tem por objetivo analisar os fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de DST/aids entre estudantes do primeiro e último anos dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina da Universidade Estadual de Londrina, de acordo com o Modelo de Redução de Risco da Aids. Espera-se com esta pesquisa fornecer subsídios para um trabalho de prevenção em DST/aids entre os estudantes da área da saúde, preparando-os para uma atuação profissional mais adequada à realidade.

Se você aceitar responder ao questionário, por favor faça-o com bastante atenção para que os resultados possam refletir a realidade.

Para o total sigilo das informações estamos anexando o "TERMO DE RESPONSABILIDADE" por mim assinado. Para garantia deste sigilo, solicitamos que NÃO identifique o questionário que deverá ser colocado em envelope e lacrado antes de ser devolvido à pesquisadora. Os envelopes somente serão abertos quando houver retorno do maior número possível de questionários respondidos.

Estamos à sua disposição para todo e qualquer esclarecimento adicional. Para tanto colocamos nosso telefone e e-mail para qualquer eventualidade ligada a esta pesquisa (Fones: 371 2249 ou 324 7947; e-mail: elma@sercomtel.com.br)

Certos de contar com a sua colaboração, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Elma Mathias Dessunti

ANEXO 3

(QUESTIONÁRIO)

QUESTIONÁRIO

Hora de início _____

1. Idade: _____

2. Curso:

Enfermagem.....	1
Medicina.....	2

3. Ano:

Primeiro.....	1
Ultimo.....	2

4. Sexo

Masculino.....	1
Feminino.....	2

5. Estado Civil:

Solteiro(a).....	1
Casado(a).....	2
Em união consensual.....	3
Separado(a).....	4
Divorciado(a).....	5
Outro.....	7

Antes de continuar, leia as definições a seguir:

Para efeito deste estudo, o termo "**relação sexual**" deve ser entendido como a penetração do pênis na boca, ânus/reto ou vagina. Entende-se desta forma que a **relação vaginal** corresponde à penetração do pênis na vagina; **relação anal** é a penetração do pênis no ânus ou reto e **relação oral** a penetração do pênis na cavidade oral. O termo **penetração** pode ser usado para cada uma das relações citadas acima.

A **masturbação mútua** não é aqui considerada como relação sexual. Ela acontece quando os parceiros se tocam em pontos de excitação dos órgãos genitais, sem necessariamente chegar ao orgasmo.

Relação Homossexual: relação sexual que acontece entre pessoas do mesmo sexo.

Relação Heterossexual: relação sexual que acontece entre pessoas de sexos opostos.

Relação Bissexual: relação sexual que ocorre tanto com pessoa do sexo oposto quanto com pessoa do mesmo sexo.

As pessoas começam a ter relações sexuais em diferentes idades. Por exemplo, algumas pessoas começam a ter relação sexual quando são muito jovens, outras durante sua adolescência, algumas pessoas quando se tornam adultas, e outras decidem não ter relação sexual.

06. Se você iniciou atividade sexual, por favor, especifique a idade de início:
 Ainda não iniciei ()

07. Com quantas pessoas você manteve relação sexual de qualquer tipo durante toda a sua vida?

_____ pessoas	
Vários, mas não sei o número.....	666
Não quero responder.....	777
Não tive parceiro(a)(s) sexual(ais).....	0

08. Com quantas pessoas você manteve relação sexual de qualquer tipo durante o último ano?

_____ pessoas	
Vários, mas não sei o número.....	666
Não quero responder.....	777
Não tive parceiro(a)(s) sexual(ais).....	0

09. O(s) seu/sua(s) parceiro(a) (s) sexual(ais) nos últimos cinco anos é(são):

Do mesmo sexo que o seu	1
Do sexo oposto ao seu.....	2
De ambos os sexos.....	3
Não quero responder.....	7
Não tive parceiro(a)(s) sexual (ais).....	0

10. Atualmente, o(s) seu/sua(s) parceiro(a) (s) sexual(ais) é(são):

Do mesmo sexo que o seu	1
Do sexo oposto ao seu.....	2
De ambos os sexos.....	3
Não quero responder.....	7
Não tenho parceiro(a)(s) sexual (ais).....	0

11. Não para homossexuais: Desde o momento em que você iniciou sua vida sexual, você ou o(a) seu(sua) parceiro(a) tem usado algum método de controle da natalidade (exceto quando se desejou a gravidez)?

Nunca	1
Raramente.....	2
Às vezes.....	3
Muito freqüentemente.....	4
Sempre tenho usado.....	5
Não quero responder.....	7
Não tive parceiro(a)(s) sexual (ais).....	0

SE VOCÊ NÃO TEM VIDA SEXUAL ATIVA, OU SE É HOMOSSEXUAL NÃO RESPONDA A QUESTÃO Nº 12 E PASSE PARA O QUADRO SEGUINTE.

12. Gostaria de saber o(s) método(s) de controle de natalidade que você ou seu(s) parceiro(a)(s) tem usado durante sua vida sexual ativa, assim como a frequência do seu uso (todos os itens devem ser assinalados):

	MÉTODO	Nunca	Rara- mente	Às vezes	Muito frecuen- temente	Sempre	Não quero respon- -der
12A	Ligadura de trompas	1	2	3	4	5	7
12B	Vasectomia	1	2	3	4	5	7
12C	Pílulas anticoncepcionais	1	2	3	4	5	7
12D	Camisinhas	1	2	3	4	5	7
12E	Diafragma	1	2	3	4	5	7
12F	Geléia espermicida	1	2	3	4	5	7
12G	Coito interrompido	1	2	3	4	5	7
12H	"Tabelinha"	1	2	3	4	5	7
12I	Outro(especifique)	1	2	3	4	5	7
12J	Nenhum método de controle de natalidade	1	2	3	4	5	7

PARA RESPONDER ÀS PRÓXIMAS QUESTÕES, LEIA ATENTAMENTE AS DEFINIÇÕES DO QUADRO ABAIXO:

Relação Estável: toda relação que envolve além das situações de casamento ou união consensual, relação afetivo-sexual com relações sexuais regulares. Exemplos: relação entre marido e mulher, entre noivo e noiva, entre namorado e namorada, união entre homem e homem ou entre mulher e mulher.

Relação Eventual: são relações sexuais esporádicas, consideradas apenas como "caso" ou "transa".

Berquó e col., 1999.

Obs.: O "ficar" (com relação sexual) deve ser considerado como relação eventual.

13a. Existe uma pessoa com quem você tem uma relação estável e com quem você sente que tem um compromisso especial?

- Sim..... 1 (13b). Há quanto tempo? _____
- Não..... 2
- Não quero responder..... 7

14. Assinale abaixo o tipo de relacionamento que você tem mantido nos últimos 12 meses:

- Estável 1
- Estável e Eventuais..... 2
- Eventuais..... 3
- Nenhum..... 4

15. A transmissão do vírus da aids pode ocorrer de várias maneiras. Na sua opinião, qual é a probabilidade de adquirir o vírus da aids:

	FORMAS DE TRANSMISSÃO	Muito Provável	Provável	Pouco Provável	Definitivamente Impossível	Não Sei
15A	Usando banheiro público.	1	2	3	4	5
15B	Quando alguém com aids tossir ou espirrar em você.	1	2	3	4	5
15C	Sentando na mesma cadeira de onde se levantou uma pessoa infectada ou doente.	1	2	3	4	5
15D	Apertando as mãos ou abraçando alguém com aids.	1	2	3	4	5
15E	Recebendo transfusão de sangue testado	1	2	3	4	5
15F	Doando sangue.	1	2	3	4	5
15G	Pela picada de mosquito ou outros insetos.	1	2	3	4	5
15H	Mãe para filho durante a gestação.	1	2	3	4	5
15I	Compartilhando seringas e agulhas já utilizadas.	1	2	3	4	5
15J	Tendo relação sexual sem camisinha.	1	2	3	4	5
15K	Tendo relação sexual com muitos parceiros com uso irregular da camisinha	1	2	3	4	5
15L	Retirando o pênis antes do final da relação (antes da ejaculação).	1	2	3	4	5
15M	Tendo relação sexual sem camisinha com pessoa conhecida.	1	2	3	4	5
15N	Tendo relação sexual sem camisinha com alguém que tenha aparência saudável.	1	2	3	4	5
15O	Através de copos e talheres.	1	2	3	4	5

16. Qual é a probabilidade de adquirir uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) como sífilis, gonorréia, condiloma acuminado, cancro mole, infecções por clamídias (linfogranuloma venéreo), tricomoniase, herpes genital:

	FORMAS DE TRANSMISSÃO	Muito Provável	Provável	Pouco Provável	Definitivamente Impossível	Não Sei
16A	Usando banheiro público.	1	2	3	4	5
16B	Quando alguém com alguma DST tossir ou espirrar em você.	1	2	3	4	5
16C	Sentando na mesma cadeira de onde se levantou uma pessoa infectada ou doente.	1	2	3	4	5
16D	Apertando as mãos ou abraçando alguém com alguma DST.	1	2	3	4	5
16E	Recebendo transfusão de sangue testado	1	2	3	4	5
16F	Doando sangue.	1	2	3	4	5
16G	Pela picada de mosquito ou outros insetos.	1	2	3	4	5
16H	Mãe para filho durante a gestação.	1	2	3	4	5
16I	Compartilhando seringas e agulhas já utilizadas.	1	2	3	4	5
16J	Tendo relação sexual sem camisinha.	1	2	3	4	5
16K	Tendo relação sexual com muitos parceiros com uso irregular da camisinha	1	2	3	4	5
16L	Retirando o pênis antes do final da relação (antes da ejaculação).	1	2	3	4	5
16M	Tendo relação sexual sem camisinha com pessoa conhecida.	1	2	3	4	5
16N	Tendo relação sexual sem camisinha com alguém que tenha aparência saudável.	1	2	3	4	5
16O	Através de copos e talheres.	1	2	3	4	5

() Se você tem o vírus da aids, assinale no parêntesis e não responda às questões 17A e 17C.

17. Algumas pessoas se preocupam muito com a possibilidade de adquirir alguma DST ou o vírus da aids, enquanto outras não estão nada preocupadas. Qual é o seu sentimento a respeito das afirmações abaixo:

	Muito Preocu- pado(a)	Preocu- pado(a)	Pouco Preocu- pado (a)	Nada Preocu- pado(a)	Nunca tive relação sexual
17A. Você está preocupado ou ansioso por ter mantido relação Sexual com alguém no passado que poderia ter transmitido a você o vírus da aids.....	1	2	3	4	0
17B. Você está preocupado ou ansioso por ter mantido relação Sexual com alguém no passado que poderia ter transmitido à você alguma DST.....	1	2	3	4	0
17C. Você está preocupado ou ansioso com a possibilidade de adquirir o vírus da aids no futuro.....	1	2	3	4	--
17D. Você está preocupado ou ansioso com a possibilidade de adquirir alguma DST no futuro.....	1	2	3	4	--

18. Há outras doenças além da aids que podem ser adquiridas através das relações sexuais (Doenças Sexualmente Transmissíveis ou DST). Você teve alguma Doença Sexualmente Transmissível (sífilis, gonorréia, clamídia, herpes genital ou outra)?

- Sim, não tenho mais..... 1 Qual(ais): _____ Há quanto tempo _____
- Sim, ainda tenho..... 2 Qual(ais): _____
- Não..... 3
- Não sei..... 6
- Não quero responder..... 7

19. Você tem Herpes Genital?

- Sim..... 1
- Não..... 2
- Não sei..... 6
- Não quero responder..... 7

20. Muitas pessoas têm demonstrado preocupações pessoais com o vírus da aids. Responda, no quadro abaixo, qual é a probabilidade:

	Muito Grande	Grande	Média	Pequena	Nenhuma	Não tenho idéia
20A. de você adquirir o vírus da aids nos próximos cinco anos	1	2	3	4	5	6
20B. de alguém na sua faixa de idade adquirir o vírus da aids	1	2	3	4	5	6
20C. de você adquirir alguma DST como sífilis, gonorréia, herpes genital ou outra nos próximos cinco anos	1	2	3	4	5	6
20D. de alguém na sua faixa de idade adquirir alguma DST como sífilis, gonorréia, herpes genital ou outra	1	2	3	4	5	6

21. O(a)s seu(sua)s parceiro(a)s sexual(ais) têm ou tiveram relação sexual com outras pessoas além de você?

- Sim, ainda tem..... 1
 Sim, não tem mais..... 2
 Não 3
 Não sei..... 6
 Não quero responder..... 7
 Não tenho vida sexual ativa..... 0

22. Em caso afirmativo, a camisinha foi usada nestas relações?

- Sim..... 1
 Não 2
 Às vezes..... 3
 Não sei..... 6
 Não quero responder..... 7

23. Você discute sobre DST/aids e risco pessoal de infecções com seus amigos(as) e/ou parceiros sexuais?

- Sim..... 1
 Às vezes..... 2
 Não..... 3

24. Você acha que poderá ter relação sexual (homem/mulher) com mais do que uma pessoa nos próximos dois meses?

- Sim..... 1
 Possivelmente..... 2
 Não, definitivamente não..... 3
 Não sei..... 6
 Não quero responder..... 7

25. Com quantas pessoas você acha que terá relação sexual nos próximos dois meses?

_____ pessoas	
Não sei.....	666
Não quero responder.....	777
Com nenhuma.....	0

26. [Isto inclui seu (sua) marido (esposa) ou o(a) parceiro(a) estável?]

Sim.....	1
Possivelmente.....	2
Não, definitivamente não.....	3
Não sei.....	6
Não quero responder.....	7
Não tenho parceiro estável.....	0

27. Por favor, responda-me o que você acha das afirmações abaixo:

	Concor- do Total- mente	Concor- do em parte	Discordo em parte	Discordo Totalmen te	Não sei
27A. Você sempre pode perceber se uma pessoa tem o vírus da aids	1	2	3	4	6
27B. O vírus da aids acomete apenas homens homossexuais e usuários de drogas injetáveis	1	2	3	4	6
27C. Pessoas idosas não precisam se preocupar com o risco de adquirir o vírus da aids	1	2	3	4	6
27D. Pessoas heterossexuais não precisam se preocupar muito com o risco de adquirir o vírus da aids	1	2	3	4	6
27E. Eu não sou o tipo de pessoa que poderia pegar aids	1	2	3	4	6
27F. Eu não tenho relação sexual com o tipo de pessoa que poderia ter aids	1	2	3	4	6
27G. Há coisas que as pessoas podem fazer para evitar o vírus da aids	1	2	3	4	6

SE VOCÊ TEM PARCEIRO ESTÁVEL (ver definição na pg. 3), POR FAVOR, RESPONDA ÀS QUESTÕES Nº 28 E 29; CASO CONTRÁRIO PASSE PARA A QUESTÃO Nº 30.

28. Para quem tem parceiro estável: Pensando nos próximos dois meses, qual é a frequência com que você pensa que usará preservativos quando tiver uma relação sexual com o(a) seu(sua) parceiro(a) estável?

- Nunca..... 1
 Às vezes..... 2
 Com muita frequência..... 3
 Sempre..... 4
 Não sei..... 6
 Não quero responder..... 7
 Não pretendo ter relação sexual..... 0

29. Para quem tem parceiro estável: Pensando nos próximos dois meses, qual a frequência com que você pensa que usará preservativos quando tiver uma relação sexual com outro(a) parceiro(a) que não seja o seu parceiro estável?

- Nunca..... 1
 Às vezes..... 2
 Com muita frequência..... 3
 Sempre..... 4
 Não sei..... 6
 Não quero responder..... 7
 Não vou ter relação sexual com outro parceiro... 0

30. Para quem não tem parceiro estável: Pensando nos próximos dois meses, qual é a frequência com que você acha que usará preservativos quando tiver relação sexual?

- Nunca..... 1
 Às vezes..... 2
 Com muita frequência..... 3
 Sempre..... 4
 Não sei..... 6
 Não quero responder..... 7
 Não pretendo ter relação sexual..... 0

31. Assinale o seu grau de concordância com as afirmações abaixo:

	Concor- do To- talmente	Concor- do em parte	Discordo em Parte	Discordo Total- mente	Não sei
31A. A maioria de seus amigos acha que é difícil usar camisinha	1	2	3	4	6
31B. A maioria de seus amigos acha que as pessoas sempre deveriam usar camisinha quando tivessem relação sexual com uma nova pessoa	1	2	3	4	6
31C. A maioria de seus amigos usa camisinha quando tem relação sexual com uma nova pessoa	1	2	3	4	6

	Concor- do To- talmente	Concor- do em parte	Discordo em Parte	Discordo Totalment e	Não sei
31D. A maioria de seus amigos acha que as pessoas sempre deveriam usar camisinha quando tivessem relação sexual, também com o parceiro estável (fixo)	1	2	3	4	6
31E. Atualmente, a maioria das pessoas de sua idade estão usando camisinha	1	2	3	4	6
31F. Há muito pouco a fazer quando algum(a) parceiro(a) sexual não concorda em usar camisinha	1	2	3	4	6
31G. Há muito pouco que uma pessoa possa fazer para evitar o vírus da aids	1	2	3	4	6
31H. Se você sempre usa camisinha é impossível adquirir o vírus da aids ao ter relação sexual	1	2	3	4	6
31I. Para mulheres heterossexuais É muito difícil fazer um homem mudar de opinião se ele não quer usar camisinha	1	2	3	4	6
31J. Para homens heterossexuais: É muito difícil fazer com que uma mulher mude de opinião se ela não quer que você use camisinha	1	2	3	4	6
31K. Se você quer usar camisinha e seu parceiro não, você evita ter relação sexual	1	2	3	4	6
31L. Se você estivesse pensando em ter relação sexual com um novo parceiro, você garante que teria camisinha para usar	1	2	3	4	6
31M. O uso da camisinha é uma boa maneira de proteger seu parceiro sexual de doenças transmitidas através de relações sexuais	1	2	3	4	6
31N. As camisinhas frequentemente se rompem ou escapam durante as relações sexuais	1	2	3	4	6
31O. É difícil encontrar lugares para comprar camisinha	1	2	3	4	6
31P. O custo da camisinha é muito alto	1	2	3	4	6
31Q. O uso da camisinha é imoral	1	2	3	4	6
31R. É constrangedor comprar camisinhas	1	2	3	4	6

	Concor- do To- talmente	Concordo em parte	Discordo em parte	Discordo Totalmen- -te	Não sei
31S. Para as mulheres: É embaraçoso colocar uma camisinha no homem Para os homens: É embaraçoso colocar uma camisinha	1	2	3	4	6
31T. Para as mulheres: Se uma mulher deseja que seu parceiro use camisinha, ele poderia pensar que ela teve relação sexual com outra pessoa. Para os homens: Se um homem deseja usar camisinha, sua parceira sexual poderia pensar que ele teve relação sexual com outra pessoa.	1	2	3	4	6
31U. A relação sexual não é boa quando se usa a camisinha	1	2	3	4	6
31V. O uso da camisinha dificulta o orgasmo do homem	1	2	3	4	6
31X. O uso da camisinha dificulta o orgasmo da mulher	1	2	3	4	6

32. Assinale o seu grau de concordância com as afirmações abaixo:

	Con- cordo Total- mente	Con- cordo em parte	Discor- do em parte	Discor- do Total- mente	Não tenho vida sexual ativa
32A. Eu acho que alguns problemas sexuais são muito desconcertantes para serem tratados com meu parceiro sexual.	1	2	3	4	0
32B. É fácil contar a(o) meu(minha) parceiro(a) o que eu gosto e o que eu não gosto de fazer durante a relação sexual	1	2	3	4	0
32C. Acredito que seja difícil para o(a) meu (minha) parceiro(a) dizer-me o que gosta de fazer durante a relação sexual	1	2	3	4	0
32D. Meu (minha) parceiro(a) sexual realmente se importa muito a respeito do que eu penso sobre sexo	1	2	3	4	0
32E. Em geral, falar de sexo com meu(minha) parceiro(a) sexual é prazeroso para os dois	1	2	3	4	0

33. Você encontrará a seguir uma relação de coisas sobre o que as pessoas podem falar antes de ter relação sexual com outra pessoa pela primeira vez. Nos últimos 12 meses você:

	Sempre	Com muita frequência	Às vezes	Nunca	Não quero responder	Não se aplica à minha pessoa
33A. perguntou a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual o que ele(ela) pensava a respeito de usar camisinha antes que vocês tivessem relação sexual	1	2	3	4	7	10
33B. perguntou a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a respeito do número de parceiros(as) que teve no passado	1	2	3	4	7	10
33C. disse a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a respeito do número de parceiros (as) que você teve no passado	1	2	3	4	7	10
33D. disse a um(a) novo(a) parceiro(a) que você não teria relação sexual a menos que se usasse camisinha	1	2	3	4	7	10
33E. discutiu com um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a necessidade de ambos realizarem o teste para o vírus da aids antes de ter relação sexual	1	2	3	4	7	10
33F. conversou com um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a respeito de não ter relação sexual até que um conheça o outro por mais tempo	1	2	3	4	7	10
33G. perguntou a um(a) novo(a) parceiro(a) se apresentou algum tipo de DST como: herpes, sífilis, clamídia ou gonorréia	1	2	3	4	7	10
33H. perguntou a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual se já usou drogas como heroína ou cocaína	1	2	3	4	7	10
<u>Não para homossexuais</u> 33I. falou se você ou seu parceiro sexual já tiveram experiências homossexuais	1	2	3	4	7	10
<u>Não para homossexuais</u> 33J. falou a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a respeito de controle de natalidade antes de ter relação sexual pela primeira vez	1	2	3	4	7	10

34. Você tem usado camisinha durante a relação sexual vaginal ou anal nos últimos 12 meses?

- Sim..... 1
- Não..... 2
- Às vezes..... 3
- Não quero responder..... 7
- Não tenho vida sexual ativa..... 0

SE VOCÊ RESPONDEU “SIM” OU “ÀS VEZES”, POR FAVOR, RESPONDA ÀS QUESTÕES Nº 35 A 39. CASO CONTRÁRIO PASSE PARA A QUESTÃO Nº 40.

35. Se você usou camisinha nos últimos 12 meses, quantas vezes ela escapou (saiu do pênis) durante a relação sexual vaginal ou anal?

- vezes
- Saiu algumas vezes, mas não sei o nº de vezes... 222
 - Nunca saiu..... 666
 - Não quero responder..... 777

36. Se você usou camisinha nos últimos 12 meses, quantas vezes ela rompeu-se enquanto mantinha relação sexual vaginal ou anal?

- vezes
- Rompeu algumas vezes, mas não sei o nº de vezes.. 222
 - Nunca rompeu..... 666
 - Não quero responder..... 777

37. Em relação ao uso da camisinha:

	Nun- ca	Rara- men- te	Às vezes	Mui- tas vezes	Sem- pre	Não quero res- ponder	Não se aplica à minha pessoa
37A. Qual é a frequência do uso da camisinha na relação sexual vaginal com seu(sua) parceiro(a) estável	1	2	3	4	5	7	10
37B. Qual é a frequência do uso da camisinha na relação sexual anal com seu(sua) parceiro(a) estável	1	2	3	4	5	7	10
37C. Qual é a frequência do uso da camisinha na relação sexual vaginal com parceiros eventuais	1	2	3	4	5	7	10
37D. Qual é a frequência do uso da camisinha na relação sexual anal com parceiros eventuais	1	2	3	4	5	7	10

38. Você usou camisinha nos últimos 12 meses para:

	Sim	Não	Não quero responder	Não se aplica à minha pessoa
38A. Evitar a gravidez	1	2	7	10
38B. Evitar doenças de transmissão sexual	1	2	7	10
38C. Por alguma outra razão. Especifique:	1	2	7	10

39. Nas relações sexuais com camisinha, quem tomou a decisão de usá-la?

Geralmente eu.....	1
Geralmente meu(minha) parceiro(a).....	2
Os dois juntos.....	3
Não sei.....	6
Não tenho vida sexual ativa.....	0

40. Você tem discutido a respeito do uso da camisinha com seu(sua)(s) parceiro(a)(s) sexual(ais) nos últimos 12 meses?

Sim.....	1
Não.....	2
Não sei.....	6
Não tenho vida sexual ativa.....	0

41. Nos últimos 12 meses, você teve relação sexual sem camisinha porque ficou com medo que o(a) seu(sua) parceiro(a) não teria relação com você ou interromperia o relacionamento?

Sim.....	1
Não.....	2
Não sei.....	6
Não quero responder.....	7
Não tenho vida sexual ativa.....	0

42. Durante os últimos 12 meses, com que frequência tomou bebidas alcóolicas antes de ter relações sexuais?

Nunca.....	1
Raramente.....	2
Às vezes.....	3
Muitas vezes.....	4
Sempre.....	5
Não sei.....	6
Não quero responder.....	7
Não tenho vida sexual ativa.....	0

43. Durante os últimos 12 meses, com que frequência usou drogas como maconha, cocaína, crack, heroína ou outra antes de ter relações sexuais?

Nunca.....	1
Raramente.....	2
Às vezes.....	3
Muitas vezes.....	4
Sempre.....	5
Não sei.....	6
Não quero responder.....	7
Não tenho vida sexual ativa.....	0

44. Qual(ais) a(s) fonte(s) de informação sobre aids e outras DST que você considera ter(em) sido mais importante(s) para o seu conhecimento atual?

(ASSINALE ATÉ 05 ITENS):

44A. Jornais e revistas.....	1
44B. Livros.....	2
44C. Rádio.....	3
44D. Televisão.....	4
44E. Telefone (disque aids ou outros).....	5
44F. Irmão(ã).....	6
44G. Pai.....	7
44H. Mãe.....	8
44I. Outra pessoa da família: _____	9
44J. Professor(a).....	10
44K. Amigo(a).....	11
44L. Outro: _____	12

45. Quando você apresenta dúvidas relacionadas à aids ou a outras DST, você: (assinale uma ou mais respostas):

45A. Busca esclarecimentos com algum(a) amigo(a).....	1
45B. Busca esclarecimentos com professor(a)(s).....	2
45C. Busca esclarecimentos com algum parente: pai, mãe, irmão(ã).....	3
45D. Busca esclarecimentos com algum profissional de saúde(médico, enfermeiro, ou outro).....	4
45E. Busca esclarecimentos em livros, jornais, revistas.....	5
45F. Espera para esclarecer dúvidas quando tiver oportunidade.....	6
45G. Permanece com dúvidas pois não busca ajuda.....	7
45H. Outra alternativa: _____	8

46. Você considera seu comportamento sexual como de:

Alto risco.....	1
Médio risco.....	2
Baixo risco.....	3
Nenhum risco.....	4
Não sei.....	6
Não quero responder.....	7

Hora do término _____

ANEXO 4

**(QUESTIONÁRIO CODIFICADO PARA
ANÁLISE)**

QUESTIONÁRIO

Questões com respostas agrupadas ou com codificação diferente da apresentada no questionário aplicado aos alunos

1. Idade: em anos e por faixa etária

5. Estado Civil:

Questionário	Análise
Solteiro(a)	Solteiro(a)
Casado(a).....	Casado/União
Em união consensual.....	consensual
Separado(a).....	Não apareceu
Divorciado(a).....	na amostra
Outro.....	

06. Idade do início de atividade sexual: (em anos)

Ainda não iniciei () => não considerados no presente estudo.

07. Com quantas pessoas você manteve relação sexual de qualquer tipo durante toda a sua vida?

Questionário	Análise
..... pessoas	Até 1
	2 ou mais
Vários, mas não sei o número.....	2 ou mais
Não quero responder.....	Valores faltantes
Não tive parceiro(a)(s) sexual(ais).....	Não apareceu na amostra

08. Com quantas pessoas você manteve relação sexual de qualquer tipo durante o último ano?

Questionário	Análise
..... pessoas	Até 1
	2 ou mais
Vários, mas não sei o número.....	2 ou mais
Não quero responder.....	Valores faltantes
Não tive parceiro(a)(s) sexual(ais).....	Até 1

09. O(s) seu/sua(s) parceiro(a) (s) sexual(ais) nos últimos cinco anos é(são):

Questionário	Análise
Do mesmo sexo que o seu	Mesmo sexo ou ambos
Do sexo oposto ao seu.....	Sexo oposto
De ambos os sexos.....	Mesmo sexo ou ambos
Não quero responder.....	Valores faltantes
Não tive parceiro(a)(s) sexual (ais).....	Não tem parceiro sexual

10. Atualmente, o(s) seu/sua(s) parceiro(a) (s) sexual(ais) é(são):

Questionário	Análise
Do mesmo sexo que o seu	Mesmo sexo ou ambos
Do sexo oposto ao seu	Sexo oposto
De ambos os sexos.....	Mesmo sexo ou ambos
Não quero responder	Valores faltantes
Não tive parceiro(a)(s) sexual (ais).....	Não tem parceiro sexual

11. Não para homossexuais: Desde o momento em que você iniciou sua vida sexual, você ou o(a) seu(sua) parceiro(a) tem usado algum método de controle da natalidade (exceto quando se desejou a gravidez)?

Questionário	Análise
Nunca	Nunca
Raramente.....	Uso descontínuo
Às vezes.....	
Muito frequentemente.....	
Sempre tem usado.....	Sempre
Não quero responder.....	Valores faltantes
Não tive parceiro(a)(s) sexual (ais).....	Não apareceu na amostra

SE VOCÊ NÃO TEM VIDA SEXUAL ATIVA, OU SE É HOMOSSEXUAL NÃO RESPONDA À QUESTÃO Nº 12 E PASSE PARA O QUADRO SEGUINTE.

12. Gostaria de saber o(s) método(s) de controle de natalidade que você ou seu(s) parceiro(a)(s) tem usado durante sua vida sexual ativa, assim como a frequência do seu uso (todos os itens devem ser assinalados):

Ques- tioná- rio	MÉTODO	Nunca	Rara- Mente	Às Vezes	Muito freqüen- temente	Sempre	Não quero respon- der	
Aná- lise	Ligadura de trompas*	Nunca	Uso			Sempre	Valores faltantes	
	Vasectomia*							
	Pílulas anticoncepcionais		Descontínuo			Sempre		
	Camisinhhas							
	Diafragma*							
	Geléia espermicida*							
	Coito interrompido							
	"Tabelinha"							
	Outro(especifique)*							
	Nenhum método de controle de natalidade*							

* alternativas não analisadas devido ao baixo número de respostas

13a. Existe uma pessoa com quem você tem uma relação estável e com quem você sente que tem um compromisso especial?

Questionário	Análise	
Sim.....	Sim	(13b). Há quanto tempo? (analisado em anos)
Não.....	Não	
Não quero responder.....	Não apareceu na amostra	

15. A transmissão do vírus da aids pode ocorrer de várias maneiras. Na sua opinião, qual é a probabilidade de adquirir o vírus da aids:

Cada item foi codificado com base na idéia de que quanto maior o valor assinalado menor o conhecimento sobre as formas de transmissão da aids (mais desinformado).

	FORMAS DE TRANSMISSÃO	Muito Provável	Provável	Pouco Provável	Definitivamente Impossível	Não Sei
15A	Usando banheiro público.	4	3	2	1	5
15B	Quando alguém com aids tossir ou espirrar em você.	4	3	2	1	5
15C	Sentando na mesma cadeira de onde se levantou uma pessoa infectada ou doente.	4	3	2	1	5
15D	Apertando as mãos ou abraçando alguém com aids.	4	3	2	1	5
15E	Recebendo transfusão de sangue testado	Não considerado na análise				
15F	Doando sangue.	4	3	2	1	5
15G	Pela picada de mosquito ou outros insetos.	4	3	2	1	5
15H	Mãe para filho durante a gestação.	1	2	3	4	5
15I	Compartilhando seringas e agulhas já utilizadas.	1	2	3	4	5
15J	Tendo relação sexual sem camisinha.	1	2	3	4	5
15K	Tendo relação sexual com muitos parceiros com uso irregular da camisinha	1	2	3	4	5
15L	Retirando o pênis antes do final da relação (antes da ejaculação).	1	2	3	4	5
15M	Tendo relação sexual sem camisinha com pessoa conhecida.	1	2	3	4	5
15N	Tendo relação sexual sem camisinha com alguém que tenha aparência saudável.	1	2	3	4	5
15O	Através de copos e talheres.	4	3	2	1	5

16. (*) Qual é a probabilidade de adquirir uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) como sífilis, gonorréia, condiloma acuminado, cancro mole, infecções por clamídias (linfogranuloma venéreo), tricomoniase, herpes genital:

(*) Esta questão foi cancelada por ter sido considerada inadequada para avaliar conhecimento, visto que abrange várias DST, algumas das quais com formas de transmissão diversificadas podendo gerar confusão.

18. Há outras doenças além da aids que podem ser adquiridas através das relações sexuais (Doenças Sexualmente Transmissíveis ou DST). Você teve alguma Doença Sexualmente Transmissível (sífilis, gonorréia, clamídia, herpes genital ou outra)?

Questionário	Análise		
Sim, não tenho mais.....	Sim	Qual(ais): ____	Há quanto tempo(analisado em meses)
Sim, ainda tenho.....		Qual(ais): ____	
Não.....	Não		
Não sei.....	Não sei		
Não quero responder.....	Não apareceu na amostra		

19. Você tem Herpes Genital?(*)

(*) Questão analisada juntamente com a questão anterior.

20. Muitas pessoas têm demonstrado preocupações pessoais com o vírus da aids. Responda, no quadro abaixo, qual é a probabilidade:

A codificação estabelecida indica que quanto menor o valor assinalado, maior é a probabilidade de adquirir DST/aids, segundo a própria percepção.

	Muito Grande	Grande	Média	Pequena	Nenhuma	Não tenho idéia
20A. de você adquirir o vírus da aids nos próximos cinco anos	1	2	3	4	5	99
20B. de alguém na sua faixa de idade adquirir o vírus da aids	1	2	3	4	5	99
20C. de você adquirir alguma DST como sífilis, gonorréia, herpes genital ou outra nos próximos cinco anos	1	2	3	4	5	99
20D. de alguém na sua faixa de idade adquirir alguma DST como sífilis, gonorréia, herpes genital ou outra	1	2	3	4	5	99

99: não considerado na análise ("missing")

21. O(a)s seu(sua)(s) parceiro(a)(s) sexual(ais) têm ou tiveram relação sexual com outras pessoas além de você?

Questionário	Análise
Sim, ainda tem.....	Sim
Sim, não tem mais.....	
Não	Não
Não sei.....	Não sei
Não quero responder.....	Valores faltantes
Não tenho vida sexual ativa.....	

22. Em caso afirmativo, a camisinha foi usada nestas relações?

Questionário	Análise
Sim.....	Sim
Não	Não/às vezes
As vezes.....	
Não sei.....	Não sei
Não quero responder.....	Valores faltantes

23. Você discute sobre DST/aids e risco pessoal para as infecções com seus amigos(as) e/ou parceiros sexuais?

Questionário	Análise
Sim.....	Sim/às vezes
Às vezes.....	
Não.....	Não

24. Você acha que poderá ter relação sexual (homem/mulher) com mais do que uma pessoa nos próximos dois meses?

Questionário	Análise
Sim.....	Sim, talvez
Possivelmente.....	
Não sei.....	
Não, definitivamente não.....	Não
Não quero responder.....	Não apareceu na amostra

27. Por favor, responda-me o que você acha das afirmações abaixo:

A codificação indica que o aluno apresenta estereótipos de pessoas com HIV/aids quando os valores assinalados são maiores.

	Concor- do Total- mente	Concor- do em parte	Discordo em parte	Discordo Totalmen- te	Não sei
27A. Você sempre pode perceber se uma pessoa tem o vírus da aids	4	3	2	1	5
27B. O vírus da aids acomete apenas homens homossexuais e usuários de drogas injetáveis	4	3	2	1	5
27C. Pessoas idosas não precisam se preocupar a respeito de adquirir o vírus da aids	4	3	2	1	5
27D. Pessoas heterossexuais não precisam se preocupar muito a respeito de adquirir o vírus da aids	4	3	2	1	5
27E. Eu não sou o tipo de pessoa que poderia pegar aids	4	3	2	1	5

27F. Eu não tenho relação sexual com o tipo de pessoa que poderia ter aids	4	3	2	1	5
27G. Há coisas que as pessoas podem fazer para evitar o vírus da aids	1	2	3	4	5

SE VOCÊ TEM PARCEIRO ESTÁVEL (ver definição na pg. 3), POR FAVOR, RESPONDA ÀS QUESTÕES Nº 28 E 29; CASO CONTRÁRIO PASSE PARA A QUESTÃO Nº 30.

28. Para quem tem parceiro estável: Pensando nos próximos dois meses, qual é a frequência que você pensa que usará preservativos quando tiver uma relação sexual com o(a) seu(sua) parceiro(a) estável?

Questionário	Análise
Nunca.....	Nunca
As vezes.....	As vezes
Com frequência.....	
Sempre.....	sempre
Não sei.....	Valor faltante
Não quero responder.....	
Não pretendo ter relação sexual.....	

30. Para quem não tem parceiro estável: Pensando nos próximos dois meses, qual é a frequência que você acha que usará preservativos quando tiver relação sexual?

Questionário	Análise
Nunca.....	Nunca
As vezes.....	As vezes
Com frequência.....	
Sempre.....	Sempre
Não sei.....	Valor faltante
Não quero responder.....	
Não pretendo ter relação sexual.....	

31. Assinale o seu grau de concordância com as afirmações abaixo:

A escala de codificação desta questão indica que quanto maior a resposta pior a atitude dos alunos.

	Concor- do to- talmente	Concordo em parte	Discordo em parte	Discordo total- mente	Não sei
31A. A maioria de seus amigos acha que é difícil usar camisinha	4	3	2	1	5
31B. A maioria de seus amigos acha que as pessoas sempre deveriam usar camisinha quando tivesse relação sexual com uma nova pessoa	1	2	3	4	5

31C. A maioria de seus amigos usa camisinha quando tem relação sexual com uma nova pessoa	1	2	3	4	5
31D. A maioria de seus amigos acha que as pessoas sempre deveriam usar camisinha quando tivessem relação sexual, inclusive com o parceiro estável (fixo)	1	2	3	4	5
31E. Atualmente, a maioria das pessoas de sua idade estão usando camisinha	1	2	3	4	5
31F. Há muito pouco a fazer quando algum(a) parceiro(a) sexual não concorda em usar camisinha	4	3	2	1	5
31G. Há muito pouco que uma pessoa possa fazer para evitar o vírus da aids	4	3	2	1	5
31H. Se você sempre usa camisinha é impossível adquirir o vírus da aids ao ter relação sexual	1	2	3	4	5
31I. Para mulheres heterossexuais É muito difícil fazer um homem mudar de opinião se ele não quer usar camisinha	Não analisados (incoerência nas respostas)				
31J. Para homens heterossexuais: É muito difícil fazer com que uma mulher mude de opinião se ela não quer que você use camisinha					
31K. Se você quer usar camisinha e seu parceiro não, você evita ter relação sexual	1	2	3	4	5
31L. Se você estivesse pensando em ter relação sexual com um novo parceiro, você garante que teria camisinha para usar	1	2	3	4	5
31M. O uso da camisinha é uma boa maneira de proteger seu parceiro sexual de doenças transmitidas através de relações sexuais	1	2	3	4	5
31N. As camisinhas frequentemente se rompem ou escapam durante as relações sexuais	4	3	2	1	5
31O. É difícil encontrar lugares para comprar camisinha	4	3	2	1	5

31P. O custo da camisinha é muito alto	4	3	2	1	5
31Q. O uso da camisinha é imoral	4	3	2	1	5
31R. É constrangedor comprar camisinhas	4	3	2	1	5
31S. Para as mulheres: É embaraçoso colocar uma camisinha no homem Para os homens: É embaraçoso colocar uma camisinha	4	3	2	1	5
31T. Para as mulheres: Se uma mulher deseja que seu parceiro use camisinha, ele poderia pensar que ela teve relação sexual com outra pessoa. Para os homens: Se um homem deseja usar camisinha, sua parceira sexual poderia pensar que ele teve relação sexual com outra pessoa.	4	3	2	1	5
31U. A relação sexual não é boa quando se usa a camisinha	4	3	2	1	5
31V. O uso da camisinha dificulta o orgasmo do homem	4	3	2	1	5
31X. O uso da camisinha dificulta o orgasmo da mulher	4	3	2	1	5

São quatro variáveis relacionadas à questão 31: Itens “a” até “e” (normas sociais de preservativos); itens “f” até “n” com exceção dos itens “i” e “j” (eficácia pessoal); itens “o” e “p” (barreiras do meio/financeiras) e itens “q” até “x” (barreiras prazer e fatores sócio-emocionais).

32. Assinale o seu grau de concordância com as afirmações abaixo:

Escala de comunicação sexual: neste caso a escala adotada indica que quanto maior o resultado menor a comunicação, ou seja, menor a troca de informações. Segue abaixo sua codificação.

	Con- cordo Total- mente	Con- cordo em parte	Dis- cor- do em parte	Dis- cor- do Total- mente	Não tenho vida sexual ativa
32A. Eu acho que alguns problemas sexuais são muito desconcertantes para serem tratados com meu parceiro sexual.	4	3	2	1	0
32B. É fácil contar a(o) meu(minha) parceiro(a) o que eu gosto e o que eu não gosto de fazer durante a relação sexual	1	2	3	4	0
32C. Acredito que seja difícil para o(a) meu (minha) parceiro(a) dizer-me o que gosta de fazer durante a relação sexual	4	3	2	1	0

32D. Meu (minha) parceiro(a) sexual realmente se importa muito a respeito do que eu penso sobre sexo	1	2	3	4	0
32E. Em geral, falar de sexo com meu(minha) parceiro(a) sexual é prazeroso para os dois	1	2	3	4	0

33. Você encontrará a seguir uma relação de coisas sobre que as pessoas podem falar antes de ter relação sexual com outra pessoa pela primeira vez. Nos últimos 12 meses você:

Escala de comunicação sexual com novos parceiros: a codificação aqui adotada indica que quanto maior o resultado menor a comunicação sexual com novos parceiros.

	Sempre	Com muita frequência	As vezes	Nunca	Não quero responder	Não se aplica à minha pessoa
33A. perguntou a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual o que ele(ela) pensa a respeito de usar camisinha antes que vocês tivessem relação sexual	1	2	3	4	7	10
33B. perguntou a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a respeito do número de parceiros(as) que teve no passado	1	2	3	4	7	10
33C. disse a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a respeito do número de parceiros(as) que você teve no passado	1	2	3	4	7	10
33D. disse a um(a) novo(a) parceiro(a) que você não teria relação sexual a menos que se usasse camisinha	1	2	3	4	7	10
33E. discutiu com um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a necessidade de ambos realizarem o teste para o vírus da aids antes de ter relação sexual	1	2	3	4	7	10
33F. conversou com um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a respeito de não ter relação sexual até que um conheça o outro por mais tempo	1	2	3	4	7	10
33G. perguntou a um(a) novo(a) parceiro(a) se apresentou algum tipo de DST como: herpes, sífilis, clamídia ou gonorréia	1	2	3	4	7	10

33H. perguntou a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual se já usou drogas como heroína ou cocaína	1	2	3	4	7	10
Não para homossexuais						
33I. falou se você ou seu parceiro sexual já tiveram experiências homossexuais	1	2	3	4	7	10
Não para homossexuais						
33J. falou a um(a) novo(a) parceiro(a) sexual a respeito de controle de natalidade antes de ter relação sexual pela primeira vez	1	2	3	4	7	10

7 e 10: não considerados na análise.

34. Você tem usado camisinha durante a relação sexual vaginal ou anal nos últimos 12 meses?

Questionário	Análise
Sim.....	Sim
Não.....	Não
Às vezes.....	Às vezes
Não quero responder.....	Valor faltante
Não tenho vida sexual ativa.....	

SE VOCÊ RESPONDEU “SIM” OU “ÀS VEZES”, POR FAVOR, RESPONDA ÀS QUESTÕES Nº 35 A 39. CASO CONTRÁRIO PASSE PARA A QUESTÃO Nº40.

35. Se você usou camisinha nos últimos 12 meses, quantas vezes ela escapou (saiu do pênis) durante a relação sexual vaginal ou anal?

Questionário	Análise
.....vezes	
Saiu algumas vezes, mas não sei o nº de vezes...	Pelo menos uma vez
Nunca saiu.....	Não
Não quero responder.....	Valor faltante

36. Se você usou camisinha nos últimos 12 meses, quantas vezes ela rompeu-se enquanto mantinha relação sexual vaginal ou anal?

Questionário	Análise
.....vezes	
Rompeu algumas vezes, mas não sei o nº de vezes..	Pelo menos uma vez
Nunca rompeu.....	Não
Não quero responder.....	Valor faltante

37. Em relação ao uso da camisinha:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Não quero responder	Não se aplica à minha pessoa
37A. Qual é a frequência do uso da camisinha na relação sexual vaginal com seu(sua) parceiro(a) estável	3	2	2	2	1	7	10
37B. Qual é a frequência do uso da camisinha na relação sexual anal com seu(sua) parceiro(a) estável	3	2	2	2	1	7	10
37C. Qual é a frequência do uso da camisinha na relação sexual vaginal com parceiros eventuais	3	2	2	2	1	7	10
37D. Qual é a frequência do uso da camisinha na relação sexual anal com parceiros eventuais	3	2	2	2	1	7	10

7 e 10: não considerados na análise e 2: uso descontinuo

38. Você usou camisinha nos últimos 12 meses para:

	Sim	Não	Não quero responder	Não se aplica à minha pessoa
38A. Evitar a gravidez	1	2	Valor faltante/excedente	
38B. Evitar doenças de transmissão sexual	1	2		
38C. Por alguma outra razão. Especifique:	Não considerado na amostra pelo pequeno número de respondentes			

39. Nas relações sexuais com camisinha, quem tomou a decisão de usá-la?

Na análise desta questão foi considerado o sexo do respondente para observar se havia diferença decorrente dessa variável.

Questionário	Análise
Geralmente eu.....	Mulher ou homem
Geralmente meu(minha) parceiro(a).....	Mulher ou homem
Os dois juntos.....	Os dois juntos
Não sei.....	Valor faltante/excedente
Não tenho vida sexual ativa.....	

40. Você tem discutido a respeito do uso da camisinha com seu(sua)(s) parceiro(a)(s) sexual(ais) nos últimos 12 meses?

Questionário	Análise
Sim.....	Sim
Não.....	Não
Não sei.....	Valor faltante
Não tenho vida sexual ativa.....	

41. Nos últimos 12 meses, você teve relação sexual sem camisinha porque ficou com medo que o(a) seu(sua) parceiro(a) não teria relação com você ou interromperia o relacionamento?

Questionário	Análise
Sim.....	Sim
Não.....	Não
Não sei.....	Valor faltante
Não quero responder.....	
Não tenho vida sexual ativa.....	

42. Durante os últimos 12 meses, com que frequência tomou bebidas alcóolicas antes de ter relações sexuais?

Questionário	Análise
Nunca.....	Nunca
Raramente.....	Raramente/às vezes
Às vezes.....	
Muitas vezes.....	Muitas vezes
Sempre.....	
Não sei.....	Valor faltante
Não quero responder.....	
Não tenho vida sexual ativa.....	

43. Durante os últimos 12 meses, com que frequência usou drogas como maconha, cocaína, crack, heroína ou outra antes de ter relações sexuais?

Questionário	Análise
Nunca.....	Nunca
Raramente.....	Raramente/às vezes
Às vezes.....	
Muitas vezes.....	Muitas vezes
Sempre.....	
Não sei.....	Valor faltante
Não quero responder.....	
Não tenho vida sexual ativa.....	