

**CONHECIMENTOS E OPINIÕES SOBRE  
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, AIDS E  
PREVENÇÃO  
ENTRE ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO  
DE UM BAIRRO DE SÃO PAULO-SP, 2000-2003**

EDMÉA COSTA PEREIRA

Dissertação apresentada ao  
Departamento de Epidemiologia da  
Faculdade de Saúde Pública da  
Universidade de São Paulo para  
Obtenção do Grau de Mestre.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Cassia Maria Buchalla

São Paulo  
2003

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

Dedico este trabalho

Aos Jovens  
(representados pelo André  
e pela Natália)

e à Memória de meus Pais.

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Cassia Maria Buchalla, pela orientação prestada, pela paciência e pelo incentivo.

Ao Professor Doutor Heráclito Barbosa de Carvalho, cuja contribuição foi decisiva para a análise estatística dos dados deste estudo.

À Professora Doutora Vera Paiva, por suas valiosas sugestões.

À Doutora Denise Pimentel Bergamaschi, pela sua contribuição na análise dos dados.

À Arlete Conforti da Fonseca, Psicóloga do Centro de Referência em DST/Aids Jabaquara, grande amiga, que tornou possível a organização do banco de dados e sem cujo empenho este trabalho não seria realidade.

À Lucia Salgueiro Castro Hansteed - Assistente Social, Sonia Regina de Araújo e Nobuka Sugawara Koga - Educadoras em Saúde Pública, funcionárias do Centro de Referência em DST/Aids Jabaquara, pela ajuda prestada no trabalho com as escolas.

Ao Ministério da Saúde do Brasil, ao Programa Nacional de DST/Aids, ao Programa de Cooperação Técnica Bilateral Brasil/França na Luta contra a Aids e ao Ministère des Affaires Étrangères da França, que possibilitaram o estágio na França e o financiamento do projeto inicial.

À Doutora France Lert, do INSERM - U-88, pela valiosa orientação prestada durante o estágio em Paris.

## RESUMO

Pereira EC. **Conhecimentos e opiniões sobre doenças sexualmente transmissíveis, aids e prevenção entre estudantes do Ensino Médio de um bairro de São Paulo, 2000-2003.** São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

**Objetivo.** Sendo a população de estudantes do Ensino Médio vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis e à aids, realizou-se um estudo com a finalidade de avaliar o nível de informação destes estudantes sobre tais doenças e sua prevenção, bem como para traçar um perfil sócio-econômico-cultural do grupo estudado. **Métodos.** Estudo transversal envolvendo 3.275 alunos do Ensino Médio de quatro escolas de um bairro de São Paulo-SP, Brasil, com aplicação de um questionário sobre conhecimentos em DST, aids e prevenção, comparando os alunos do período diurno com os do noturno. Utilizaram-se tabelas de frequências, medidas de tendência central,  $\chi^2$  e teste de diferenças de médias de Kruskal Wallis, com nível de significância de 5% para os testes estatísticos. **Resultados.** A maioria dos estudantes (91,4%) tinha entre 14 e 20 anos, sendo a maior parte (58,3%) do período diurno. Os alunos do período noturno têm menos acesso a certos bens de consumo e 60% deles trabalham. Os conhecimentos sobre DST e aids foram considerados bons, mas identificaram-se algumas noções equivocadas: doação de sangue transmite aids (2.795 alunos – 85,6%); hepatite B não reconhecida como DST (2.096 alunos – 76,9%); sangue menstrual (1.845 alunos – 62,1%) e barbeador (1.079 alunos – 37,6%) não reconhecidos como importantes na transmissão; pílula anticoncepcional evita aids e DST (717 alunos – 22,3%). Os estudantes do período diurno têm melhor nível de informação que os do noturno. Pais e amigos são os interlocutores preferidos para conversar sobre sexo. A média de idade para a primeira relação sexual é 14,3 anos para meninos e 14,9 anos para meninas. **Conclusões.** Foram identificados alguns fatores de risco ligados a falhas nos conhecimentos, sobretudo nos alunos do período noturno.

**Descritores:** Prevenção, Aids, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Estudantes.

## SUMMARY

Pereira EC. **Conhecimentos e opiniões sobre doenças sexualmente transmissíveis, aids e prevenção entre estudantes do Ensino Médio de um bairro de São Paulo, 200-2003** [Consciousness and opinions about sexually transmitted diseases, AIDS and prevention among high school students in a given neighborhood in São Paulo: 2000-2003]. São Paulo (BR); 2003. [PhD Thesis – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulô, Brazil].

**Objective.** Considering the high school students one of the most vulnerable population to STD and AIDS, we developed a study focusing some aspects of their sexuality, to evaluate their level of awareness on prevention of such diseases and to obtain a cultural and social-economic profile from this group. **Methods.** A transversal study embracing 3.275 high school students from 4 schools in the same neighborhood in São Paulo – SP, Brazil. A questionnaire making use of frequency charts, central tendency measures,  $\chi^2$  and Kruskal Wallis' grade distinguishing test, with a 5% significance level to statistics tests, about awareness on STD, AIDS and prevention was applied, and the results from students in day-attending classes and those from night-attending classes were compared. **Results.** The majority of students (91.4%) were aged between 14 and 20 and most of them (58.3%) were day-attending students. Night-attending students have less access to consumption goods and 60% of them have a job. Knowledge on STD and AIDS was good but some mistaken information was identified: blood donation could transmit AIDS (2.795 students – 85.6%); Hepatitis B not seen as a STD (2.096 students – 76.9%); menstrual blood (1.845 students – 62.1%) and razor blades (1.079 students – 37.6%) not reckoned as important means of transmission; the use of contraceptive pills as a prevention method to AIDS and DST (717 students – 22.3%). Students from the day-attending classes have more information than those in night-attending classes. Parents and friends are found to be the most likely people to talk about sex. The average age for the first sexual intercourse pointed to the age of 14.3 for the male population and 14.9 for the female. **Conclusion.** We identified risk factors for STD and AIDS mainly within the group attending night school classes.

**Descriptors:** Prevention. AIDS. Sexually Transmitted Diseases. Students.

## ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	31
2.1 Objetivo geral.....	31
2.2 Objetivos específicos.....	31
3 METODOLOGIA.....	32
3.1 Tipo de estudo.....	32
3.2 Local da pesquisa.....	32
3.3 População de estudo.....	33
3.4 Instrumento.....	34
3.4.1 Elaboração do instrumento.....	34
3.4.2 Teste prévio.....	35
3.4.3 Questionário definitivo.....	36
3.5 Variáveis de estudo.....	37
3.5.1 Período de estudo.....	37
3.5.2 Variáveis sócio-demográficas.....	38
3.5.3 Variáveis referentes à capacidade de reconhecer, em uma relação de cinco doenças, as que são sexualmente transmissíveis.....	39
3.5.4 Variáveis referentes à capacidade de reconhecer formas de transmissão da aids.....	39
3.5.5 Variáveis referentes à camisinha masculina.....	40
3.5.6 Variáveis referentes aos conhecimentos sobre formas de prevenção de aids e DST.....	40
3.5.7 Variáveis referentes a conhecimentos sobre a aids como doença.....	41
3.5.8 Variáveis sobre sexualidade e vida sexual.....	42
3.5.9 Opiniões sobre relação sexual.....	42
3.6 Coleta de dados.....	42
3.7 Análise de dados.....	43
3.8 Possibilidade de erros.....	44
3.9 Financiamento.....	46
4 RESULTADOS.....	47
4.1 Caracterização da amostra.....	49
4.2 Capacidade de reconhecer algumas DST especificadas.....	53
4.3 Capacidade de reconhecer formas de transmissão do HIV.....	55
4.4 Opiniões sobre camisinha masculina.....	58
4.5 Conhecimentos sobre formas de prevenção de aids e DST.....	59
4.6 Conhecimentos sobre a aids como doença.....	61
4.7 Vida sexual e sexualidade.....	63
4.7.1 Idade das primeiras relações sexuais.....	63
4.7.2 Preferência quanto ao interlocutor para conversar sobre sexo.....	64
4.7.3 Motivos que levam a ter ou a não ter tido relação sexual.....	65
4.7.4 Opiniões sobre relação sexual.....	66
5 DISCUSSÃO.....	69
5.1 Caracterização da amostra.....	69

5.1.1 Faixa etária.....	69
5.1.2 Sexo.....	71
5.1.3 Ocupação.....	74
5.1.4 Acesso a alguns bens de consumo.....	74
5.1.5 Lazer.....	75
5.2 Capacidade de reconhecer algumas DST especificadas.....	76
5.3 Capacidade de reconhecer formas de transmissão do HIV.....	79
5.3.1 Transmissão vertical.....	79
5.3.2 Outras formas de transmissão de aids e situações de risco.....	81
5.4 Opiniões sobre a camisinha.....	90
5.5 Conhecimentos sobre formas de prevenção de aids e DST.....	93
5.6 Conhecimentos sobre a aids como doença.....	100
5.7 Vida sexual e sexualidade.....	102
5.7.1 Idade da primeira relação sexual.....	102
5.7.2 Interlocutor preferido para conversar sobre sexo.....	106
5.7.3 Motivos que levam a ter ou a ainda não ter tido a primeira relação sexual.....	108
5.7.4 Opiniões sobre relação sexual.....	110
6 CONCLUSÃO.....	113
7 REFERÊNCIAS.....	116
ANEXOS	
Anexo 1 - Questionário.....	A-1
Anexo 2 - Variáveis de estudo – Normas para digitação.....	A-8



## 1 INTRODUÇÃO

Tão antigas quanto o homem, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são conhecidas desde a mais remota antiguidade (ARRUDA 1993): citadas na Bíblia (Antigo Testamento, Levítico 15), em textos dos antigos árabes, dos romanos, dos chineses e dos hindus (BUENO 1995), encontradas em lesões ósseas de múmias egípcias e disseminadas universalmente (LAGO DE SANTANA 1988). Tendo chegado à Europa no século XV e início do século XVI, as DST espalharam-se pelo mundo com as grandes navegações (BUENO 1995). Acredita-se que a sífilis era desconhecida na Europa até o fim do século XV (ROSEN 1994), tendo sido introduzida pelos marinheiros de Colombo em seu regresso, em 1493 (ARRUDA 1993). Entre o Renascimento e o século XVIII, período caracterizado pela tolerância sexual, a sífilis não estigmatizava, sendo considerada uma doença epidêmica. Por volta de 1530, já se reconhecia seu caráter sexual e se agia com vigor para controlar as fontes de infecção (perseguição de prostitutas, isolamento de indivíduos doentes). Quando a moralidade da classe média começa a dominar, o estigma aparece, trazendo como consequência a tendência à ocultação da sífilis, o que prejudicou seu controle (ROSEN 1994).

Houve épocas, até recentes, em que o fato de ser portador de DST era motivo de orgulho para a família do garoto que dava os primeiros passos na vida sexual. Ser “para-raios” de doença venérea seria prova de virilidade, tanto para homens jovens quanto adultos. O estudo das DST ocupava uma posição secundária no âmbito das especialidades médicas (SAITO FJA 2001).

Grandes figuras da humanidade foram vítimas de DST. Guy de Maupassant, romancista francês, padeceu de sífilis tardia, tendo morrido aos 43 anos de idade, em 1893 (BABIN 1990).

No passado, na era pré-antibióticos, as DST, então denominadas “Doenças Venéreas” – lembrando Vênus, a deusa do amor – constituíam um dos grandes desafios da saúde pública (BELDA 1986). O estigma histórico liga o termo “doenças venéreas” à prostituição e à marginalidade (ARRUDA 1993).

Assim, como se fosse cada um dos lados de uma mesma moeda, as DST, pelo menos no passado, tanto estariam ligadas à confirmação da masculinidade como poderiam ser prova de promiscuidade, principalmente no caso da mulher.

Após a Segunda Guerra Mundial, o advento da penicilina, antibiótico eficaz no tratamento da sífilis e da gonorréia, proporcionou um certo conforto em relação às DST, que já poderiam ser tratadas de maneira relativamente fácil. Pensando-se que o problema iria ser resolvido (BELDA 1986; BUENO 1995), o relativo êxito obtido ocasionou um certo relaxamento por parte dos serviços de saúde (ROUQUAYROL e col. 1999). Assim, já no final da década de 50, observou-se um novo aumento na incidência das DST (ARRUDA 1993), como a sífilis e a gonorréia, inclusive com o aparecimento de cepas resistentes aos antibióticos. Nos anos 70 e 80 tomou-se consciência do papel da *Chlamydia trachomatis* como causadora de sérios problemas de saúde e como a causa mais freqüente de DST. A partir dos anos 80, irrompem as doenças virais sexualmente transmissíveis (hepatites B e C, condiloma acuminado, herpes genital e finalmente a aids); a gravidade destas doenças e os avanços verificados nas áreas de microbiologia e de patologia clínica trouxeram novo alento aos estudos das DST, segundo uma abordagem mais moderna (SAITO FJA 2001).

Segundo diferentes autores, são descritas pelo menos 25 doenças ditas sexualmente transmissíveis. As assim chamadas DST clássicas são a gonorréia, a sífilis, o cancro mole, o linfogranuloma venéreo e a donovanose (ROUQUAYROL e col. 1999). A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH

ORGANIZATION 1996) considera que, excetuando-se a aids, as DST mais disseminadas no mundo atualmente são a gonorréia, a infecção por clamídia, a sífilis e a tricomoníase. Para PETRI (2001), as DST mais importantes – ou *major* – são a sífilis, a gonorréia, as uretrites não-gonocócicas (como as devidas a clamídia e micoplasma), o linfogranuloma venéreo, o cancro mole, a verruga genital (condiloma acuminado), o herpes simples, as hepatites B e C e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV.

A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1997; SAITO FJA 2001) estima que ocorrem no mundo, a cada ano, 333 milhões de novos casos de DST. Considera ainda que as DST são as patologias mais frequentes no mundo, com pesadas conseqüências para a saúde e para os planos social e econômico, atingindo tanto os países em desenvolvimento quanto os industrializados. Para o Brasil, a Organização Mundial de Saúde estima a ocorrência de mais de 12 milhões de novos casos de algumas das DST curáveis por ano (CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS 2003). Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003b), como a notificação dos casos não é compulsória e como cerca de 70% das pessoas com alguma DST buscam tratamento em farmácias, o número de casos notificados fica muito abaixo da estimativa da OMS, cerca de 200 mil casos por ano.

No Brasil, não há dados fidedignos disponíveis para se verificar a incidência de DST na população geral (CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS 2003). Implantou-se o SINDST (Sistema de Notificação de Doenças Sexualmente Transmissíveis) no Município de São Paulo a partir de 1998, tendo sido estendido para os demais municípios do Estado em 1999. O emprego das abordagens *sindrômica* e *etiológica* vem contribuindo para facilitar tanto o diagnóstico quanto o tratamento das DST. Segundo o Boletim Epidemiológico do CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS (2003), dentro do Estado de São Paulo, o Município de São Paulo é o que mais notifica (761 casos, de 1998 a 2002, até maio). Embora o Sistema esteja passando por constantes medidas de aprimoramento, o número de serviços notificantes, 68 em 2002, é ainda baixo,

mesmo que venha aumentando ano a ano. No Estado de São Paulo, no período de 1998 a 2002 (até maio), foram notificados 3.877 casos, assim distribuídos:

Tabela 1: Distribuição do número e porcentagem de casos notificados de doenças sexualmente transmissíveis segundo diagnóstico. Estado de São Paulo, 1998 a 2002\*.

DST	Nº	%
Sífilis	2.227	57,4
Condiloma acuminado	1.088	28,1
Síndrome do corrimento cervical	305	7,9
Herpes genital	212	5,5
Síndrome do corrimento uretral	29	0,7
Síndrome da úlcera genital	16	0,4
Total	3.877	100,0

Fonte: SINDST – Divisão de Vig. Epid. – Progr. Est.DST/aids, 1998 a 2002

\*Dados notificados até maio de 2002.

No caso da sífilis congênita, que é doença de notificação compulsória, os dados, a partir de 1994, estão disponíveis no SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação (CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS 2003). No Município de São Paulo, foram os seguintes os casos notificados:

Tabela 2: Distribuição do número de casos e coeficientes de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. São Paulo-SP, 1994 a 2002\*.

Ano	Nº de casos	Coef. de incidência**
1994	280	133,42
1995	294	140,59
1996	327	151,93
1997	370	171,93
1998	456	217,52
1999	443	207,66
2000	519*	***
2001	501*	***
2002	182*	***

Fonte: SINAN – Divisão de Vig. Epid. – Progr. Est.DST/aids, 1998 a 2002

- \* casos sujeitos a revisão
- \*\* por 100.000 nascidos vivos/DATASUS
- \*\*\* não calculado

LOPES (1999) cita como fontes seguras de verificação da incidência de DST:

1. rastreamento sorológico em bancos de sangue;
2. ambulatórios de assistência pré-natal;
3. inquéritos especiais.

A Coordenação Nacional de DST/Aids (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003b) desenvolve projetos em parceria com estados, municípios e outras instituições, com a finalidade de verificar a prevalência de DST em populações específicas. Entretanto, para crianças e adolescentes escolarizados, não há informações disponíveis. PETRI (2001) observa que não há estatísticas que determinam a frequência real das principais DST entre adolescentes que já iniciaram sua vida sexual, embora se saiba que a possibilidade de se contrair uma DST é tanto mais alta quanto mais precoce for a iniciação sexual.

O aparecimento da síndrome da imunodeficiência adquirida – aids – veio, com o seu estigma de doença fatal, modificar a abordagem das DST. Nenhuma nação pode negligenciar a doença do HIV como um dos mais graves problemas de saúde pública dos tempos atuais; no elenco das DST, é a patologia que mais se destaca (PETRI 2001).

O primeiro caso de aids no Brasil foi registrado em 1982, tendo a epidemia evoluído vertiginosamente a ponto de o Brasil ocupar o segundo lugar do mundo, em número de casos, já em 1986. Até 1996, a epidemia no país foi crescente. Deste

período até 1998, apresentou uma tendência à estabilização. A partir mesmo de 1998, passou a apresentar desaceleração. No Estado de São Paulo, a tendência temporal à desaceleração é observada já a partir de 1997 (-5,7% em relação a 1996). O número de casos notificados acumulados em 2002 apresenta um total de 257.780. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003a; CADERNOS UNESCO 2002).

Quanto à distribuição dos casos de aids segundo a categoria de exposição, a modalidade mais importante tem sido a da transmissão sexual, e, nesta, destaca-se a transmissão entre os indivíduos heterossexuais, superando os homo e bissexuais. As categorias de exposição sanguínea e perinatal vêm tendo peso cada vez menor no número total de casos novos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003a).

A importância das DST se deve basicamente a fatores como:

1. assim como qualquer doença, as DST têm **influência negativa na vida do indivíduo**, pois causam impacto psicológico, além de serem debilitantes (HENRIQUES 1993).
2. a busca inadequada pelo tratamento pode levar a pessoa a se prejudicar, quando não fica devidamente curada. Isto ocorre, por exemplo, com rapazes ou homens que, por vergonha, buscam tratamento no balcão das farmácias (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003b), obtendo orientações muitas vezes inadequadas, fazendo com que a doença não se cure, ou levando à **cronificação**, perpetuando a fonte de contaminação. Por outro lado, as

mulheres são menos dispostas a procurar tratamento (HENRIQUES 1993), mantendo-se como fontes de contaminação.

3. nas mulheres, pode haver conseqüências mais graves, ou **seqüelas**, como esterilidade e doença inflamatória pélvica. Por apresentarem infecções subclínicas ou formas assintomáticas das doenças, as mulheres de 15 a 45 anos podem, pela demora na realização do diagnóstico e conseqüente atraso no tratamento, vir a apresentar tais seqüelas (JIMÉNEZ 1999).
4. algumas DST podem trazer **conseqüências para o feto**: abortamento (HENRIQUES 1993), prematuridade, malformações (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003b). Complicações maternas relacionadas às DST não tratadas são uma importante causa de morbi-mortalidade materna e infantil, nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (LOPES 1999).
5. algumas podem causar **incapacidades**.
6. algumas podem levar à **morte** (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003b).
7. as DST estão entre os principais **elementos facilitadores da transmissão do HIV** (LOPES 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003b; PAIVA 2000), aumentando o risco de infecção em até 18 vezes quando um dos parceiros é portador de uma DST não tratada.

Para a priorização dos problemas de saúde pública visando à sua resolução são usados os seguintes critérios (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1997; CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO EM DST/AIDS 2003):

1. magnitude: é elevada a incidência de DST no Brasil (mesmo na ausência de dados epidemiológicos, há estimativas que apontam nesta direção) e no mundo (ARRUDA 1993).
2. transcendência: além de serem facilitadoras para a transmissão sexual do HIV, as DST podem ocasionar graves complicações ao seu portador, desde o impacto psicológico, passando por esterilidade, abortamento, malformações fetais e até a morte.
3. vulnerabilidade: a prevenção é efetiva, assim como muitas doenças são passíveis de tratamento.
4. factibilidade: o enfrentamento das DST pressupõe a existência de programas de prevenção e de serviços aptos a tratar e aconselhar os portadores e seus parceiros.

Nos últimos 20 anos, tem-se observado um aumento na incidência das DST (ARRUDA 1993; BUENO 1995), que teria como causas:



- Intensificação do processo de urbanização, permitindo maior variação de parceiros sexuais;
- Desenvolvimento dos meios de transporte, facilitando as viagens e o turismo;
- Utilização de métodos anticoncepcionais e mudança de mentalidade quanto à importância da virgindade;
- Diminuição da repressão sexual às mulheres, com a conseqüente precocidade sexual;
- Intenso uso do erotismo na publicidade, nos meios de comunicação, nas artes etc.;
- Aumento do consumo de drogas.

Com relação aos grupos etários mais acometidos, os adolescentes constituem o grupo de maior exposição ao risco de contrair DST (SAITO FJA 2001). Isto porque:

- O aparelho reprodutor feminino é mais sensível às DST que o masculino, sensibilidade esta particularmente mais pronunciada nas meninas, em razão da imaturidade do epitélio cervical e da proteção imunológica local. (ONUSIDA 1998; SAITO FJA 2001).
- A iniciação sexual vem ocorrendo cada vez mais precocemente. Uma pesquisa citada pela ONUSIDA (1998), realizada pelo Centro Internacional de Pesquisas sobre as Mulheres, mostra que um quarto das adolescentes no Brasil declararam ter tido sua primeira relação sexual antes dos 13 anos. O

fato é que mudanças no comportamento sexual têm ocasionado vida sexual mais ativa (BELDA 1986). Mudanças culturais no campo da sexualidade estão em curso na sociedade, sobretudo após os anos 60 (MANDÚ e col. 2000).

- O acesso à educação e ao acompanhamento da saúde sexual não acompanhou a maior precocidade na vida sexual e a experiência com diferentes parceiros (MANDÚ e col. 2000).
- Por questões culturais, os meninos tendem a adotar comportamentos agressivos, de predadores, enquanto as meninas possuem menor controle de sua vida e de seu corpo. (ONUSIDA 1998)
- A gravidez em adolescentes, cada vez mais freqüente, além de se constituir como um problema em si, é um indicador seguro do risco.
- As condições sócio-econômicas tornam os problemas ainda mais graves.

A aids vem acometendo os adolescentes cada vez mais cedo (LOPES 1999). Para PAIVA (2002), “os jovens são sempre um grupo vulnerável em todas as sociedades do mundo globalizado”. O relatório da Sociedade BEMFAM (1999) considera, a respeito da aids, com base nos dados do Ministério da Saúde, que, no período entre 1980 e 1998, cerca de 32% dos casos notificados ocorreram em adultos jovens, de 20-29 anos. Considerando que a aids demora, em média, oito anos para se manifestar, essa informação permite inferir que grande parte desses indivíduos se infectou ainda na adolescência, entre 15 e 25 anos (CADERNOS UNESCO BRASIL 2002), o que torna urgentes as estratégias de prevenção.

DESSUNTI (2002), em estudo realizado com 263 estudantes da Universidade Estadual de Londrina – PR, perguntando se foram eles acometidos por alguma DST, obteve resposta afirmativa em 8,2% do total de alunos.

CORRÊA DA COSTA, citado por MANDÚ e col. (2000), realizou um estudo com população de rua em Cuiabá, em 1996, e verificou que, entre os que tinham de 12 a 17 anos, 83,3 % tinham alguma DST e 33,3 % eram positivos para o HIV.

Em estudo realizado em 1994 com 718 gestantes adolescentes, no Amparo Maternal (São Paulo – SP), BARROS (1995) observou que 15,5% delas referiram história anterior de DST, o que, segundo a autora, pode ser considerado grave.

Segundo relatório da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM 1999), citando BÉRIA (1998), estima-se que todo ano, no Brasil, quatro milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos, o que vem a ser uma fonte de realização para todo ser humano, mas que também traz uma série de novos riscos para a saúde.

Para ARRUDA (1993), “as DST apresentam altas taxas de prevalência e incidência na população de todo o mundo, particularmente entre os adolescentes e adultos jovens de ambos os sexos, grupos de maior atividade sexual.” Citando GUTHE e WILLCOX (1971), ARRUDA (1993) destaca o fato de os jovens representarem a maior parcela da população sexualmente ativa e de as DST atingirem predominantemente os adolescentes.

O relatório da Sociedade BEMFAM (1999), em sua apresentação, destaca o aumento significativo no número de gravidezes precoces e de abortos inseguros, índices alarmantes de DST entre os jovens, alta vulnerabilidade à aids e elevada exposição a situações de abuso sexual e de prostituição juvenil, problemas agravados pelos crescentes níveis de uso de drogas.

Quem são, afinal, os adolescentes? Para TAKIUTI (1999), “são vistos enquanto um problema, e não com problemas”. Muito se tem falado sobre as crianças e sobre os adultos, mas a adolescência permanece uma etapa da vida cheia de mistérios (GOJMAN 1995). Na verdade, o próprio conceito de adolescência é recente (SAGGESSE 1983). Para COURTECUISSÉ (1992): “O adolescente é uma pessoa. A adolescência é um conceito”.

Para SALAZAR ROJAS (1995), a adolescência, tal como a conhecemos no mundo ocidental, é uma invenção cultural, um produto da industrialização e da necessidade de preparar o indivíduo para os papéis adultos e para enfrentar os avanços da tecnologia, bem como uma decorrência da necessidade de manter a população mais jovem fora do mercado de trabalho, assegurando o emprego dos adultos. Para o mesmo autor, nas áreas geográficas mais urbanizadas da América Latina a definição ocidental de adolescência sofre a influência persuasiva dos meios de comunicação. PAIVA (2000) questiona: “Será a adolescência um fenômeno que independe da classe social e do gênero?” Para HENRIQUES & YUNES (1993), vários autores consideram o *conceito de adolescência* próprio das sociedades

“ocidentais” modernas. Assim, a compreensão de cada aspecto particular da adolescência necessita de uma avaliação do contexto sócio-histórico onde se situa concretamente o adolescente (SAGGESSE 1983).

Para SCHOR (1995), a adolescência pode ser considerada um conceito vinculado à classe social e influenciado pela pressão econômica. A duração da adolescência tende a expandir-se, quanto mais rico for o país ou a família. Nesse caso, o conceito de adolescência tende a ser mais significativo para os ricos, cujos filhos são “bem preparados” para ingressar no mundo adulto com sucesso, estudando por mais tempo, e levando a duração da adolescência para até cerca de 24 anos de idade; para os mais pobres, cujos filhos têm de começar a trabalhar mais precocemente, a adolescência duraria menos tempo. De fato, nas comunidades menos favorecidas, observa-se que os adolescentes começam a trabalhar mais cedo, sendo que muitas meninas assumem funções e responsabilidades de mãe, cuidando da casa e de irmãos menores.

TAKIUTI (1999) lembra que a utilização do termo “adolescência” remete aos fins do século XVIII, e que as primeiras obras tratando da saúde do adolescente datam do início do século XX. DOMINGUES (1997) coloca neste mesmo período, e no início do século XX, o surgimento da adolescência entendida como um fenômeno das sociedades modernas, com o incremento da urbanização e industrialização.

Citando ARIÈS (1986), SCHOR (1995) expõe: “A cada época corresponderiam uma idade privilegiada e uma periodização particular da vida

humana: **juventude** é a idade privilegiada do século XVII, a **infância**, do século XIX, e a **adolescência**, do século XX.”

PERES (1995) cita o aparecimento, na Europa e nos Estados Unidos, das primeiras preocupações com as particularidades do adolescente, cujas características diferiam dos problemas médicos apresentados por crianças e também por adultos, gerando inclusive problemas de definição da área/especialidade responsável, pois esse indivíduo não era considerado nem criança (objeto da Pediatria) e nem adulto (objeto da Clínica Geral Médica).

Mesmo a delimitação da faixa etária que rotula o indivíduo como adolescente não é exatamente rígida e nem unânime.

No Estatuto da Criança e do Adolescente (Decreto-Lei 8.069, de 13 de julho de 1990), o adolescente é definido como “o indivíduo entre 12 a 18 anos de idade”.

TAKIUTI (1999) destaca que a adolescência transcorre na segunda década da vida (10 a 19 anos), citando a Organização Mundial de Saúde, e a juventude, entre os 15 e os 24 anos, citando YUNES (1992).

O fato é que o período que marca a passagem da infância para a vida adulta se caracteriza por profundas e importantes transformações nos planos físico, mental, emocional e social, compondo a chamada Síndrome da Adolescência Normal (SAITO MI 2001a; SCHOR 1995; TAKIUTI 1999), embora, como lembra

GOJMAN (1995), a adolescência não seja uma doença. São características importantes desta síndrome: a busca da identidade, a tendência grupal, o desenvolvimento do pensamento abstrato, a vivência temporal singular, as variações do humor, a evolução da sexualidade, a separação progressiva dos pais. A construção da identidade do “novo adulto” ocorre em meio às transformações, às dúvidas, aos questionamentos, aos conflitos (GOJMAN 1995).

DOMINGUES (1997), relatando o resultado de depoimentos de adolescentes, coloca a adolescência “como uma fase onde há uma frenética busca pelos prazeres da vida, na qual a diversão é significada por todos como importante elemento de identificação da identidade adolescente; representada, assim, como um momento único da vida em que todos precisam viver intensamente todas as experiências que tal fase possa proporcionar”. Para TAKIUTI (1999), as marcas da adolescência são a irregularidade, a instabilidade e a imprevisibilidade, e o adolescente se caracteriza pela busca de identidade, pela grande criatividade e pelo cultivo da auto-estima.

A inserção do adolescente na sociedade pode ser mais ou menos dramática, mas tem sempre algum grau de turbulência. “Os anos de todos os perigos” (COURTECUISSÉ 1992) são tão férteis quanto marcados por profundas metamorfoses, por crises sucessivas e por choques com o mundo dos adultos. MANDÚ e col. (2000) lembram que a adolescência é vivida com inúmeras incertezas, com independência-dependência, com medos, enfrentamentos e recuos, coerências e incoerências. O adolescente assume atitudes contraditórias – ao mesmo tempo que deseja desfazer os vínculos da infância, mostra-se inseguro ao assumir sua

independência – conforme coloca GOJMAN (1995), assim resumindo este paradoxo: “Necessito que me coloquem limites, mas, desde já, saibam que não sei se vou respeitá-los.”

Para DOMINGUES (1997), a adolescência vai despertar interesse como tema de estudo quando surgem os jovens com comportamentos que fogem aos padrões de socialização aos quais deveriam estar submetidos.

Já em 339 a.C., Sócrates dizia: “Nossa juventude é mal-educada, não respeita a idade e ignora a autoridade, enfrenta os mestres e lhes falta com o respeito...” (GOJMAN 1995).

Assim, a abordagem dos problemas relacionados à adolescência deve necessariamente passar pelas considerações do risco e da vulnerabilidade.

SERRANO (1995) destaca o **enfoque de risco** como uma tecnologia de processo que surgiu ao se associar o conceito de **vulnerabilidade** com a noção de **fator de risco** como uma característica ou circunstância cuja presença aumenta a probabilidade de se produzir um dano ou resultado indesejado. A incorporação do conceito de **fator protetor** enriqueceu a utilidade do enfoque, que pode ser utilizado como um mecanismo não só para prevenir danos, mas também para promover a saúde quando se atua com antecipação. Denominam-se fatores protetores as circunstâncias, características, condições e atributos que permitem alcançar a saúde



integral do adolescente e suas relações com a qualidade de vida e o desenvolvimento deles como indivíduos e como grupo.

Ao examinar a questão da vulnerabilidade do adolescente, AYRES e col. (1998) citam três aspectos que consideram notáveis:

- há informação, mas *pouca comunicação* efetiva sobre o assunto.
- há importantes *barreiras que limitam a acesso a meios de proteção*, de ordem material e cultural.
- a margem entre satisfação de necessidades e risco tem se tornado extremamente estreita, especialmente entre as camadas mais pobres, configurando um quadro de *pobreza de alternativas*.

O risco relacionado à atividade sexual emerge como um importante problema de saúde pública. Comportamentos de risco têm sido relacionados à classe social, pobreza, raça, gênero, estrutura familiar, atividades sociais etc. (RAMIREZ-VALLES 1998).

O Documento Informativo da Campanha Mundial contra a Aids – 1998 (ONUSIDA 1998) destaca aspectos demográficos para melhor refletir a realidade. Para os 30 milhões de pessoas vivendo atualmente com o HIV ou com aids, pelo menos um terço é constituído de jovens que têm entre 10 e 24 anos. A cada dia no mundo, 7.000 jovens são infectados pelo vírus, o que representa cerca de 2,6 milhões de novas infecções por ano para este grupo etário. Em certa medida, estas elevadas

taxas de infecção refletem a predominância de jovens no mundo. A população mundial é jovem, cada vez mais jovem. Entre 1960 e 1990, ela aumentou em 75%, e a proporção de jovens cresceu 99%. Nos países em desenvolvimento concentram-se 85% dos jovens do mundo, o que demonstra o alcance da epidemia.

O Documento ressalta ainda os riscos aos quais o adolescente está exposto, numa associação preocupante de **riscos** e de **vulnerabilidade**. De um lado, recomenda-se a moderação e o cuidado; de outro, a mídia propõe uma imagem fascinante e inofensiva do sexo, do álcool e do tabagismo. Assim, a Campanha Mundial de 1998 escolheu como alvo os jovens por três razões:

- 1) Eles são mais vulneráveis à epidemia.
- 2) Os jovens de 10 a 24 anos representam mais de 30% da população dos países em desenvolvimento, onde a epidemia se concentra.
- 3) Os jovens constituem as forças de mudança, pois podem aprender mais facilmente que os adultos a mudar ou a adotar práticas preventivas.

PAIVA (2000) destaca a necessidade de se levar em conta o **contexto social** de cada grupo – cada um vivendo o seu **contexto vulnerável** -, dada a complexidade de fatores envolvidos e os obstáculos para o sexo seguro.

Entretanto, a concretização da assistência global ao adolescente, bem como a assistência em outras áreas programáticas da saúde, principalmente no setor público, passa por dificuldades ainda não resolvidas.

São conhecidas as dificuldades dos serviços de saúde em cumprir sua função, e isso não acontece apenas com os adolescentes. Falta de vagas e de profissionais competentes, baixa resolutividade, carência de programas eficientes e efetivos, são apenas algumas das deficiências que caracterizam a assistência no país, em geral. Isto se aplica também, e em particular, aos jovens. Para MANDÚ e col. (2000), a assistência pública à saúde dos adolescentes, assim como a dos demais grupos populacionais, é precária; os adolescentes não encontram o suporte adequado, seja em relação à educação sexual, seja em recursos preventivos das doenças em questão ou ao acompanhamento de sua saúde.

Pelo ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (1990), em seu Artigo 11, “é assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. Na prática, como observa LEFÈVRE (1994), é necessária uma luta contínua para a efetiva implantação do que o Estatuto preconiza.

Trabalhando em uma Unidade Básica de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, é possível verificar a primeira dificuldade encontrada pelo(a) adolescente que procura qualquer forma de atendimento/assistência no Serviço Público. Os funcionários da Recepção não sabem absolutamente onde pode ser “encaixada” aquela criatura, que é muito velha para a Pediatria e ainda não se parece com ninguém que vai passar em consulta na Clínica Médica. Se colocam sua ficha para o

pediatra, há reclamações; se para o clínico, também. Esta indefinição vem sendo constante, embora exista a tendência a estender o atendimento pediátrico para indivíduos de até 18 anos. Mas trata-se apenas de uma tendência, raramente observada. O que se vê são adolescentes “sem dono”, que ninguém quer atender, talvez porque o profissional não se julgue apto a fazê-lo adequadamente. Na prática, ocorre que é necessário apresentar um dado de morbidade que funcione como um passaporte para a assistência à saúde, como por exemplo uma gravidez. O adolescente é tratado como um simples portador de patologia (SCHOR 1995). Na ausência de uma patologia/situação específica, obter atendimento pode ser impossível. Às vezes, o garoto/a garota faz meia-volta sem nada conseguir, porque não se fez acompanhar de nenhum responsável (será que ele/ela não está evitando justamente isso?). Outras vezes, ele/ela desiste do atendimento, frente ao constrangimento de um verdadeiro interrogatório em voz alta, com muitas pessoas na fila, ouvindo tudo; o funcionário da recepção precisa saber de que se trata, para assim encaminhar aquele ser que foi buscar atendimento. Também se pode procurar um Centro de Referência em DST/Aids, mas isso às vezes é muito difícil, principalmente para os jovens.

A organização dos serviços de saúde, por outro lado, adota estratégias expectantes, onde os profissionais ficam passivamente esperando a demanda por atendimento. Para SERRANO (1995), é necessário modificar as estratégias dos serviços interdisciplinares e intersetoriais: não se deve ficar aguardando que os adolescentes com necessidades iminentes busquem os serviços, mas deve-se ir ao

encontro deles, para atender suas necessidades em seus próprios ambientes, mediante intervenções oportunas.

SCHOR (1995) lembra: “os serviços de saúde não estão correspondendo às expectativas e necessidades específicas dos adolescentes”, com o agravante de que a abordagem por equipe multidisciplinar não funciona na prática, pois ainda se costuma colocar o atendimento centrado na figura do médico. Descaso, rejeição, falta de acolhimento podem caracterizar a experiência do adolescente que procura os serviços de saúde (ONUSIDA 1998).

Os primeiros serviços voltados para a saúde do adolescente no Brasil surgem a partir da década de 1970 (TAKIUTI 1999).

A criação do PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1989) é lembrada por SCHOR (1995), que destaca suas áreas prioritárias: 1) crescimento e desenvolvimento; 2) sexualidade; 3) saúde bucal; 4) saúde mental; 5) saúde reprodutiva; 6) saúde do escolar adolescente; 7) prevenção de acidentes.

Entretanto, o atendimento integral à saúde do adolescente encontra-se ainda em construção, com muitos espaços a serem preenchidos. É indispensável levar-se em consideração, por outro lado, a discussão sobre a educação, que passa necessariamente pela questão da sexualidade. Aliás, abordar DST e aids implica em abordar o tema da sexualidade. A sexualidade não pode ser encarada como sinônimo

de sexo ou de relação sexual, mas sim como parte inerente do processo de desenvolvimento da personalidade, que ocorre ao longo da vida (MANDÚ e col. 2000).

Tanto profissionais de saúde e educação quanto familiares estão, muitas vezes, despreparados para abordar questões de sexualidade (SAITO MI 2001b). A escola desempenha um papel fundamental na educação, mas é questionável a sua capacidade para exercê-lo de fato, como lembra GOJMAN (1995), que alerta para o fato de ser a simples transmissão de informação o objetivo dos docentes, desconsiderando a capacidade de elaboração dos educandos, sua individualidade e singularidade histórica. AYRES (2002) destaca a importância da relação educador/educando na qual ambos possam aprender, em atividades de reflexão e organização.

BUENO (1995), ao enfatizar a importância da educação sexual, preconiza as seguintes medidas:

1. manter abstinência sexual;
2. ser monogâmico;
3. evitar múltiplos parceiros sexuais;
4. usar preservativo;
5. vacinar-se contra hepatite B;
6. desenvolver investigação epidemiológica e controlar os comunicantes;
7. controlar os doadores de sangue e o sangue a ser utilizado;
8. desenvolver programas de Educação Sanitária e Educação Sexual;

9. ensinar sobre as DST nas escolas.

Para DOLIVO e col. (1997) a prevenção individual de DST passa por 3 objetivos:

- educar, informar e aconselhar as pessoas em situação de risco.
- detectar a infecção nas pessoas assintomáticas e nos parceiros que, apesar de serem portadores de sintomas, não vêm à consulta.
- diagnosticar e tratar corretamente.

“Cabe ressaltar a importância da orientação sexual nesta fase da vida, visando a prevenção da gravidez precoce, desejada ou não, do aborto, da aids, para que não cheguem a ter tão desfavorável desfecho. Além da família, a escola pode ser grande aliada na educação sexual de adolescentes e jovens, atuando com equipes multidisciplinares devidamente preparadas, informando, e, sobretudo, formando estes grupos. Particularmente no setor saúde, ainda são poucos os serviços específicos no atendimento destes jovens dando-lhes o apoio necessário, médico, psicológico, emocional, não só para a boa evolução da gravidez, como também após o nascimento.” (LEITE 2000)

MANDÚ e CORRÊA (2000) enfatizam que a educação no campo da sexualidade é um processo contínuo, realizado pela família e sociedade como um todo (sistema escolar, política, ciência, meios de comunicação, sistema de saúde, entre outros), perpassando toda a vida dos sujeitos.

As relações sociais do adolescente se particularizam em espaços institucionalizados, dos quais um dos mais importantes é a instituição escolar; a escola é, para a sociedade, o âmbito formativo por excelência (GOJMAN 1995).

A importância da escola como espaço privilegiado para difusão de informações e implementação de ações preventivas no âmbito do cumprimento de suas atribuições também é destacada no relatório da Sociedade BEMFAM (1999) e nos CADERNOS UNESCO BRASIL (2002).

Sobre a educação sexual, a OMS examinou programas desenvolvidos pela ONUSIDA (1998) no mundo inteiro, tendo constatado que a educação sexual não faz com que a atividade sexual seja mais precoce ou mais intensa, contrariando a crença de muitos pais. Este estudo concluiu que:

- É possível ensinar/aprender competências psico-sociais necessárias a um comportamento responsável e seguro.
- Os programas educativos de qualidade ajudam a retardar a idade da primeira relação sexual e a proteger os jovens sexualmente ativos contra as DST e a gravidez indesejada.

*A escolha das estratégias para a prevenção será tanto mais bem sucedida quanto maior for a troca de informações entre os órgãos que promovem as ações preventivas e aqueles voltados à pesquisa científica, sobretudo os que se dedicam ao estudo do comportamento (GOLDSTEIN e col. 1998). Tem-se destacado a*



necessidade de se incorporar a ciência do comportamento aos programas de prevenção, a fim de melhorar seus resultados.

PAIVA (2002) enfatiza a necessidade de integrar a prevenção do HIV à educação para a cidadania, com a certeza de que a atitude básica mais produtiva é a que se abre para ajudar os jovens a crescer e a se desenvolver, para serem sujeitos de suas vidas.

SERRANO (1995), citando as conclusões das discussões sobre juventude da 42ª. Assembléia Mundial da Saúde (Genebra, maio de 1989), lembra que o êxito dos sistemas de serviços que cuidam da saúde dos adolescentes e dos jovens depende em grande parte dos conhecimentos, atitudes e condutas do pessoal dos setores envolvidos. Aponta ainda uma das formas mais efetivas para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, que seria através da participação do adolescente e do jovem como agentes de promoção de sua saúde integral e da de seus pares. AYRES (2002) destaca a necessidade de se adotar uma atitude emancipadora em substituição a uma atitude modeladora nas práticas educativas; em vez de ser detentor do saber, o educador passa a ser mediador para o saber, favorecendo a construção de respostas para a redução das vulnerabilidades.

Nos CADERNOS UNESCO BRASIL (2002), enfatiza-se a importância das atividades educativas promovidas pelos pares para os jovens em situação de vulnerabilidade, uma vez que eles tendem a confiar mais em seus “semelhantes” do que nos adultos, pois estes são freqüentemente associados a figuras de autoridade.

O Boletim Epidemiológico do CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS (2003) ressalta que as DST podem ser evitadas com a existência de programas de prevenção, uma rede de recursos resolutivos, profissionais treinados e unidades de vigilância epidemiológica que mostrem a ocorrência, distribuição e os fatores determinantes desses agravos.

Para SCHOR (1995), há uma concepção de mundo onde se considera que a informação é instrumento de mudança, o que se vê pela abundância de manuais distribuídos pelo setor saúde. Cita GROSSMAN (1994), que interpreta esta profusão de documentos como a concepção iluminista da **razão**, segundo a qual o adolescente se transformaria em um homem completo.

Para SERRANO (1995), o grau desejável de prevenção primordial, válida através das gerações, é constituído por: controle dos fatores de risco, promoção e consolidação dos fatores protetores e obtenção de um nível crítico de sentido de responsabilidade das pessoas.

A abordagem das DST e da aids depende tanto dos avanços relativos ao tratamento quanto, ou mais ainda, da prevenção, na qual residem as maiores esperanças de controle. TEMPORINI e col. (1996) destacam a importância dos comportamentos preventivos. AYRES (2002) lembra que a prevenção, no caso da aids, continua tendo importância indiscutível, apesar das conquistas verificadas no campo do conhecimento e do tratamento da doença, até porque tais conquistas não

chegaram a alterar substancialmente os determinantes da vulnerabilidade ao HIV e à aids de significativos contingentes populacionais.

Dada a sua reconhecida importância, a educação sexual vem sendo abordada há longo tempo, principalmente pelas instituições voltadas à formação/educação de alunos. Um exemplo desta preocupação, englobando tanto alunos quanto educadores, é o documento “Sexualidade Humana – Uma Abordagem Curricular com Enfoque Educativo”, de 1984, da SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO-SP.

TAKIUTI (1999) considera a necessidade de incentivar o jovem a se tornar protagonista nas ações de prevenção de saúde e desenvolvimento humano, observando que a prevenção se dá havendo garantia de acesso e de espaços.

GOJMAN (1995) lembra que a promoção da saúde não se dá com a simples transmissão de informação, necessitando de um processo de educação que possa *capacitar a comunidade a apropriar-se de sua saúde, controlando-a e melhorando-a.*

MANDÚ e CORRÊA (2000) consideram que a educação sexual voltada para os adolescentes não pode se restringir à prevenção de gravidez indesejada e das DST/aids, mas sim considerar a vida social, problemas e necessidades do grupo ao qual se dirige, englobando também as questões de amor e afetividade.

Desde o início da epidemia, ainda na década de 1980, a prevenção tem sido uma questão crucial para os programas de controle da aids (AYRES 2000). Recursos

financeiros, empenho de diversas entidades, iniciativas isoladas, programas diversos, vêm sendo empregados com a finalidade de se controlar a epidemia. Os resultados de todos esses esforços precisam ser verificados com clareza, com o objetivo de se reorientar o trabalho de prevenção e mesmo de se destinar adequadamente os recursos disponíveis para tal fim. Para isso, é necessária a avaliação do trabalho realizado, tarefa difícil de concretizar, seja pela diversidade dos atores envolvidos, seja pela multiplicidade de métodos a serem empregados (TAKIUTI 1999). Mesmo assim, várias razões podem ser colocadas para justificar a necessidade da **avaliação** do trabalho realizado (MERTENS 1997):

- Torna possível para aqueles que trabalham com prevenção, seja na execução ou no planejamento, a identificação das conseqüências de suas ações.
- Permite identificar os resultados dos processos ou intervenções utilizados, possibilitando sua aplicação em outros contextos.
- Aumenta a responsabilidade daqueles que trabalham com prevenção.

Para que o trabalho de prevenção possa ser efetivo, produzindo os resultados almejados, é necessário que ele seja adequado à população a quem se destina. Quanto mais se sabe sobre tal população - suas características sócio-econômico-culturais, seus valores, seus anseios, seus conhecimentos – mais aumentam as chances de se elaborar estratégias eficazes. Entre outros autores, ARRUDA (1993) reconhece a necessidade de averiguar o conhecimento dos adolescentes sobre DST.

Assim, é necessário procurar avaliar a real situação dos adolescentes: seus conhecimentos, corretos ou não; suas crenças; suas atitudes; seu acesso à informação. Nos *CADERNOS UNESCO BRASIL (2002)*, sobre a prevenção da aids, recomenda-se a implementação, no Brasil, de políticas e programas que adotem estratégias nas quais o protagonismo juvenil seja o eixo central.

Na introdução de seu trabalho “Identidade e Sexualidade no Discurso Adolescente”, DOMINGUES (1997) diz: “No Brasil, são poucos os trabalhos que buscam conhecer o jovem nas suas especificidades, como seu comportamento sexual (...). A maior parte das pesquisas centram-se em estudos que visam a caracterização das conseqüências da atividade sexual desprotegida, sendo a gravidez uma das principais preocupações. Daí aspectos relativos às questões sócio-epidemiológicas, como a influência da família, do grupo de pares, concepções e prática da sexualidade e questões de gênero a ela atreladas, ao lado da precocidade do início da atividade sexual desvinculada do casamento, a repercussão do aumento da fecundidade nesta faixa etária, a importância do conhecimento e uso dos métodos contraceptivos pelos adolescentes nas suas relações afetivo-sexuais, entre outras questões, necessitam de um maior aprofundamento investigativo.”

O presente estudo objetiva verificar o nível de informação dos jovens a respeito de doenças sexualmente transmissíveis e aids. Foram escolhidas quatro escolas, cuja proximidade geográfica com o Centro de Referência em DST/Aids Jabaquara propicia uma certa uniformidade sócio-econômica da população estudada. Os alunos, em geral, residem próximo à escola em que estudam, segundo

informações das próprias escolas. Além disso, a existência de integração, ainda que informal, entre os equipamentos sociais da região, faz com que as escolas procurem o serviço público de saúde mais próximo quando é necessário solicitar informações, palestras ou orientações sobre assuntos de saúde etc.

Os dados obtidos servirão para reorientar o trabalho de prevenção às DST e à aids.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar conhecimentos e opiniões sobre doenças sexualmente transmissíveis, aids e prevenção, entre estudantes do Ensino Médio em escolas de um bairro de São Paulo.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 2.2.1 Conhecer as idéias dos estudantes sobre o tema, e sua vulnerabilidade às DST/aids;
- 2.2.2 Comparar, através de variáveis selecionadas, os conhecimentos dos estudantes do período diurno com os do período noturno;
- 2.2.3 Proporcionar subsídios para um trabalho de prevenção em DST/aids direcionada a este grupo.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de Estudo**

Realizou-se um estudo transversal com a intenção de verificar os conhecimentos sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids entre estudantes do Ensino Médio do Distrito Administrativo do Jabaquara, em São Paulo – SP.

### **3.2 Local da Pesquisa**

Esta pesquisa foi desenvolvida sob a coordenação do Centro de Referência em DST/Aids Jabaquara, em escolas de Ensino Médio localizadas no Distrito Administrativo do Jabaquara, na Zona Sul do Município de São Paulo – SP - Brasil. O Distrito do Jabaquara conta com 213.443 habitantes, possuindo 19.579 jovens entre 15 e 19 anos (FUNDAÇÃO IBGE, 2001).

Sendo unidade de referência regional para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids de três Distritos Administrativos, o Centro de Referência em DST/Aids Jabaquara é responsável pelo diagnóstico e tratamento dos casos de doenças, também atuando em atividades educativas relacionadas à prevenção.



### **3.3 População de estudo**

A população de estudo é constituída por estudantes do Ensino Médio da região do Distrito Administrativo do Jabaquara. Foram selecionadas quatro escolas, três públicas estaduais e uma particular, localizadas na área de abrangência do Centro de Referência em DST/Aids Jabaquara, segundo o critério da amostra de conveniência.

A amostra foi composta pelos alunos que estavam matriculados nas escolas escolhidas, da 1<sup>a</sup>. à 3<sup>a</sup>. série do Ensino Médio, no ano de 2000, e que estavam presentes à aula no dia da aplicação do questionário. Responderam ao questionário, no total, 3.275 alunos. Destes, foram considerados tanto os que estudam no período diurno (matutino ou vespertino) quanto no período noturno, comparando-se os dois grupos e verificando-se possíveis diferenças entre eles.

Cada questão foi analisada independentemente da outra. Assim, cada questão não respondida ou anulada foi excluída dos resultados sobre aquela questão. Em cada questão tem-se o número de alunos (n) que respondeu de maneira válida, segundo as orientações contidas no questionário. Desta forma, um mesmo aluno pode ter sido, em cada questão, incluído ou excluído, dependendo de ter respondido ou não de maneira válida.

### **3.4 Instrumento**

#### **3.4.1 Elaboração do Instrumento**

O instrumento foi elaborado a partir de um modelo utilizado por um grupo de pesquisadores de Paris-França (1990), o qual foi traduzido e apresentado à equipe da área de educação do Centro de Referência em DST/Aids. Foram feitas várias e sucessivas adaptações consideradas convenientes à sua aplicação nas escolas, levando em conta a realidade local e a experiência da equipe.

As questões da primeira parte se referem a dados que caracterizam a amostra (idade, sexo, série e período escolar, situação familiar, acesso a bens de consumo, lazer, hábitos de leitura etc.), enquanto que as da segunda parte abordam conhecimentos gerais sobre DST e aids, quais sejam: conhecimentos sobre as doenças propriamente ditas, formas de transmissão e de prevenção, conceitos, preconceitos, comportamentos de risco, vulnerabilidade, anticoncepção, uso do preservativo etc.

O questionário passou por diversas mudanças até que se chegasse ao texto adequado. Uma vez estruturado, foi novamente submetido à equipe, que emitiu opiniões e sugestões sobre a forma e o conteúdo propostos. Como resultado deste processo, chegou-se ao modelo inicial de questionário a ser testado.

Esta etapa ocorreu no período de julho a outubro de 1999.

### 3.4.2 Teste prévio

Feitas as adaptações consideradas convenientes, realizou-se um pré-teste com adolescentes de níveis sócio-econômico-culturais diferentes, na faixa de 14 a 19 anos. O instrumento resultante das adaptações para a nossa realidade foi pré-testado em 10 adolescentes dos seguintes locais:

- adolescentes de um condomínio de classe média, em um bairro de classe média da Zona Sul de São Paulo. Um grupo de seis adolescentes, com idades entre 14 e 19 anos, respondeu ao questionário, comentou as questões e propôs alguns assuntos que não haviam sido contemplados, como, por exemplo, a camisinha feminina.
  
- adolescentes clientes de um Centro de Saúde da Zona Sul de São Paulo. Um grupo de quatro adolescentes respondeu ao questionário e comentou as questões. *Havia um adolescente infrator de 16 anos que estava prestando serviço no Centro de Saúde pelo regime de LA (Liberdade Assistida). Ele conseguiu responder a poucas questões, tendo declarado que tinha muita dificuldade para a leitura e a escrita. Uma outra adolescente, também de 16 anos e com um filho de 2 anos nos braços, também declarou que não sabia ler direito. Nestes dois casos, houve necessidade de se fazer uma entrevista oral, isto é, o questionário foi lido e explicado para que pudesse ser respondido. Naturalmente, as respostas ficaram prejudicadas pela falta de privacidade.*

Este pré-teste permitiu que se fizessem algumas adaptações julgadas necessárias, tanto na forma quanto no conteúdo. Também possibilitou a avaliação do entendimento das questões por adolescentes de níveis sociais diferentes. Serviu ainda para estimar o tempo gasto em responder às questões (o tempo variou de 30 a 40 minutos). Todos os grupos puderam emitir suas opiniões sobre o questionário, sendo as mesmas utilizadas para o aperfeiçoamento do instrumento. Algumas questões foram agrupadas, enquanto que outras foram ampliadas, até que se chegasse ao questionário definitivo (ANEXO 1).

Esta etapa foi realizada no período de novembro e dezembro de 1999.

### 3.4.3 Questionário definitivo

Uma vez definidos a forma e o conteúdo finais do questionário, entrou-se em contato com a direção das três escolas estaduais e da escola particular escolhidas. O questionário foi apresentado, analisado e aceito em todas elas, com a condição de ser aplicado pelos próprios professores das escolas, pois julgou-se que a presença de pessoas estranhas poderia ocasionar maior perda de tempo e também quebraria a rotina estabelecida. Além disso, cada escola poderia decidir sobre o momento mais conveniente para aplicar o questionário (aula de Ciências, aula vaga etc.).

Montaram-se pastas, devidamente identificadas, uma para cada classe. Cada pasta continha o número de questionários correspondente ao número de alunos existentes em cada classe (número previamente fornecido pela escola).

Conforme orientação contida na página de rosto, o questionário era anônimo. Foi também colocado um espaço para que o aluno escrevesse o endereço, porque, a princípio, julgou-se que o conhecimento do endereço residencial poderia auxiliar na interpretação dos resultados. Porém, considerando a sugestão das próprias direções das escolas para melhor garantir o anonimato, deu-se orientação verbal, antes da aplicação do questionário, para que não se preenchesse a linha destinada ao endereço.

O questionário definitivo foi aplicado nas escolas em um intervalo de 20 dias, compreendido entre os meses de fevereiro e março de 2000.

Houve poucos incidentes nesta fase da pesquisa. Segundo os professores e os diretores, houve apenas duas recusas de alunos em responder ao questionário, em uma escola estadual. Em outra escola estadual, ocorreu, no período noturno, na data prevista para a aplicação do questionário, uma forte chuva, que motivou número de faltas de alunos maior do que o habitual. Mesmo assim, a diretora optou por aplicar o questionário conforme estava previsto.

### **3.5 Variáveis de estudo**

3.5.1 Período de estudo: nas escolas existem três períodos: matutino, vespertino e noturno. Para este estudo, consideraram-se dois períodos: o diurno, que englobou o matutino e o vespertino, e o noturno. Usaram-se as letras D para diurno e

N para noturno, sendo que estas letras já constavam da etiqueta colocada na pasta correspondente à classe. Logo no início de cada questionário, eram digitados quatro caracteres, como segue:

Letra inicial do nome da escola	V ou A ou M ou C
número correspondente à série	1, 2 ou 3
Letra correspondente à classe	A, B, C ...
letra correspondente ao período	<b>D, M, T, V</b> – dependendo de como a escola denomina o período (D = diurno; M = matutino; T = tarde; V = vespertino) - para período <b>DIURNO</b> <b>N</b> - para período <b>NOTURNO</b>

As variáveis estão listadas a seguir. Para cada variável, havia um código (alfabético, numérico ou alfa-numérico) para entrada no banco de dados.

As convenções para digitação estão contidas em um roteiro de orientações (ANEXO 2).

### 3.5.2 Variáveis sócio-demográficas:

- Idade
- Sexo
- Ocupação
- TV a cabo
- Computador
- Videogame
- Internet
- Carro
- Leitura de jornal
- Leitura de revistas
- Leitura de livros
- Televisão
- Cinema

3.5.3 Variáveis referentes à capacidade de reconhecer, em uma relação de cinco doenças, as que são sexualmente transmissíveis:

Os alunos deveriam reconhecer quais das doenças abaixo são DST, marcando SIM ou NÃO:

- Aids
- Hepatite B
- Gonorréia
- Diarréia
- Sífilis

3.5.4 Variáveis referentes à capacidade de reconhecer formas de transmissão da aids:

- Transmissão vertical: em caso de uma mulher grávida soropositiva, os alunos deveriam escolher a alternativa que julgassem correta em relação à situação do filho dessa mulher: será com certeza doente de aids OU será talvez doente de aids OU não será doente de aids.
- Transmissão de aids e DST: marcar as situações em que pode haver transmissão:
  1. relações sexuais com pessoas soropositivas
  2. beijando uma pessoa soropositiva
  3. em picadas para se injetar drogas
  4. em piscinas
  5. usando o barbeador de uma pessoa soropositiva
  6. relação sexual sem camisinha
  7. uso de banheiros públicos
  8. picada de mosquito
  9. doação de sangue
  10. tratamento dentário

- Situações/fatores que aumentam o risco de transmissão de aids (marcar CERTO ou ERRADO):
  1. pessoas com DST
  2. usuários de drogas injetáveis
  3. sangue menstrual

### 3.5.5 Variáveis referentes à camisinha masculina:

- Opiniões sobre a camisinha masculina: os alunos deveriam marcar CONCORDO ou NÃO CONCORDO para algumas afirmações sobre a camisinha masculina:
  1. é muito cara
  2. quebra o clima
  3. dá vergonha quando se vai comprar
  
- Opiniões sobre menina e menino que carregam preservativos: escolher uma das quatro alternativas colocadas: desconfiado(a), “galinha”, infiel, prevenido(a).

### 3.5.6 Variáveis referentes aos conhecimentos sobre formas de prevenção de aids e DST:

Os alunos deveriam marcar SIM ou NÃO, ou CERTO ou ERRADO, conforme o caso, para situações/fatores de prevenção de aids:

1. evitar relação sexual entre pessoas do mesmo sexo
2. confiar na pessoa com quem se relaciona
3. diminuir o número de parceiros sexuais
4. evitar relação sexual com penetração vaginal
5. evitar relação sexual com penetração anal
6. pílula anticoncepcional
7. camisinha feminina



8. DIU
9. camisinha masculina
10. diafragma
11. existe vacina para evitar hepatite B

### 3.5.7 Variáveis referentes a conhecimentos sobre a aids como doença:

Frente a afirmações sobre a aids, os alunos deveriam marcar CERTO ou ERRADO:

1. Descoberta a tempo, a aids pode ser tratada e curada
2. Os homossexuais são os maiores responsáveis pela aids
3. Com novos medicamentos, já não se morre de aids

### 3.5.8 Variáveis sobre sexualidade e vida sexual:

- Idade em anos da primeira relação sexual, para os meninos e para as meninas, a ser apontada pelos alunos, entre as pessoas da faixa etária deles.
- Interlocutor preferido para conversar sobre sexo: os alunos deveriam escolher uma das cinco alternativas:
  1. amigos do mesmo sexo
  2. os pais
  3. outros adultos
  4. amigos do sexo oposto
  5. prefere não conversar.
- Motivo que leva alguém a ter sua 1ª. relação sexual: apontar um dentre os quatro motivos apresentados ou escolher outro motivo (questão aberta):
  1. o amor
  2. medo de perder a pessoa
  3. atração física

4. querer fazer como os outros
  5. outra razão
- Motivo para alguém ainda não ter tido sua primeira relação sexual: apontar um dentre os quatro motivos apresentados ou escolher outro motivo (questão aberta):
1. não encontrou a pessoa certa
  2. medo de gravidez
  3. medo de doenças
  4. pais não aprovariam
  5. outra razão

#### 3.5.9 Opiniões sobre relação sexual:

Frente a algumas afirmações, os alunos deveriam marcar SIM ou NÃO, se concordassem ou não concordassem:

1. Homem só se satisfaz com penetração
2. Masturbação pode satisfazer o homem
3. Só existe orgasmo se houver penetração
4. Mulher só se satisfaz com penetração
5. Mulher pode se satisfazer com masturbação

### **3.6 Coleta de dados**

Os dados foram coletados com a autorização das direções das escolas. Não houve, no momento da aplicação dos questionários, autorização de comissões de ética. Procurou-se, quando os professores foram orientados, recomendar sigilo quanto aos questionários respondidos, para garantir a privacidade das respostas.

Sendo auto-aplicável, o questionário trazia todas as orientações na folha de rosto. Depois de respondidos, os questionários foram devolvidos às pastas previamente montadas, as quais foram retiradas da escola em seguida ao dia da aplicação.

Segundo os diretores e os professores, os alunos mostraram-se satisfeitos com o questionário, tendo apreciado sua forma e seu conteúdo.

### **3.7 Análise dos Dados**

Os dados foram digitados em uma planilha elaborada no programa Microsoft Access para Windows (Office 2000), com campos numerados, tendo sido atribuídos códigos alfabéticos e numéricos para as respostas. A digitação foi feita pela própria pesquisadora.

A análise foi feita por meio do programa Epi-Info, versão 6.04. Também se utilizou o programa Microsoft Excel para Windows (Office 2000).

Para caracterizar o grupo de alunos estudados, foram utilizadas tabelas de frequências. Algumas questões foram analisadas descritivamente. Também se utilizou análise com o cálculo de medidas descritivas ou de tendência central (média

e mediana), além do  $\chi^2$ , calculado pelo Epi-Info, e o teste de diferenças de médias de Kruskal Wallis, sempre considerando  $\alpha= 5\%$ .

Optou-se por comparar os alunos dos períodos diurno e noturno, dadas as diferenças existentes entre os dois grupos.

A escola particular não foi considerada separadamente porque tem um pequeno número de alunos (232 alunos, ou 7,1 % do total) e porque não apresentou grandes diferenças nas respostas relativamente às dos alunos das escolas estaduais do período diurno, a não ser nas questões referentes ao acesso a bens de consumo.

Algumas questões abordadas no questionário deixaram de ser analisadas na presente pesquisa porque não foram consideradas relevantes neste momento.

### **3.8 Possibilidade de erros**

Ainda que o questionário tenha sido pré-testado, existe a possibilidade de alguma questão ter sido mal compreendida pelos participantes. É possível que uma dessas questões seja aquela que trata da transmissão da aids em doações de sangue. Portanto, alguns dados apresentados devem ser vistos com certa reserva.

O entendimento correto das questões pode também ser avaliado pelo número de respostas em branco (ou questões não respondidas). Nesse caso, permanece a dúvida: o aluno não respondeu porque não sabe ou porque não entendeu? Apesar

desse fato ser “contornado” pela inclusão de uma alternativa “não sei”, neste estudo optamos por colocar apenas “não” e “sim”, pois relatos de algumas professoras e educadoras dão conta de experiências que não recomendam a inclusão de alternativas “não sei” – alguns alunos marcam estas alternativas apenas para brincar. Isto poderia, assim, comprometer ainda mais os resultados.

Evidentemente, o fato de o questionário ter sido aplicado pelos próprios professores pode ter comprometido a qualidade das respostas. Embora tenham sido feitas recomendações aos professores a respeito do sigilo, não deve ter escapado à percepção dos alunos a possibilidade de os professores lerem aquilo que eles haviam escrito. Além disso, as pastas não foram retiradas das escolas imediatamente após a aplicação do questionário; se o tivessem sido, certamente o anonimato e o sigilo teriam sido menos comprometidos.

As questões foram propostas com base na experiência do trabalho prático de prevenção, ou seja, nas considerações oriundas do contato com os adolescentes na prática do dia-a-dia, objetivando facilitar o planejamento de palestras e de outras atividades educativas. Assim, algumas variáveis, embora tenham sido tabuladas e levadas em conta no trabalho rotineiro, não foram analisadas no presente estudo. Alguns exemplos dessas variáveis são: local de origem e idade dos pais, local preferido para passeios, filmes e programas de televisão prediletos etc.

### **3.9 Financiamento**

Concebido a partir da necessidade, o projeto “Prevenção de Aids e DST para os Adolescentes da Região do Jabaquara” foi apresentado ao Ministério da Saúde, tendo sido aprovado e resultando em um estágio em Paris/França, no período de setembro a dezembro de 1998, através do Programa de Cooperação Técnica Bilateral Brasil/França na Luta contra a Aids. Pelas normas do Programa de Cooperação, o Ministère des Affaires Étrangères da França concede, ao término do estágio, uma verba para a realização do projeto proposto, desde que o Ministério da Saúde do Brasil o aprove. Desta forma, seis meses após o final do estágio foi concedido um auxílio financeiro para a realização deste estudo.

## 4 RESULTADOS

O questionário foi aplicado em três escolas estaduais e em uma escola particular, na região da área de abrangência do Centro de Referência em DST/Aids Jabaquara, para todos os alunos do Ensino Médio que estavam presentes à aula no dia escolhido pela escola para a aplicação. Foi utilizado o espaço de uma aula para que os alunos respondessem ao questionário.

No total, foram obtidos 3.275 questionários, como segue:

Tabela 3: Distribuição do número e porcentagem de questionários respondidos segundo escolas participantes do estudo. Centro de Referência em DST/Aids Jabaquara, São Paulo-SP, 2000.

Escola	No. de questionários	%
Escola estadual A	1.678	51,2
Escola estadual B	775	23,7
Escola estadual C	590	18,0
Escola particular	232	7,1
Total	3.275	100,0

Embora a proposta inicial do projeto tenha sido conhecer os adolescentes de 14 a 19 anos, optou-se, no presente estudo, por considerar a totalidade dos alunos que responderam ao questionário. Assim, os alunos desta faixa etária – nascidos a partir de 1980, totalizando 2.675 alunos, ou 81,7 % do total - foram considerados para os resultados tanto quanto os outros, ou seja, os nascidos antes de 1980 (252 alunos, ou 7,7 % do total) e os que deixaram de responder ao item “ano de nascimento” (348

alunos, ou 10,6 % do total, não responderam ou anularam “ano de nascimento”). Espera-se, com isso, obter um retrato tão próximo quanto possível da realidade das escolas, naquilo que se refere a conhecimentos sobre DST, aids e prevenção.

As questões que não foram respondidas e as questões anuladas aparecem como *valores perdidos*, para cada questão considerada. As porcentagens são calculadas com exclusão dos *valores perdidos* (*vp*).

Os resultados obtidos com a apuração dos dados são apresentados na seguinte disposição:

- Caracterização da amostra.
- Capacidade de reconhecer algumas DST especificadas.
- Capacidade de reconhecer formas de transmissão do HIV.
- Opiniões sobre a camisinha masculina.
- Conhecimentos sobre prevenção de aids e DST.
- Conhecimentos sobre a aids como doença.
- Vida sexual e sexualidade.



#### 4.1 Caracterização da amostra:

As tabelas que se seguem caracterizam a amostra quanto a sexo, idade, ocupação, acesso a alguns bens de consumo e lazer.

Tabela 4: Distribuição do número e porcentagem\* dos estudantes dos períodos diurno e noturno de escolas da área de abrangência do Centro de Referência em DST/Aids Jabaquara, segundo sexo, faixa etária e ocupação. Centro de Referência em DST/Aids Jabaquara, São Paulo-SP, 2000.

Variáveis	Total n=3.275 (%)	Período	
		Diurno n=1.908 (%)	Noturno n=1.367 (%)
<b>Faixa etária</b>			
14 a 16 anos	1.057 (36,1)	909 (49,9)	148 (13,4)
17 a 18 anos	1.244 (42,5)	759 (41,7)	485 (43,9)
19 a 20 anos	374 (12,8)	119 (6,5)	255 (23,1)
21 anos ou mais	252 (8,6)	35 (1,9)	217 (19,6)
Valores perdidos=348		(vp=86)	(vp=262)
<b>Sexo</b>			
Masculino	1.359 (43,7)	727 (39,0)	632 (50,8)
Feminino	1.751 (56,3)	1.139 (61,0)	612 (49,2)
Valores perdidos=165		(vp=42)	(vp=123)
<b>Trabalho</b>			
Sim	1.073 (33,3)	275 (14,6)	798 (60,0)
Não	2.146 (66,7)	1.615 (85,4)	531 (40,0)
Valores perdidos=56		(vp=18)	(vp=38)

\*Porcentagem calculada com exclusão de valores perdidos (questões anuladas e/ou não respondidas).

A Tabela 4 mostra que a maior parte dos alunos estuda no período diurno (1.908 alunos, ou 58,3% do total).

Em relação à faixa etária, a maior parte dos alunos (91,4%) tem até 20 anos de idade, sendo que o período diurno concentra os alunos mais jovens. No período

diurno, 49,9% dos alunos têm entre 14 e 16 anos de idade; já no período noturno, como era esperado, esta porcentagem é de 13,4%. Assim, no período noturno, uma porcentagem maior de alunos (19,6%) têm 21 anos ou mais, enquanto que no período diurno, nesta faixa de idade, esta porcentagem é bem menor (1,9%).

Chama a atenção o fato de haver 252 alunos com 21 anos de idade ou mais (8,6%), predominantemente no período noturno. Entre eles, há 38 alunos com mais de 26 anos (1,3%), sendo que o mais velho deste grupo tinha 54 anos de idade.

Quanto ao sexo, há predominância do sexo feminino no número total de alunos. Esta predominância é mais acentuada no período diurno, em que 61% dos alunos são do sexo feminino. Já no período noturno, há leve predomínio do sexo masculino, que responde por 50,8% do total de alunos.

No que se refere à ocupação, 33,3 % dos alunos declaram trabalhar, sendo maior esta atividade entre os alunos do período noturno. (60,0% X 14,6%;  $\chi^2=726$  com  $p<0,00001$ ).

Tabela 5. Distribuição do número e porcentagem\* dos estudantes do Ensino Médio dos períodos diurno e noturno de escolas da área de abrangência do CR DST/Aids Jabaquara segundo o acesso a alguns bens de consumo. São Paulo-SP, 2000.

Variáveis **	Total n=3.275 (%)	Período		$\chi^2$	Valor de p
		Diurno n=1.908 (%)	Noturno n=1.367(%)		
<b>Computador</b>					
Sim	1.083 (38,5)	773 (45,3)	310 (28,1)	83,3	<0,00001
Não	1.728 (61,5)	935 (54,7)	793 (71,9)		
<b>Acesso à internet</b>					
Sim	582 (20,7)	421 (24,7)	161 (14,6)	41,3	<0,00001
Não	2.229 (79,3)	1.287 (75,3)	942 (85,4)		
<b>Carro</b>					
Sim	1.857 (66,1)	1.207 (70,7)	650 (58,9)	41,2	<0,00001
Não	954 (33,9)	501 (29,3)	453 (41,1)		
<b>Videogame</b>					
Sim	1.937 (68,9)	1.216 (71,2)	721 (65,4)	10,6	0,001
Não	874 (31,1)	492 (28,8)	382 (34,6)		
<b>Televisão a cabo</b>					
Sim	1.413 (50,3)	835 (48,9)	578 (52,4)	3,3	0,07
Não	1.398 (49,7)	873 (51,1)	525 (47,6)		

\*Porcentagem calculada com exclusão de valores perdidos (questões anuladas e/ou não respondidas).

\*\*Valores perdidos = 464, sendo 200 do período diurno e 264 do período noturno.

A Tabela 5 mostra que a maior parte dos alunos dispõe de televisão a cabo (50,3 %), sendo os do período noturno em maior porcentagem que os do diurno (52,4 % e 48,9 %, respectivamente). Este é, aliás, o único item, dentre os aqui citados, ao qual os alunos do noturno têm mais acesso que os do diurno ( $p=0,07$ ).

Os itens computador, acesso à internet, carro e videogame foram mais freqüentes entre os alunos do período diurno.

Tabela 6. Distribuição do número e porcentagem\* dos estudantes do Ensino Médio dos períodos diurno e noturno de escolas da área de abrangência do CR DST/Aids Jabaquara segundo hábitos de leitura e frequência a cinema. São Paulo-SP, 2000.

Variáveis	Total n=3.275 (%)	Período		$\chi^2$	Valor de P
		Diurno n=1.908 (%)	Noturno n=1.367 (%)		
<b>Leitura de jornal</b> n=2.928					
Sim	1.077 (36,8)	562 (32,2)	515 (43,6)	39,3	<0,0001
Não	1.851 (63,2)	1.184 (67,8)	667 (56,4)		
Valores perdidos=347		(vp=162)	(vp=185)		
<b>Leitura de revistas</b> n=2.929					
Sim	2.147 (73,3)	1.354 (77,6)	793 (67,0)	40,6	<0,0001
Não	782 (26,7)	391 (22,4)	391 (33,0)		
Valores perdidos=346		(vp=163)	(vp=183)		
<b>Cinema</b> n=2.929					
Sim	1.846 (69,6)	1.186 (73,2)	660 (64,0)	25,3	<0,0001
Não	807 (30,4)	435 (26,8)	372 (36,0)		
Valores perdidos=346		(vp=287)	(vp=335)		
<b>Televisão</b> n=3.090					
Sim	2.964 (95,9)	1.800 (98,1)	1.164 (92,7)	54,4	<0,0001
Não	126 (4,1)	35 (1,9)	91 (7,3)		
Valores perdidos=185		(vp=73)	(vp=112)		
<b>Leitura de livros</b> n=2.929					
Sim	1.098 (37,5)	698 (40,0)	400 (33,8)	11,6	0,0006
Não	1.831 (62,5)	1.047 (60,0)	784 (66,2)		
Valores perdidos=346		(vp=163)	(vp=183)		

\*Porcentagem calculada com exclusão de valores perdidos (questões anuladas e/ou não respondidas).

Na Tabela 6, pode-se observar que os alunos não têm o hábito de ler, a não ser revistas. A quase totalidade dos alunos assiste à televisão (95,9%) e boa parte frequenta cinema (69,6%). Todas as diferenças observadas nessas características entre os períodos diurno e noturno foram significativas.

#### 4.2 capacidade de reconhecer algumas DST especificadas:

A Tabela 7 mostra a capacidade dos alunos em reconhecer, em uma relação de cinco doenças, aquelas que são transmissíveis por via sexual.

Tabela 7. Distribuição do número e porcentagem\* dos estudantes do Ensino Médio dos períodos diurno e noturno de escolas da área de abrangência do CR DST/Aids Jabaquara segundo a capacidade de reconhecer como DST algumas doenças especificadas. São Paulo-SP, 2000.

As doenças relacionadas a seguir são DST (doenças sexualmente transmissíveis):	Total		Período		$\chi^2$	Valor de P		
	n=3.275	(%)	Diurno n=1.908	(%)			Noturno n=1.367	(%)
<b>Diarréia</b>								
Sim	81	(3,1)	25	(1,5)	56	(5,5)	32,8	<0,0001
Não	2.557	(96,9)	1.594	(98,5)	963	(94,5)		
Valores perdidos=637			(vp=289)		(vp=348)			
<b>Aids</b>								
Sim	3.013	(93,5)	1.791	(94,9)	1.222	(91,6)	14,2	0,0002
Não	208	(6,5)	96	(5,1)	112	(8,4)		
Valores perdidos=54			(vp=21)		(vp=33)			
<b>Sífilis</b>								
Sim	2.746	(89,5)	1.670	(91,2)	1.076	(87,0)	14,0	0,0002
Não	322	(10,5)	161	(8,8)	161	(13,0)		
Valores perdidos=207			(vp=77)		(vp=130)			
<b>Hepatite B</b>								
Sim	628	(23,1)	365	(21,9)	263	(24,9)	3,3	0,06
Não	2.096	(76,9)	1.303	(78,1)	793	(75,1)		
Valores perdidos=551			(vp=240)		(vp=311)			
<b>Gonorréia</b>								
Sim	2.547	(84,0)	1.516	(84,2)	1.031	(83,8)	0,1	0,8
Não	485	(16,0)	285	(15,8)	200	(16,2)		
Valores perdidos=243			(vp=107)		(vp=136)			

\*Porcentagem calculada com exclusão de valores perdidos (questões anuladas e/ou não respondidas).

No caso da **diarréia**, houve um total de 81 alunos (3,1 %) que a apontaram como DST. A maior parte desses alunos é do período noturno (56 alunos, ou 5,5 %

do total de alunos desse período). Entre os alunos do período diurno, 25 alunos, ou 1,5 %, assinalaram a diarreia como DST.

É importante salientar que a maioria dos alunos identifica **aids** como DST, mas uma certa porcentagem não reconhece **gonorréia** (16,0%) nem **sífilis** (10,5%). A **hepatite B** é um outro fato curioso: é completamente desconhecida do grupo.

A **aids** é a DST que foi reconhecida como tal pelo maior número de alunos, com percentual de 93,5 %, sendo 94,9 % dos alunos do período diurno e 91,6 % dos do noturno. É a questão em relação à **aids**, também, a que mais foi respondida pelos alunos, uma vez que esta foi a que teve o menor número de valores perdidos (54 alunos, ou 1,6 % do total, não responderam ou anularam a questão).

Considerando-se os valores de  $p$  encontrados, não houve diferença significativa entre os alunos do período diurno, em comparação aos do período noturno, quanto à capacidade de apontar como DST a **hepatite B** e a **gonorréia**, ou seja, alunos de ambos os períodos têm dificuldade para reconhecer estas doenças. Quanto às outras doenças, houve diferença, para  $\alpha=5\%$ .

### 4.3 capacidade de reconhecer formas de transmissão do HIV:

Tabela 8. Distribuição do número e porcentagem\* dos estudantes do Ensino Médio dos períodos diurno e noturno de escolas da área de abrangência do CR DST/Aids Jabaquara segundo a capacidade de reconhecer a transmissão vertical da aids. São Paulo-SP, 2000.

Se uma mulher grávida é soropositiva, o filho dela:	Total		Período	
			Diurno	Noturno
	n=3.275 (%)	n=1.908 (%)	n=1.367 (%)	
Será com certeza doente de aids	864 (26,8)	435 (23,0)	429 (32,2)	
Será talvez doente de aids	2.224 (69,0)	1.392 (73,7)	832 (62,5)	
Não será doente de aids	134 (4,2)	63 (3,3)	71 (5,3)	
Valores perdidos = 53		(vp=18)	(vp=35)	

\*Porcentagem calculada com exclusão de valores perdidos (questões anuladas e/ou não respondidas).

A Tabela 8 mostra as respostas dos alunos quanto à possibilidade de a mãe transmitir a aids para o feto. A esta questão, 69,0 % dos alunos responderam com o “talvez”, sendo esta porcentagem de 73,7 % entre os do período diurno e 62,5 % entre os do noturno.

Marcaram “certeza” para a possibilidade de a mãe transmitir o HIV 26,8 % dos alunos (23,0 % entre os alunos do diurno e 32,2 % entre os do noturno).

Tabela 9. Distribuição do número e porcentagem\* dos estudantes do Ensino Médio dos períodos diurno e noturno de escolas da área de abrangência do CR DST/Aids Jabaquara segundo a capacidade de reconhecer situações de risco para transmissão de aids. São Paulo-SP, 2000.

Situações ou ações em que há risco de se transmitir aids:	Total n=3.275 (%)	Período		$\chi^2$	Valor de p
		Diurno n=1.908 (%)	Noturno n=1.367 (%)		
<b>Beijando uma pessoa soropositiva</b>					
Sim	355 (12,8)	170 (10,2)	185 (16,6)	24,8	<0,00001
Não	2.423 (87,2)	1.496 (89,8)	927 (83,4)		
Valores perdidos=497		(vp=242)	(vp=255)		
<b>Usando barbeador de pessoa soropositiva</b>					
Sim	1.793 (62,4)	965 (56,4)	828 (71,3)	65,6	<0,00001
Não	1.079 (37,6)	746 (43,6)	333 (28,7)		
Valores perdidos=403		(vp=197)	(vp=206)		
<b>Tratamento dentário</b>					
Sim	1.153 (35,3)	543 (28,5)	610 (44,8)	92,4	<0,00001
Não	2.115 (64,7)	1.363 (71,5)	752 (55,2)		
Valores perdidos=7		(vp=2)	(vp=5)		
<b>Pessoas com DST têm maior risco de aids</b>					
Sim	2.303 (74,5)	1.294 (71,0)	1.009 (79,6)	29,5	<0,00001
Não	787 (25,5)	529 (29,0)	258 (20,4)		
Valores perdidos=185		(vp=85)	(vp=100)		
<b>Sangue menstrual aumenta o risco de aids</b>					
Sim	1.128 (37,9)	615 (34,9)	513 (42,4)	17,2	0,00003
Não	1.845 (62,1)	1.148 (65,1)	697 (57,6)		
Valores perdidos=302		(vp=145)	(vp=157)		
<b>Picada de mosquito</b>					
Sim	324 (9,9)	156 (8,2)	168 (12,3)	15,3	0,00009
Não	2.942 (90,1)	1.749 (91,8)	1.193 (87,7)		
Valores perdidos=9		(vp=3)	(vp=6)		
<b>Relação sexual com pessoa soropositiva</b>					
Sim	3.149 (98,6)	1.860 (99,1)	1.289 (97,8)	10,1	0,001
Não	45 (1,4)	16 (0,9)	29 (2,2)		
Valores perdidos=81		(vp=32)	(vp=49)		
<b>Relação sexual sem camisinha</b>					
Sim	3.241 (99,2)	1.898 (99,6)	1.343 (98,7)	8,2	0,004
Não	26 (0,8)	8 (0,4)	18 (1,3)		
Valores perdidos=8		(vp=2)	(vp=6)		
<b>Uso de banheiros públicos</b>					
Sim	319 (9,8)	169 (8,9)	150 (11,0)	4,2	0,04
Não	2.948 (90,2)	1.737 (91,1)	1.211 (89,0)		
Valores perdidos=8		(vp=2)	(vp=6)		
<b>Em piscinas</b>					
Sim	71 (2,6)	35 (2,1)	36 (3,3)	3,7	0,05
Não	2.694 (97,4)	1.634 (97,9)	1.060 (96,7)		
Valores perdidos=510		(vp=239)	(vp=271)		
<b>Doação de sangue</b>					
Sim	2.795 (85,6)	1.648 (86,5)	1.147 (84,3)	3,1	0,08
Não	472 (14,4)	258 (13,5)	214 (15,7)		
Valores perdidos=8		(vp=2)	(vp=6)		
<b>UDI tem maior risco de pegar aids</b>					
Sim	3.019 (95,2)	1.783 (95,5)	1.236 (94,8)	0,9	0,35
Não	152 (4,8)	84 (4,5)	68 (5,2)		
Valores perdidos=104		(vp=41)	(vp=63)		
<b>Em picadas para se injetar drogas</b>					
Sim	3.160 (98,6)	1.850 (98,6)	1.310 (98,6)	0,1	0,9
Não	45 (1,4)	26 (1,4)	19 (1,4)		
Valores perdidos=70		(vp=32)	(vp=38)		

\*Porcentagem calculada com exclusão de valores perdidos (questões anuladas e/ou não respondidas).



Na Tabela 9, estão listadas situações e ocorrências em que se deveria reconhecer a existência ou a não existência de risco de transmissão de aids.

Mais de 90% dos alunos concordam com a existência de risco de transmissão em relação sexual com pessoa soropositiva, relação sexual sem camisinha, picadas para se injetar drogas e no caso de usuários de drogas injetáveis. No entanto, porcentagens menores de alunos são capazes de reconhecer o risco em situações como a presença de DST (74,5%), o uso do barbeador de uma pessoa soropositiva (62,4%) e o sangue menstrual (37,9%), tendo ocorrido diferença significativa entre os alunos dos períodos diurno e noturno.

Também é possível identificar alguns conceitos errados no conjunto dos alunos, como nos casos da transmissão da aids através do beijo, do tratamento dentário e da picada de mosquito, com diferença significativa entre o diurno e o noturno. Sem diferença significativa entre os períodos, mas igualmente equivocados, são os conceitos da transmissão do HIV através do uso de banheiros públicos e de piscinas e da doação de sangue.

#### 4.4 opiniões sobre a camisinha masculina:

Tabela 10. Distribuição do número e porcentagem\* dos estudantes do Ensino Médio dos períodos diurno e noturno de escolas da área de abrangência do CR DST/Aids Jabaquara segundo opiniões a respeito da camisinha masculina. São Paulo-SP, 2000.

Variáveis	Total		Período		$\chi^2$	Valor de p		
	n=3.275	(%)	Diurno n=1.908	Noturno n=1.367				
<b>Dá vergonha de comprar</b>								
Concordo	684	(22,6)	456	(25,5)	228	(18,4)	20,9	<0,0001
Não concordo	2.339	(77,4)	1.331	(74,5)	1.008	(81,6)		
Valores perdidos=252			(vp=121)		(vp=131)			
<b>Quebra o clima</b>								
Concordo	519	(17,4)	219	(12,4)	300	(24,8)	76,1	<0,0001
Não concordo	2.456	(82,6)	1.545	(87,6)	911	(75,2)		
Valores perdidos=300			(vp=144)		(vp=156)			
<b>É muito caro</b>								
Concordo	428	(14,2)	221	(12,4)	207	(16,7)	11,4	0,0007
Não concordo	2.592	(85,8)	1.563	(87,6)	1.029	(83,3)		
Valores perdidos=255			(vp=124)		(vp=131)			

\*Porcentagem calculada com exclusão de valores perdidos (questões anuladas e/ou não respondidas).

Em relação à camisinha masculina, os alunos do período diurno têm mais vergonha de comprar que os do período noturno. Já no caso de achar que a camisinha “quebra o clima” e que é muito cara, os alunos do noturno concordam mais que os do diurno. Em todas as questões, houve diferença significativa entre os dois grupos.

Tabela 11. Distribuição do número e porcentagem\* dos estudantes do Ensino Médio dos períodos diurno e noturno de escolas da área de abrangência do CR DST/Aids Jabaquara segundo as opiniões sobre pessoas que carregam preservativos. São Paulo-SP, 2000.

Variáveis	Total n=3.275 (%)	Período	
		Diurno n=1.908 (%)	Noturno n=1.367 (%)
<b>Menina que tem sempre preservativos com ela é:</b>			
Desconfiada	31 (1,0)	16 (0,9)	15 (1,2)
“Galinha”	102 (3,3)	46 (2,5)	56 (4,4)
Infiel	13 (0,4)	6 (0,3)	7 (0,6)
Prevenida	2.937 (95,3)	1.756 (96,3)	1.181 (93,8)
Valores perdidos=192		(vp=84)	(vp=108)
<b>Menino que tem sempre preservativos com ele é:</b>			
Desconfiado	41 (1,3)	14 (0,8)	27 (2,1)
“Galinha”	59 (1,9)	31 (1,7)	28 (2,2)
Infiel	19 (0,6)	11 (0,6)	8 (0,6)
Prevenido	2.995 (96,2)	1.784 (97,0)	1.211 (95,1)
Valores perdidos=161		(vp=68)	(vp=93)

\*Porcentagem calculada com exclusão de valores perdidos (questões anuladas e/ou não respondidas).

A opinião sobre meninas e meninos que carregam preservativos consigo foi favorável para a grande maioria dos alunos, que escolheu o adjetivo “prevenida” ou “prevenido” entre os que foram colocados nas alternativas.

#### 4.5 conhecimentos sobre formas de prevenção de aids e DST:

A Tabela 12 mostra a capacidade de reconhecer formas de transmissão e de prevenção de aids e DST.

Tabela 12. Distribuição do número e porcentagem\* dos estudantes do Ensino Médio dos períodos diurno e noturno de escolas da área de abrangência do CR DST/Aids Jabaquara segundo a capacidade de reconhecer formas de prevenção de aids e DST. São Paulo-SP, 2000.

Variáveis	Total		Período		$\chi^2$	Valor de p
	n=3.275	(%)	Diurno n=1.908	Noturno n=1.367		
			(%)	(%)		
<b>Pílula anticoncepcional</b>						
Sim	717	(22,3)	458	(24,2)		
Não	2.505	(77,7)	1.436	(75,8)	11,8	0,0006
Valores perdidos=53			(vp=14)	(vp=39)		
<b>Diminuir o número de parceiros sexuais</b>						
Sim	2.633	(82,6)	1.588	(84,7)		
Não	554	(17,4)	287	(15,3)	13,7	0,002
Valores perdidos=88			(vp=33)	(vp=55)		
<b>Camisinha masculina</b>						
Sim	3.105	(96,4)	1.838	(97,0)		
Não	117	(3,6)	56	(3,0)	6,0	0,01
Valores perdidos=53			(vp=14)	(vp=39)		
<b>Evitar relação sexual com penetração anal</b>						
Sim	805	(25,3)	444	(23,7)		
Não	2.382	(74,7)	1.431	(76,3)	6,0	0,01
Valores perdidos=88			(vp=33)	(vp=55)		
<b>Existe vacina para evitar hepatite B</b>						
Sim	2.249	(77,6)	1.366	(79,10)		
Não	651	(22,4)	361	(20,9)	5,9	0,02
Valores perdidos=375			(vp=181)	(vp=194)		
<b>Evitar relação sexual entre pessoas do mesmo sexo</b>						
Sim	1.262	(39,6)	716	(38,2)		
Não	1.925	(60,4)	1.159	(61,8)	3,8	0,05
Valores perdidos=88			(vp=33)	(vp=55)		
<b>Camisinha feminina</b>						
Sim	2.562	(79,5)	1.525	(80,5)		
Não	660	(20,5)	369	(19,5)	2,8	0,09
Valores perdidos=53			(vp=14)	(vp=39)		
<b>Confiar na pessoa com quem se relaciona</b>						
Sim	1.296	(40,7)	783	(41,8)		
Não	1.891	(59,3)	1.092	(58,2)	2,3	0,13
Valores perdidos=88			(vp=33)	(vp=55)		
<b>DIU (dispositivo intra-uterino)</b>						
Sim	307	(9,5)	170	(9,0)		
Não	2.915	(90,5)	1.724	(91,0)	1,6	0,2
Valores perdidos=53			(vp=14)	(vp=39)		
<b>Diafragma</b>						
Sim	318	(9,9)	178	(9,4)		
Não	2.904	(90,1)	1.716	(90,6)	1,2	0,3
Valores perdidos=53			(vp=14)	(vp=39)		
<b>Evitar relação sexual com penetração vaginal</b>						
Sim	483	(15,2)	279	(14,9)		
Não	2.704	(84,8)	1.596	(85,1)	0,3	0,6
Valores perdidos=88			(vp=33)	(vp=55)		

\*Porcentagem calculada com exclusão de valores perdidos (questões anuladas e/ou não respondidas).

Quanto à capacidade de reconhecer formas de prevenção de aids e DST, conforme mostra a Tabela 12, a maioria dos alunos respondeu corretamente às questões que tratavam de camisinhas masculina e feminina, diminuição do número

de parceiros e existência de vacina contra hepatite B (embora tenha sido pouco reconhecida como DST). Já nos casos de evitar relação sexual entre pessoas do mesmo sexo e evitar relação sexual com penetração anal e vaginal, observam-se noções equivocadas sobre as formas de prevenção. pois houve concordância de porcentagens consideráveis de alunos (39,6%, 25,3% e 15,2%, respectivamente).

Outras respostas inadequadas são as que tratam da confiança na pessoa com quem se relaciona (marcada por 40,7 % dos alunos, sem diferença significativa entre os períodos) e da pílula anticoncepcional (assinalada por 22,3%, com diferença estatisticamente significativa entre os períodos, sendo mais elevada no diurno).

Menos de 10% dos alunos assinalaram o D.I.U. e o diafragma como meios de prevenir aids e DST.

#### **4.6 conhecimentos sobre a aids como doença:**

A Tabela 13 mostra os conhecimentos dos alunos sobre a aids.

Tabela 13. Distribuição do número e porcentagem\* dos estudantes do Ensino Médio dos períodos diurno e noturno de escolas da área de abrangência do CR DST/Aids Jabaquara segundo algumas noções sobre a aids como doença. São Paulo-SP, 2000.

Variáveis	Total n=3.275 (%)	Período		$\chi^2$	Valor de p
		Diurno n=1.908 (%)	Noturno n=1.367 (%)		
<b>Os homossexuais são os maiores responsáveis pela aids</b>					
Certo	1.103 (35,7)	569 (31,3)	534 (42,1)	37,8	<0,0001
Errado	1.984 (64,3)	1.249 (68,7)	735 (57,9)		
Valores perdidos=188		(vp=90)	(vp=98)		
<b>Com novos medicamentos, já não se morre de aids</b>					
Certo	693 (22,1)	405 (21,9)	288 (22,5)	0,2	0,7
Errado	2.441 (77,9)	1.448 (78,1)	993 (77,5)		
Valores perdidos=141		(vp=55)	(vp=86)		
<b>Descoberta a tempo, a aids pode ser tratada e curada</b>					
Certo	795 (25,4)	470 (25,4)	325 (25,4)	0,0	0,95
Errado	2.334 (74,6)	1.377 (74,6)	957 (74,6)		
Valores perdidos=146		(vp=61)	(vp=85)		

\*Porcentagem calculada com exclusão de valores perdidos (questões anuladas e/ou não respondidas).

Cerca de  $\frac{1}{4}$  dos alunos, sem diferença significativa entre os períodos, concordam com as afirmações de que já não se morre de aids com o uso de novos medicamentos e de que a aids pode ser tratada e curada quando descoberta a tempo.

Quanto ao fato de se considerar que os homossexuais são os maiores responsáveis pela aids, 35,7% dos alunos concordam, sendo os do noturno mais que os do diurno, com diferença estatisticamente significativa.

#### 4.7 vida sexual e sexualidade:

##### 4.7.1 idade das primeiras relações sexuais:

A questão solicitava ao aluno que desse a sua opinião sobre a idade, em anos, em que as pessoas do seu grupo etário (meninos e meninas) têm sua primeira relação sexual.

Do total de 3.275 alunos, responderam a esta questão 3.104 alunos (*valores perdidos = 171 alunos*).

Os valores encontrados foram:

Para os meninos      média de idade =    14,3 anos  
                               desvio-padrão (dp) = 1,5 anos  
                               (valores mínimos e máximos = 5 e 25 anos)

Para as meninas      média de idade =    14,9 anos  
                               desvio-padrão (dp) = 1,6 anos  
                               (valores mínimos e máximos = 6 e 25 anos)

Com relação ao período os valores encontrados foram:

**A) para os meninos:**

período diurno	média = 14,4	dp = 1,5	(7-25)
período noturno	média = 14,1	dp = 1,6	(5-25)

o que significa um Kruskal – Wallis H de 40,2  
 $p < 0,000001$

**B) para as meninas:**

período diurno	média = 15,0	dp = 1,5	(6-25)
período noturno	média = 14,6	dp = 1,8	(7-25)

o que significa um Kruskal – Wallis H de 62,8  
 $p < 0,000001$

Com relação ao sexo, encontraram-se os seguintes valores:

A) **para os meninos:**

masculino	média = 14,4	dp = 1,6	(5-25)
feminino	média = 14,2	dp = 1,4	(9-20)

Kruskall – Wallis H = 14,7  
p < 0,0001

B) **para as meninas:**

masculino	média = 14,7	dp = 1,8	(7-24)
feminino	média = 15,0	dp = 1,5	(6-25)

Kruskall – Wallis H = 20,7  
p < 0,000005

4.7.2 preferência quanto ao interlocutor para conversar sobre sexo:

Tabela 14. Distribuição do número e porcentagem\* dos estudantes do Ensino Médio dos períodos diurno e noturno de escolas da área de abrangência do CR DST/Aids Jabaquara segundo o interlocutor preferido para conversar sobre sexo. São Paulo-SP, 2000.

Para falar sobre sexo, é melhor conversar com:	Total n=3.275(%)	Período	
		Diurno n=1.908 (%)	Noturno n=1.367 (%)
Amigos do mesmo sexo	976 (35,4)	582 (35,8)	394 (34,9)
Os pais	921 (33,4)	594 (36,5)	327 (28,9)
Outros adultos (que não os pais)	399 (14,5)	219 (13,5)	180 (15,9)
Amigos do sexo oposto	255 (9,3)	133 (8,2)	122 (10,8)
Prefere não conversar	205 (7,4)	98 (6,0)	107 (9,5)
Valores perdidos=519		(vp=282)	(vp=237)

\*Porcentagem calculada com exclusão de valores perdidos (questões anuladas e/ou não respondidas).

Entre os alunos do período diurno, os interlocutores assinalados com maior frequência foram os pais (36,5 %), seguidos pelos amigos do mesmo sexo (35,8 %).



Entre os alunos do período noturno, são os amigos do mesmo sexo os preferidos (34,9 %), enquanto que os pais aparecem em segundo lugar (28,9 %).

A menor porcentagem observada foi a dos que preferem não conversar.

#### 4.7.3 motivos que levam a ter ou a não ter tido relação sexual:

As tabelas seguintes mostram as alternativas escolhidas pelos alunos para alguém ter ou não ter tido relação sexual.

Tabela 15. Distribuição do número e porcentagem\* dos estudantes do Ensino Médio de escolas da área de abrangência do CR DST/Aids Jabaquara segundo os motivos que levam a ter ou a não ter relação sexual, por sexo. São Paulo-SP, 2000.

Variáveis	Total n=3.275 (%)	Sexo	
		Masculino no. (%)	Feminino no. (%)
<b>Motivo que leva alguém a ter sua primeira relação sexual</b>			
O amor	990 (41,8)	308 (31,1)	682 (68,9)
Medo de perder a pessoa	260 (11,0)	77 (29,6)	183 (70,4)
Atração física	831 (35,1)	549 (66,1)	282 (33,9)
Querer fazer o que os outros fazem	288 (12,1)	125 (43,4)	163 (56,6)
Total	2.369 (100)		
<i>Valores perdidos=906</i>			
<b>Motivo para não ter tido sua primeira relação sexual</b>			
Não encontrou a pessoa certa	1.921 (80,6)	796 (41,4)	1.125 (58,6)
Medo de gravidez	143 (6,0)	71 (49,7)	72 (50,3)
Medo de doenças	125 (5,3)	81 (64,8)	44 (35,2)
Os pais não aprovariam	194 (8,1)	66 (34,0)	128 (66,0)
Total	2.383 (100)		
<i>Valores perdidos=892</i>			

\*Porcentagem calculada com exclusão de valores perdidos (questões anuladas e/ou não respondidas, outras respostas).

Na Tabela 15, dentre os motivos listados para levar uma pessoa a ter sua primeira relação sexual, o que foi apontado pela maior porcentagem de alunos foi o amor (41,8 %), também sendo o motivo mais freqüente para o sexo feminino. Para o sexo masculino, o motivo mais freqüente foi a atração física.

O motivo mais apontado, dentre os relacionados, para que alguém não tenha tido sua primeira relação sexual, foi, para ambos os sexos, o de não ter encontrado a pessoa certa, com uma porcentagem de 80,6 %.

#### 4.7.4 opiniões sobre relação sexual:

A Tabela 16 traz algumas opiniões a respeito de relação sexual. O aluno concordava ou não com algumas frases colocadas.

Tabela 16. Distribuição do número e porcentagem\* dos estudantes do Ensino Médio dos períodos diurno e noturno de escolas da área de abrangência do CR DST/Aids Jabaquara segundo opiniões sobre relação sexual. São Paulo-SP, 2000.

variáveis	Total n=3.275 (%)	Período		$\chi^2$	Valor de P
		Diurno n=1.908 (%)	Noturno n=1.367 (%)		
<b>A mulher só se satisfaz se houver penetração</b>					
Sim	1.078 (37,6)	586 (34,8)	492 (41,8)	14,5	0,0001
Não	1.786 (62,4)	1.100 (65,2) (vp=222)	686 (58,2) (vp=189)		
<i>Valores perdidos=411</i>					
<b>O homem só se satisfaz se houver penetração</b>					
Sim	1.786 (59,3)	1.028 (58,2)	758 (60,9)	2,2	0,1
Não	1.224 (40,7)	738 (41,8) (vp=142)	486 (39,1) (vp=123)		
<i>Valores perdidos=265</i>					
<b>Só existe orgasmo se houver penetração</b>					
Sim	758 (26,8)	423 (25,3)	335 (29,0)	4,7	0,3
Não	2.067 (73,2)	1.247 (74,7) (vp=238)	820 (71,0) (vp=212)		
<i>Valores perdidos=450</i>					
<b>Masturbação pode satisfazer o homem</b>					
Sim	1.781 (62,3)	1.066 (62,8)	715 (61,5)	0,5	0,5
Não	1.079 (37,7)	632 (37,2) (vp=210)	447 (38,5) (vp=205)		
<i>Valores perdidos=415</i>					
<b>A mulher pode se satisfazer com masturbação</b>					
Sim	1.772 (63,0)	1.061 (63,4)	711 (62,4)	0,3	0,6
Não	1.041 (37,0)	612 (36,6) (vp=235)	429 (37,6) (vp=227)		
<i>Valores perdidos=462</i>					

\*Porcentagem calculada com exclusão de valores perdidos (questões anuladas e/ou não respondidas).

Em relação ao fato de a pessoa se satisfazer em uma relação sexual somente se houver penetração, no caso do homem, 59,3 % dos alunos concordaram. Para o caso da mulher, 37,6% dos alunos concordaram com a afirmação, tendo sido o único dado, nesta tabela, em que houve diferença significativa entre os dois períodos.

Com a afirmação de que só existe orgasmo se houver penetração, 26,8 % dos alunos concordaram.

Quanto à masturbação, os alunos concordaram em porcentagens semelhantes: 62,3% acham que ela pode satisfazer o homem e 63,0% dos alunos acham que pode satisfazer a mulher.

## **5 DISCUSSÃO**

Segundo relato informal de alguns professores, os alunos mostraram-se interessados nos temas abordados pelas questões. Havendo um espaço para livre manifestação no final do questionário, muitos alunos escreveram mensagens em que demonstravam sua satisfação, e nas quais solicitavam a intensificação de programas *de prevenção nas escolas e de informações sobre vida sexual*.

### **5.1 Caracterização da amostra**

#### **5.1.1 Faixa etária**

Participaram do estudo 3.275 alunos que estavam matriculados nas escolas escolhidas e que estavam presentes à aula no dia da aplicação do questionário. Esperava-se encontrar o maior número possível de alunos na faixa etária de 14 a 18 anos, por ser esta a idade em que geralmente se cursa o Ensino Médio. Estavam dentro deste limite esperado 2.301 alunos, ou 78,6 % do total. Entre 19 e 20 anos, encontravam-se 374 alunos, ou 12,8 %. Alunos com 21 anos ou mais apareceram em número de 252, ou 8,6 % do total, como já se comentou na Metodologia do presente estudo.

O período diurno conta com os alunos mais jovens. Na faixa etária de 14 a 18 anos, no diurno, eles são 91,6 %; no noturno, são 57,3 %.

Os alunos que têm 21 anos ou mais são 19,6 % do total de alunos do período noturno, e 1,9 % do total do diurno.

A presença de maior número de alunos mais velhos confere ao período noturno certas características que o tornam diferente do diurno. Os alunos do noturno geralmente trabalham (o que pode explicar o maior número de homens, que entram mais cedo no mercado de trabalho do que as mulheres), têm maiores dificuldades de vida (baixo poder aquisitivo, dificuldade de acesso a bens de consumo e lazer) e são mais conservadores em suas opiniões, talvez por serem mais velhos.

Inicialmente, é preciso esclarecer que o termo “adolescente”, empregado desde a época em que se delineava projeto, foi sendo gradativamente substituído por “estudante” e por “aluno”. Encontrou-se, como mostram os dados demográficos, uma porcentagem significativa de estudantes com mais de 19 anos de idade. Pensou-se, a princípio, em excluir esses alunos mais velhos e considerar, para a análise, apenas os dados referentes aos alunos adolescentes. Mas permaneciam as indagações. Os dados referentes aos mais velhos devem ser ignorados? Ou devem ser trabalhados, mas separadamente?

Avaliando-se a situação, optou-se por considerar a situação das escolas públicas de Ensino Médio, que têm alunos pertencentes à faixa etária “esperada” para as diferentes séries, mas também têm estudantes mais velhos. Se isto é o que existe, é com isto que se vai trabalhar. Assim, o presente estudo é dirigido a todos os alunos: aos jovens, que são maioria nessas escolas, mas também aos alunos mais velhos, porque deverão estar incorporados ao público a quem as atividades referentes à prevenção se destinam.

Os problemas dos jovens e o conhecimento da população da área de abrangência nortearam a idealização e a concretização do questionário, mais do que a literatura sobre o tema.

Como na maior parte dos estudos com populações limitadas, os dados aqui apresentados não devem ser generalizados como o pensamento ou a opinião do total dos estudantes, nem os da cidade de São Paulo e nem mesmo os do bairro em sua totalidade.

### **5.1.2 Sexo**

Pelas estimativas populacionais da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (2002), com base no Censo IBGE 2000 e na taxa de crescimento 1996/2000, a população esperada para o Distrito Administrativo do Jabaquara, na faixa etária de 15 a 19 anos, é assim distribuída:

Homens	9.551	(48,8 %)
Mulheres	10.028	(51,2 %)
Total	19.579	

Dos alunos que participaram do estudo, 43,7 % eram homens, e 56,3 % eram mulheres. São porcentagens diferentes daquelas que constam dos dados censitários, embora haja, na população em geral, mais mulheres do que homens. Porém, na *distribuição dos alunos por sexo*, ao que parece, as mulheres frequentam a escola mais do que os homens.

As mulheres encontram-se em maior porcentagem no período diurno (61,0%). Já no período noturno, encontram-se homens em porcentagem maior (50,8%). O valor de p encontrado, neste caso, foi  $<0,000001$ , entre os períodos diurno e noturno.

A diferença verificada, em números percentuais, entre os dados do Censo e a população de alunos que estava presente à aula no dia da pesquisa, para ser explicada, necessitaria de dados mais concretos, mas algumas hipóteses podem ser levantadas: *evasão escolar dos homens maior que a das mulheres (devida, entre outras causas, à necessidade de trabalhar), absenteísmo variando de acordo com o sexo, taxa de mortalidade de jovens maior entre os homens, possíveis erros na estimativa populacional etc.*

A maior porcentagem de homens no período noturno pode ser devida à *participação no mercado de trabalho, durante o dia.*



O Relatório da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM 1999) traz o resultado da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS 1996), realizada por amostragem, na qual se encontraram, considerando-se o Brasil como um todo, para a faixa etária de 15 a 19 anos, as seguintes proporções de jovens com nove anos ou mais de estudo:

Homens	17,7 %
Mulheres	25,5 %

O mesmo Relatório, considerando São Paulo separadamente, como uma das regiões da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/95) do IBGE, mostra outras porcentagens com nível de escolaridade de 9 anos ou mais de estudo, para a mesma faixa etária (15-19 anos):

Homens	39,8 %
Mulheres	36,4 %

Assim, o número de alunos encontrado no dia da aplicação do questionário, analisado segundo o sexo, assemelha-se mais ao do Brasil como um todo, em termos percentuais, que ao resultado encontrado para a região de São Paulo (BEMFAM 1999).

### **5.1.3 Ocupação**

Os alunos que declararam trabalhar foram 33,3 % do total. No período noturno encontra-se a maior porcentagem de alunos que declararam trabalhar (60 % do total de alunos do noturno, contra 14,6 % do total de alunos do diurno).

Encontrou-se, entre o diurno e o noturno,  $p < 0,000001$ , com  $\chi^2=726$ .

O Relatório da Sociedade BENFAM (1999) apresenta as seguintes proporções de jovens entre 15 e 19 anos engajados em alguma atividade econômica: 33% das mulheres e 55% dos homens, o que reflete a entrada precoce de adolescentes, principalmente homens, no mercado de trabalho, com conseqüente abandono da escola. Como razão para ter abandonado os estudos, o Relatório cita ter encontrado altos índices de resposta “precisou trabalhar”, o que pode explicar em parte o número mediano baixo de anos de escolaridade que vem sendo observado no país e em todas as suas regiões, especialmente para a população masculina.

Em estudo realizado em 1997, em comunidades pobres de Cuiabá, Mato Grosso, com 24 meninas entre 13 e 19 anos, MANDÚ e col. (2000) verificaram que 13 delas estavam fora da escola; destas, 5 já participavam do mercado de trabalho.

### **5.1.4 Acesso a alguns bens de consumo**

Estes itens foram analisados com a finalidade de se verificar o acesso a alguns bens que podem dar uma certa idéia sobre a vida dos alunos, sem a pretensão de se realizar um levantamento de condições sócio-econômicas.

Os itens computador, acesso à internet, videogame e carro foram mais freqüentes entre os alunos do período diurno. O mais freqüente entre todos os itens é o videogame.

Já o item televisão a cabo foi mais freqüente entre os alunos do noturno, o que não deixa de despertar certa curiosidade, uma vez que é entre estes alunos que se encontra a maior porcentagem de alunos que trabalham e o menor acesso aos outros bens descritos. Uma explicação possível para este fato, embora não possa ser comprovada, seria a existência, relatada popularmente, de ligações clandestinas em postes por onde passa a fiação condutora dos sinais de televisão paga, com as quais se teria acesso “gratuito”.

### **5.1.5 Lazer**

As atividades de lazer, os passeios e as relações sociais têm importância fundamental na vida do jovem. PILON (2002), em 1982, levantou dados, utilizando um questionário, de 689 alunos do 2º. Grau de escolas estaduais, na faixa de 14 a 21 anos, e destaca: “o estudo, o trabalho, a vida familiar e de grupo, as relações com o sexo oposto e as atividades de lazer são valorizados pelos adolescentes”.

Quanto aos itens relacionados à cultura e ao lazer no presente estudo, houve diferença entre os períodos diurno e noturno em todos os itens apontados, sendo que todos são, exceto a leitura de jornais, mais freqüentes entre os alunos do período diurno (leitura de revistas e de livros, televisão e cinema).

O item mais apontado é a televisão, e o menos apontado, a leitura de jornal, considerando-se ambos os períodos.

Possivelmente, todas estas características se mostraram diferentes em consequência do nível de renda familiar dos alunos.

O Relatório da Sociedade BEMFAM (1999) aponta: “o número de mulheres jovens que têm acesso aos meios de comunicação de massa é alto: 90 % assistem à televisão regularmente, 79 % ouvem rádio todos os dias e cerca de dois terços (62 %) lêem jornais ou revistas pelo menos uma vez por semana. Entre os homens, as porcentagens com acesso à mídia são bem semelhantes às das mulheres para todos os veículos: 92 % para a televisão, 74 % para rádio e 57 % para jornais e revistas”.

## **5.2 Capacidade de reconhecer algumas DST especificadas**

A questão para avaliar esta capacidade constava de uma lista de cinco doenças, onde o aluno deveria marcar SIM ou NÃO caso se tratasse ou não de DST (doenças sexualmente transmissíveis).

No total das respostas, as DST reconhecidas como tal foram, em ordem decrescente: aids, sífilis, gonorréia e hepatite B. Os alunos do período diurno

reconhecem aids e sífilis como DST em maior porcentagem que os do período noturno, havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois períodos. Possivelmente, os alunos do diurno têm mais acesso à informação. Apesar disso, as altas porcentagens de reconhecimento podem significar que a aids parece ter sido definitivamente incorporada ao elenco de informações de que as pessoas dispõem. Também a sífilis parece estar fortemente vinculada à idéia de DST, pela alta porcentagem de alunos que a apontou.

Em relação à hepatite B e à gonorréia, não existe diferença significativa quanto à capacidade de reconhecer como DST estas doenças, entre os períodos diurno e noturno (p de 0,06 e 0,8, respectivamente). A gonorréia não é reconhecida como DST por 16% dos alunos, o que significa uma importante falha de informação, em ambos os períodos.

Também merece destaque a porcentagem relativamente pequena (23,1 %) dos *alunos que reconhecem a hepatite B como DST, ainda mais quando se leva em conta que as formas de transmissão desta doença são as mesmas da aids e que as informações sobre ela poderiam ser veiculadas junto com aquelas sobre a transmissão do HIV. A falha de informação ocorre, também, nos dois períodos.*

Vale salientar, assim, que a maioria dos alunos é capaz de reconhecer a aids como DST, mas que essa capacidade vai diminuindo quando aparecem as outras DST. Parece que a mídia tem sido decisiva na divulgação da aids, enquanto que as outras doenças podem estar sendo negligenciadas.

Para melhor esclarecer esta questão, os dados foram analisados levando-se em conta a idade dos alunos, que foram divididos, para esta finalidade, em dois grupos etários: os mais velhos - que têm mais de 20 anos (nascidos antes de 1980) e os mais novos - que têm 20 anos ou menos (nascidos a partir de 1980). As proporções encontradas são as que seguem:

- Aids: foi reconhecida como DST por 85,7% dos mais velhos e por 93,3% dos mais novos, com  $p < 0,00001$ .
- Sífilis: reconhecida por 79,8% dos mais velhos e por 85,8% dos mais novos, com  $p < 0,01$ .
- Gonorréia: reconhecida por 74,6% dos mais velhos e por 79,6% dos mais novos, com  $p > 0,05$ . Não houve diferença significativa entre os dois grupos.

Assim, os alunos que têm mais de 20 anos são menos capazes de reconhecer aids e sífilis como DST do que os alunos com 20 anos ou menos. Provavelmente, os mais jovens, que têm mais acesso à informação e melhores condições de vida, estão também mais aptos a reconhecer DST.

MANDÚ e col. (2000) encontraram referências distantes para as DST em 24 adolescentes entrevistadas; para as adolescentes, as DST não representavam uma possível ameaça para suas vidas. Elas referiram apenas ter ouvido falar de algumas das DST (aids, sífilis, gonorréia e cancro mole). No mesmo estudo, a aids aparece como a mais conhecida doença de transmissão sexual, ou a que mais se aproxima da

vivência das adolescentes. As autoras atribuem estes fatos ao risco de morte ligado à aids e ao destaque a ela dado pelos meios de comunicação.

BERQUÓ e SOUZA (1991), em estudo realizado em Campinas – SP entre 1990 e 1991, por meio de questionário com 300 homens de 18 a 30 anos (universitários, bancários e operários), relatam que a gonorréia foi a mais citada entre as DST, seguida da sífilis e, em seguida, da aids.

A PNDS/1996 (Sociedade BEMFAM 1999) mostra que um percentual bastante expressivo de mulheres e de homens de 15 a 19 anos conhece ou já ouviu falar sobre aids (87,6% e 86,3%, respectivamente), enquanto que o conhecimento sobre as outras DST é limitado. Em entrevista baseada em conhecimento “espontâneo” (i.e., sem sondagem ou sem estimular a resposta), após a aids, a gonorréia foi a mais mencionada pelos jovens, seguida da sífilis e do cancro mole. O Relatório da Sociedade BEMFAM (1999) enfatiza ainda que, na área urbana, entre os jovens, 6,6% das mulheres e 2,3% dos homens não souberam mencionar nenhuma DST.

### **5.3 Capacidade de reconhecer formas de transmissão do HIV**

#### **5.3.1 Transmissão vertical**

A questão solicitava ao aluno que respondesse, em caso de uma mulher grávida soropositiva, se o filho seria doente de aids (alternativas: **sim com certeza**,

**talvez e não**). É preciso destacar que o termo “soropositiva” pode não ter sido compreendido por todos os alunos, o que pode ter comprometido as respostas.

A maior parte dos alunos (69,0%) respondeu com “talvez”, que seria a resposta correta, bem como seria de se esperar que eles soubessem que há tratamento para a mulher grávida portadora do HIV objetivando evitar a transmissão vertical. Porém, a resposta “talvez” tanto pode demonstrar conhecimento sobre a transmissão vertical da aids quanto pode fazer parte da estratégia de escolher a resposta mais simpática e que pareça menos comprometedora. O “não” foi escolhido por 4,2% dos alunos, e o “sim com certeza”, por 26,8%.

Quanto à resposta “talvez”, foram testadas as proporções segundo o sexo. Esta resposta foi assinalada por 68,2% dos homens (881) e por 72,5% das mulheres (1.248), com  $p=0,001$ . As mulheres, portanto, sabem mais sobre a transmissão vertical do que os homens.

O Relatório da Sociedade BEMFAM (1999) mostra que, entre os entrevistados de 15 a 19 anos que já tinham ouvido falar da aids, perguntando-se se a aids se transmite da mãe para o filho, responderam SIM 89,4% das mulheres e 84,9% dos homens.



### 5.3.2 Outras formas de transmissão de aids e situações de risco

Nesta série de treze questões, foram colocadas situações para que os alunos reconhecessem possíveis riscos. De maneira geral, a percepção do risco é boa, com algumas ressalvas destacadas a seguir.

Em quatro do total das questões formuladas, não foram encontradas diferenças significativas entre os alunos do período diurno e os do período noturno ( $p=0,05$  ou maior). São elas:

#### **- a aids pode ser transmitida em picadas para se injetar drogas**

Os alunos marcaram “sim” para esta questão na mesma porcentagem para os dois períodos (98,6%). Parece que a idéia de contaminação por picada para se injetar drogas está profundamente arraigada na mentalidade dos alunos.

Na pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS (BERQUÓ 2000), verificou-se que 59,5% dos indivíduos, com idades entre 16 e 65 anos, são bem informados sobre o risco representado pelo compartilhamento de seringas e agulhas.

#### **- usuários de drogas injetáveis têm maior risco de pegar aids**

O risco representado pelo fato de se usar drogas injetáveis é apontado por 95,2% dos alunos.

ANTUNES (1999), em estudo realizado na década de 1990 com 304 estudantes do período noturno de escolas estaduais do município de São Paulo, na faixa etária de 18 a 25 anos, antes da intervenção que fazia parte do projeto (é a esta parte, pré-intervenção, que se fará referência ao estudo desta autora, pois os conhecimentos foram medidos antes e depois de intervenções educativas), observou que o compartilhamento de seringas e agulhas era reconhecido por 91,0% dos alunos como fator de risco de transmissão de aids.

Assim, a transmissão do HIV relacionada ao uso de drogas injetáveis parece estar clara para a grande maioria dos alunos.

#### **- doação de sangue**

Esta questão chama a atenção para a alta porcentagem de alunos que assinalaram a doação de sangue como situação em que há risco de se pegar aids (86,5%). O valor de  $p$  encontrado foi 0,08, não havendo, assim, diferença significativa entre os alunos dos períodos diurno e noturno. Pode-se levantar a hipótese da falha de compreensão do termo “doação”, mesmo que esta não tenha sido detectada no pré-teste. Porém, à época da digitação, observando-se esta elevada porcentagem, prestou-se atenção aos alunos que não assinalavam esta alternativa; embora não tenha sido feito nenhum levantamento a respeito, percebeu-se que tais alunos deveriam ter um nível de informação diferente da maioria, pois havia entre eles, por exemplo, filhos de profissionais de saúde.

Outro fato que também chama a atenção são as campanhas que os bancos de sangue divulgam pela mídia, solicitando às pessoas que doem sangue e garantindo que “quem doa sangue não pega aids”. Ao que parece, muitos doadores têm receio de se contaminar durante o ato de doação de sangue, provavelmente por temerem agulhas e seringas, tão ligadas ao risco de transmissão, conforme visto anteriormente. As campanhas parecem não estar atingindo um segmento populacional considerável, que ainda desconfia da doação de sangue como situação de risco de contaminação.

DESSUNTI (2002), utilizando questionário estruturado a partir do Modelo de Redução de Risco da Aids (ARRM), proposto por CATANIA e col.(1990), em estudo com 183 universitários da área de Saúde, encontrou valores que mostram ser muito bom o conhecimento geral das formas de transmissão da aids. No entanto, quanto à transmissão da aids no item “doação de sangue”, pode-se dizer que os alunos do primeiro ano estão mais desinformados que os do último ano, tendo havido diferença significativa entre as séries. Em se tratando de universitários da área de Saúde, seria de se esperar que não houvesse dúvidas a respeito da doação de sangue. Por outro lado, as diferenças entre as séries mostram que os alunos adquirem informações corretas.

#### **- em piscinas**

Apenas 2,6% dos alunos assinalaram ser esta uma situação de risco de transmissão de aids. Em contatos com alunos, observa-se muitas vezes a dúvida sobre a possibilidade de se contrair o HIV freqüentando piscinas de uso comum.

Entretanto, a porcentagem encontrada mostra que esta dúvida é pouco frequente entre os participantes do presente estudo.

Nas outras nove questões, houve diferença significativa entre os alunos do período diurno e os do período noturno, com  $p < 0,05$ . Em duas destas questões os alunos do período diurno reconheceram a situação como de risco em maior porcentagem que os do noturno. São elas:

**- o vírus da aids pode ser transmitido em relações sexuais com pessoas soropositivas**

Mesmo que possa ter havido falha de compreensão do termo “soropositiva”, a porcentagem de alunos que marcou esta alternativa foi alta tanto no período diurno quanto no noturno (99,1% e 97,8%, respectivamente). O reconhecimento da possibilidade de transmissão do HIV nesta situação parece quase uma unanimidade entre os alunos.

**- há risco de se pegar aids em relação sexual sem camisinha**

Quando esta questão foi formulada, pensou-se que a redução de riscos implica em adoção de comportamentos de prevenção que incluem o uso a priori da camisinha, mesmo sem saber (ou até por não saber) se o parceiro está ou não contaminado pelo HIV.

Para DESSUNTI (2002, em estudo citado), a percepção de risco pessoal para DST/aids encontrada é quase nula, ou seja, tanto os universitários do primeiro ano como os do último não se percebem como pessoas vulneráveis, sendo que a maioria dos alunos considera seu comportamento sexual como de baixo risco.

Os alunos do período diurno marcaram “sim” para esta alternativa em uma porcentagem de 99,6%, contra 98,7% do noturno. Parece que os alunos do diurno são mais capazes de identificar o risco que os do noturno, talvez por terem mais acesso à informação, por serem mais jovens, por terem incorporado noções preventivas, por pertencerem a contextos sociais de menor vulnerabilidade etc. Embora a percepção do risco e a adoção efetiva de comportamentos de prevenção não andem necessariamente juntas, pode-se destacar a alta porcentagem de alunos que reconhecem o risco das relações sexuais sem proteção.

Na pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS (BERQUÓ 2000), 68,9% dos indivíduos, com idades entre 16 e 65 anos, mostraram-se bem informados a respeito do uso da camisinha nas relações sexuais para evitar a transmissão do HIV/AIDS.

Nas outras sete questões desta série, o maior percentual de alunos que marcou “sim” foi do período noturno, sempre com  $p < 0,05$ .

**- beijando uma pessoa soropositiva**

Esta situação foi reconhecida como de risco para transmissão de aids por 16,6% de alunos do período noturno e por 10,2% dos do diurno.

Na vida prática (em palestras e contatos com os jovens), o que se observa é que esta questão é abordada por muitos adolescentes, que querem saber sobre a presença do vírus na saliva, os riscos do beijo de língua, os riscos quando se tem cárie dentária etc. Entretanto, sem menção a estas situações, os alunos não reconheceram o beijo como uma situação de risco.

Também parece que o preconceito motivado pelo medo do contágio não está presente entre a maior parte dos alunos. Porém, tal medo é mais freqüente entre os alunos do noturno, talvez motivado pelo maior desconhecimento. Os alunos do diurno, por serem mais jovens, podem julgar-se invulneráveis e ser mais arrojados (características dos jovens), ao mesmo tempo em que são mais bem-informados.

MANDÚ e col. (2000) encontraram, em entrevistas abertas com 24 meninas de comunidades pobres de Cuiabá-MT, com idades entre 13 e 19 anos, a idéia de que é necessário distanciar-se das pessoas que têm aids pelo risco que estas oferecem.

**- uso de banheiros públicos**

No presente estudo, o uso de banheiros públicos é visto como uma situação de risco para transmissão do HIV por cerca de 10% dos alunos. Provavelmente,

existe, entre os alunos, a idéia de que banheiros públicos são necessariamente sujos, e, portanto, podem ocasionar contaminação.

Ao perguntar aos alunos se usariam o mesmo banheiro usado por pessoas que têm o HIV, ANTUNES (1999) obteve concordância de 23% dos alunos.

Na pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS (BERQUÓ 2000), ao ser colocada a afirmação de que se pode pegar o vírus da aids usando banheiros públicos, verificou-se que 37,2% das pessoas (idades entre 16 e 65 anos) estavam mal informadas.

#### **- uso do barbeador de uma pessoa soropositiva**

Neste caso, 62,4% dos alunos assinalaram existir risco de transmissão de aids (71,3% do noturno e 56,4% do diurno). Parece que aqui os alunos do noturno, sendo mais velhos e tendo mais experiência com o ato de se barbear (no caso dos homens), que pode provocar pequenos ferimentos com sangramento, foram mais capazes de reconhecer o risco do que os mais jovens ( $p < 0,000001$ ).

#### **- picada de mosquito**

Esta dúvida é muito freqüente quando se conversa com as pessoas, tanto jovens quanto adultas, em palestras e atividades educativas. A hipótese da disseminação do HIV na África através de insetos, levantada no início da epidemia de aids, pode ter contribuído para a popularização desta idéia. Outra explicação poderia estar ligada ao aumento do número de casos de dengue verificado no Brasil

nos últimos anos; as campanhas de combate aos mosquitos parecem fazer ressurgir a preocupação com a possibilidade de a aids também ser transmitida via mosquito, já que ele pode “carregar” vírus.

#### **- tratamento dentário**

Durante a fase de análise dos dados, observaram-se alguns recados escritos nos questionários ao lado das questões. No caso específico desta questão, alguns alunos lembraram a necessidade de se perguntar ao dentista se ele fazia a limpeza correta de seus instrumentos de trabalho, para só então se submeter ao tratamento. De qualquer forma, os dados mostram que os alunos do período noturno se preocupam mais com esta questão do que os alunos do período diurno.

ANTUNES (1999), em seu estudo com alunos do curso noturno, perguntou se eles iriam a um dentista que tem o HIV. Responderam que sim 14% dos alunos.

#### **- pessoas com DST têm maior risco de pegar aids**

Esta alternativa foi reconhecida como correta por 74,5% dos alunos, sendo 79,6% do período noturno e 71,0% do período diurno, com  $p < 0,000001$ .

Ao que parece, os alunos do noturno têm melhor compreensão a respeito do aumento do risco representado pela presença de alguma DST na transmissão do HIV.

Por ser uma questão estritamente relacionada à aids e sua transmissão, era de se esperar que uma maior porcentagem de alunos tivesse esta noção. Ao que parece,



o risco representado pela presença de outra DST na transmissão da aids necessita ser mais esclarecido e trabalhado entre os alunos.

**- o sangue da menstruação aumenta o risco de aids**

Os alunos do período noturno reconheceram ser verdadeira esta afirmação em maior porcentagem do que os do período diurno (42,4% contra 34,9%, com o valor de  $p=0,00003$ ).

Não é possível confirmar este fato, mas parece ainda que os alunos do período noturno, talvez por uma questão de amadurecimento ou de vivência, tenham uma compreensão mais apurada do risco de transmissão do HIV ligado à presença de sangue, o que aparece também na questão do uso do barbeador.

Mesmo assim, é muito baixa a porcentagem de alunos capazes de reconhecer tal risco. Após 20 anos de epidemia de aids, tal noção poderia ser mais clara.

PAIVA (1996), trabalhando com jovens entre 15 e 21 anos, encontrou, para uma relação de situações ou materiais que podem ser fatores de transmissão de aids, as seguintes porcentagens para a resposta “não transmite”:

líquidos da vagina	38%
sangue	7%
sexo anal	32%
sêmen	20%
uma pessoa que aparenta saúde	20%
sangue menstrual	20%

#### 5.4 Opiniões sobre a camisinha

Os alunos deveriam marcar CONCORDO ou NÃO CONCORDO para algumas afirmações referentes à camisinha. Houve diferenças significativas nas respostas dos alunos do período diurno em relação aos do noturno ( $p < 0,0001$ ).

Sobre o custo da camisinha, afirmava-se que “é muito caro”. Dos alunos do período noturno, 16,7% concordaram com a afirmação, contra 12,4% do período diurno. A situação econômica dos alunos do noturno parece ser mais difícil que a dos alunos do diurno (menor acesso a alguns bens de consumo, necessidade de trabalhar), o que poderia explicar o fato de eles acharem a camisinha cara.

Quanto à afirmação de que o uso da camisinha “quebra o clima”, ou seja, de que compromete o prazer em uma relação sexual, houve concordância de 24,8% dos alunos do período noturno e de 12,4% dos do diurno. Ao que parece, a idéia de que o uso de camisinha “atrapalha” está mais presente entre os alunos do noturno, talvez por serem mais velhos e terem vivido na era pré-aids. Provavelmente os alunos mais jovens, do período diurno, possam já estar incorporando o hábito de usar camisinha sem comprometer o prazer sexual.

ANTUNES (1999) encontrou a seguinte concordância dos alunos em relação à camisinha:

- não diminui o prazer	32%
- não dá para ser usada com prazer	52%
- não atrapalha na transa	35%
- é barata, dá para comprar	44%
- não é difícil de comprar, não tenho vergonha	67%

Ter **vergonha de comprar** camisinha foi uma afirmação com a qual concordaram 22,6% do total de alunos, sendo 25,5% do período diurno e 18,4% do período noturno. Aparentemente, os alunos mais velhos teriam mais segurança na hora de comprar camisinha, diferentemente dos alunos mais jovens do período diurno.

Quanto ao uso efetivo da camisinha, cabe lembrar, ao lado da opinião favorável entre os alunos, que a intenção pode não resultar em uso efetivo, até porque, entre outros motivos, eles podem não ter dinheiro para comprá-la.

BERQUÓ e SOUZA (1991) relatam: “os não usuários oriundos das camadas mais favorecidas economicamente alegaram que a redução do prazer foi o motivo principal para o não uso do condom”. Relatam também que “os universitários começaram a usar o condom em torno dos 17 anos, enquanto que as demais categorias (bancários e operários) o fizeram mais tarde, entre os 20 e 21 anos”.

Em um trabalho de prevenção realizado com jovens da FEBEM (Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor) a partir de 1997, PAIVA e col. (2002) relatam que esses jovens associam a camisinha à prevenção da aids, mas 80% deles a consideram

pouco eficaz e frágil, ou que atrapalha o sexo (56%). A maioria dos garotos já tinha usado uma camisinha (68%), mas só 8% indicaram uso consistente.

Em outras duas questões, pedia-se aos alunos que escolhessem uma alternativa para qualificar a menina e o menino que carregam camisinhas consigo. As alternativas eram as seguintes: prevenido(a), desconfiado(a), infiel e “galinha”.

Os resultados encontrados mostram que o uso da camisinha está definitivamente aprovado, pois marcaram “prevenido” 96,2% dos alunos, e “prevenida”, 95,3%. Assim, parece também que a idéia machista sobre a mulher – ainda mais, sobre a MENINA que tem vida sexual ativa e que se protege levando camisinhas consigo – vem sofrendo mudanças, pelo menos no caso dos alunos do presente estudo. A opinião sobre a pessoa que carrega camisinhas consigo, assim, é francamente positiva.

ANTUNES (1999), em seu estudo, encontrou, para a afirmação segundo a qual “mulher que carrega camisinha está disponível para qualquer um”, uma porcentagem de discordância de 61%.

O Relatório da Sociedade BEMFAM (1999) aponta: “Uma grande parte dos jovens sabe que se pode evitar a aids utilizando o preservativo: 84% das mulheres e 88% dos homens referiram-se a esse método como uma das formas de prevenção”. O uso do preservativo é mais citado, segundo o Relatório, pelos jovens das áreas

urbanas, por aqueles com maior nível de escolaridade, pelos que moram no Rio de Janeiro e por mulheres de São Paulo e homens do Sul.

### **5.5 conhecimentos sobre formas de prevenção de aids e DST:**

Esta série de questões enfocava o conhecimento sobre as formas de se prevenir contra a aids e as doenças sexualmente transmissíveis.

Entre os períodos diurno e noturno, não houve diferença significativa ( $p=0,05$  ou maior) nas seguintes questões:

#### **- evitar relação sexual com penetração vaginal**

Assinalada por cerca de 15% dos alunos. A relação sexual com penetração anal, a ser considerada mais adiante, foi assinalada por cerca de 25% dos alunos.

#### **- diafragma e DIU (dispositivo intra-uterino)**

Parece que as respostas a estas questões não podem ser valorizadas a não ser como uma maneira de saber que a maior parte dos alunos ignora o que são diafragma e DIU. Muitos deles chegaram a escrever, ao lado da questão, que não sabiam o significado de tais termos. Na prática, no trabalho em unidades de saúde, quando se discutem métodos de Planejamento Familiar percebe-se que esses termos não são conhecidos por grande parte da população.

**- confiar na pessoa com quem se relaciona**

As implicações desta “confiança” (apontada por cerca de 40% dos alunos) têm sido vistas, na prática, como um fator de aumento do número de casos de aids e de DST, e precisa ser abordado em qualquer trabalho de prevenção que se faça. Naturalmente, trata-se de um tema difícil para se trabalhar. A confiança no parceiro decorre, freqüentemente, da convivência: após um certo período de tempo, observa-se um relaxamento quanto à necessidade de fazer sexo seguro. Vários autores, como PAIVA e col. (2002), têm referido a ligação desta confiança com o fato de se abolir o uso do preservativo.

MANDÚ e col. (2000) alertam: “Parece que para essas adolescentes o fato de conhecerem o companheiro é suficiente para que se sintam protegidas”. Mesmo na prática, o que se vê é a confiança no parceiro substituindo qualquer cuidado ou mesmo qualquer reflexão sobre risco.

Em estudo realizado com 311 adolescentes em Joinville-SC, BOGASKI e col. (2000) encontraram, ao perguntar sobre motivos para o não-uso do preservativo, a confiança no/a parceiro/a como o motivo mais freqüentemente apontado (41,6 % do total de rapazes e 48,6 % das moças da escola pública).

MANDÚ e col. (2000) encontraram em suas entrevistas as seguintes necessidades referidas pelas adolescentes em relação à prevenção: “conhecer a pessoa com quem se transa; usar a camisinha; evitar proximidade com portadores da doença; evitar contato com secreções contaminadas; realizar exames periódicos.”

**- camisinha feminina**

Apontada como útil para prevenir aids e DST por 79,5% dos alunos, parece ser bem conhecida de todos. Entretanto, em atividades realizadas com adolescentes, existe grande curiosidade em ver de perto uma camisinha feminina, e a maior parte deles refere que nunca viu uma antes. Sendo a eficácia da camisinha masculina praticamente uma unanimidade, pode ter sido feita uma analogia com sua congênera, a camisinha feminina.

**- evitar relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo**

Mesmo sem haver referência ao estado de saúde das pessoas envolvidas nestas relações - se poderiam ter aids ou outra DST - 38,2% dos alunos do período diurno e 41,6% dos do noturno apontaram esta medida como útil para evitar aids e DST, com  $p=0,05$ . Ao que parece, os alunos do noturno têm uma idéia menos favorável a respeito das relações homossexuais.

Nas questões colocadas a seguir, houve diferença significativa ( $p<0,05$ ) entre os alunos do período diurno e os alunos do período noturno.

**- existe vacina para evitar hepatite B**

Pelas respostas, 77,6% dos alunos são bem informados a respeito desta vacina, sendo que os do período diurno (79,1%) são mais que os do noturno (75,3%).

Apropriar-se desta informação é importante (além do fato de reconhecer a hepatite B como DST, como já comentado anteriormente) pelo fato de existir a vacina na Rede Pública de Saúde; esta vacina encontra-se disponível para todas as pessoas com até 19 anos de idade, porque o risco é considerado maior para esta faixa etária. Mesmo no período noturno deve haver jovens desta faixa de idade, que parecem desconhecer a informação. Esta é, portanto, outra falha de informação que precisa ser abordada nas atividades preventivas.

**- evitar relação sexual com penetração anal**

Não havia, no enunciado da questão, informação sobre o estado de saúde das pessoas envolvidas nesta relação sexual. Entretanto, o que se objetivou foi verificar a noção de que a penetração anal envolve mais riscos de transmissão de DST, sobretudo da aids.

Novamente, parece haver diferença nas respostas dos alunos dos períodos diurno e noturno, o que pode estar associado à idade e à maior experiência de vida (alunos do noturno reconhecem risco em maior porcentagem).



### **- camisinha masculina**

A camisinha masculina é reconhecida como meio de prevenção de aids e DST pela quase totalidade dos alunos.

Porém, o resultado mostra mais uma vez a diferença entre os alunos dos dois períodos: os alunos do diurno apontam a camisinha em maior porcentagem que os do noturno. Parece que os alunos do diurno, mais jovens, com maior acesso à informação e menores dificuldades de vida, vivenciam um contexto mais favorável que os do noturno, e por isso mesmo reconhecem mais os benefícios do uso da camisinha.

Por outro lado, este resultado mostra também a unanimidade representada pela camisinha masculina como meio de prevenção. Melhor seria, entretanto, se, além do reconhecimento das vantagens da camisinha, seu uso efetivo pudesse ser garantido (através da adoção de comportamentos de prevenção, de políticas que assegurassem distribuição gratuita constante...).

DOMINGUES (1997), tendo realizado pesquisa qualitativa com depoimentos de 31 adolescentes estudantes entre 15 e 19 anos, pertencentes a diferentes segmentos sociais, destaca: “O espaço aberto nos meios de comunicação para a discussão da importância do uso da camisinha na prevenção da aids tem repercutido muito em toda a sociedade e parece que está começando a mudar o comportamento dos jovens.” Em seu estudo, DOMINGUES observa que os jovens entrevistados, em sua maioria, demonstraram conhecer basicamente dois métodos contraceptivos, a

pílula e a camisinha, mas “não implicando tal conhecimento no uso dos mesmos como preventivo da gravidez ou de doenças sexualmente transmissíveis”.

Para BERQUÓ e SOUZA (1991), o uso da camisinha masculina, tradicionalmente, para os homens, era uma forma de se proteger contra as DST, principalmente em relações sexuais com prostitutas. Citam pesquisa realizada em Barbados, Dominica, Saint Kitts e Navis, a qual, através de entrevistas, concluiu que era a seguinte a porcentagem de utilização de camisinha masculina: homens, entre 18% e 43%; mulheres, entre 7% e 14%. Em seu estudo, BERQUÓ e SOUZA encontraram a proporção de uso de camisinha pelos homens variando entre 27% e 33%. Lembram que os *surveys* que incluem apenas mulheres estimam o uso em 2%.

#### **- diminuir o número de parceiros sexuais**

Os alunos do período diurno reconheceram ser este um bom meio de prevenir aids e DST em maior porcentagem que os do noturno. Ao que parece, os alunos do diurno atribuem maior importância à limitação do número de parceiros sexuais que os alunos do noturno.

#### **- pílula anticoncepcional**

O uso de pílula anticoncepcional foi assinalado como forma de se prevenir contra DST e aids por 22,3% do total de alunos, sendo, no período diurno, 24,2%, e no período noturno, 19,5%, com  $p=0,0006$ .

Esta porcentagem é bastante alta, quando se pensa em suas conseqüências. O período diurno, onde se encontra a maior parte dos alunos mais jovens, apresenta

porcentagem mais elevada que a do noturno. É uma informação que precisa ser avaliada com cuidado no trabalho de prevenção. Pelo menos no trabalho prático no Centro de Referência, não se tinha idéia de que a pílula anticoncepcional poderia ser considerada como meio de prevenção contra DST e aids por tantos alunos quanto os que assinalaram esta questão.

Para melhor compreensão desta questão, compararam-se as respostas dos alunos dividindo-os por sexo e obtiveram-se as seguintes proporções dos que assinalaram a pílula anticoncepcional como meio de evitar aids e DST:

- sexo masculino: 23,3% (308 alunos)

- sexo feminino: 22,0% (384 alunas)

Encontrou-se, para estas proporções,  $p=0,4139$ . Não há, portanto, diferença significativa entre os sexos.

BOGASKI e col.(2000), em estudo realizado em 1997 com 311 adolescentes de ambos os sexos (idade entre 14 e 19 anos, sendo 80 da escola privada e 231 da escola pública, alunos do primeiro ano do segundo grau) por meio de questionário, encontraram, como segundo motivo mais freqüente para não ter usado preservativo nos últimos seis meses, a resposta “fazia uso de outro método anticonceptivo”. Segundo as autoras, este fato revela o alto grau de vulnerabilidade em adquirir DST/aids através da relação sexual que não está sendo levado em consideração pelos jovens.

## 5.6 conhecimentos sobre a aids como doença

Foi abordada a questão da aids com a afirmação de que, **se descoberta a tempo, ela pode ser tratada e curada**. Concordaram com esta afirmação 25,4% dos alunos, repetindo-se a mesma porcentagem tanto no período diurno quanto no noturno. Não houve diferença significativa entre os dois períodos ( $p=0,95$ ).

Parece que a questão de cura e tratamento para a aids tem estimulado crenças equivocadas entre a população, fato que se pode comprovar em atividades educativas quando as pessoas colocam suas dúvidas. É necessário quantificar melhor estas noções entre os diferentes segmentos populacionais.

Da mesma maneira, outra afirmação colocada dizia que, **com novos medicamentos, já não se morre de aids**. Marcaram como correta esta afirmação 22,1% do total de alunos. Esta porcentagem foi semelhante no período diurno (21,9%) e no período noturno (22,5%), com  $p=0,7$ . Ao que parece, esta crença está difundida em pelo menos 20% da população do estudo.

O Relatório da Sociedade BEMFAM (1999) informa que, independentemente da escolaridade, da idade ou da região do país, cerca de 99% de jovens de ambos os sexos já ouviram falar sobre a aids, sendo a televisão a principal fonte de informação sobre a doença; vêm em seguida a escola, o jornal e o rádio. Assim, além dos meios

de comunicação de massa, a escola aparece como espaço privilegiado para a difusão de informações.

Outras conclusões do Relatório da Sociedade BEMFAM (1999) dizem respeito à aids como doença. Sobre ser uma doença fatal, entre jovens de 15 a 19 anos, 81,1% das mulheres e 86,2% dos homens responderam “quase sempre”, sendo que as outras alternativas eram: “quase nunca”, “às vezes” e “não sabe”. Com relação à pergunta se a aids tem cura, responderam “não” 88,1% das mulheres e 86,2% dos homens.

Com a afirmação de que **os homossexuais são os maiores responsáveis pela aids**, o maior índice de concordância ocorreu entre os alunos do período noturno. Teve-se a intenção de se verificar, com esta questão, o problema do preconceito contra os homossexuais. Não se pode afirmar, por estes dados, que o preconceito realmente esteja confirmado, até porque é de conhecimento público que os primeiros casos de aids ocorreram com homossexuais. Entretanto, a diferença estatística entre os dois grupos – alunos do diurno e alunos do noturno – que são diferentes entre si em vários outros aspectos pode requerer uma análise mais aprofundada da questão. No entanto, como os alunos do noturno são mais velhos, podem ter vivido o início da *epidemia de aids e possuir noções equivocadas já incorporadas aos seus conhecimentos*, esta visão pode realmente denotar preconceito contra os homossexuais.

DOMINGUES (1997), em seu estudo, encontrou muitos adolescentes que não tiveram nenhum constrangimento em se posicionarem radicalmente contrários à

prática de relações homossexuais, inclusive rejeitando relações de amizade com pessoas homossexuais. Destaca que a sociedade moderna vem deixando de considerar o homossexualismo como “doença” ou “desvio”, mas mesmo assim ele ainda “aparece como prática essencialmente patológica por contrariar não somente a lei natural das coisas expressa pela função biológica e social dos corpos, mas igualmente os desígnios superiores da criação divina”.

Em seu estudo, ANTUNES (1999) observou, para a afirmação de que “aids só pega em homossexuais”, uma taxa de discordância de 77%.

## **5.7 vida sexual e sexualidade**

### **5.7.1 Idade da primeira relação sexual**

Conforme se descreveu, a questão sobre a primeira relação sexual foi formulada para que os alunos escrevessem a idade em que eles *acham* que as pessoas da faixa de idade deles têm sua primeira relação sexual. Esperava-se, com isso, que os alunos trouxessem sua percepção sobre o assunto (suas próprias experiências e as de seus pares), sem que fosse necessário recorrer a informações de foro íntimo, o que seria absolutamente inadequado ao contexto da aplicação do questionário.

A média de idade encontrada foi de 14,3 anos para os meninos e 14,9 anos para as meninas, considerando-se o total de alunos que responderam (3.104 alunos, ou 94,8% do total).

No período diurno, a média de idade foi de 14,4 anos para os meninos e 15,0 anos para as meninas; no período noturno, foi de 14,1 anos para os meninos e 14,6 anos para as meninas. Assim, os alunos do diurno atribuem uma idade maior que os alunos do noturno ( $p < 0,000001$ ).

Parece que os alunos do período noturno percebem o início da atividade sexual mais precocemente que os alunos do período diurno. Tal precocidade pode estar associada ao contexto social menos favorável em que se encontram os alunos do noturno: nível sócio-econômico mais baixo, menor acesso a informações, menores oportunidades de lazer.

Considerando-se os sexos separadamente, tem-se:

- idade da primeira relação sexual para os meninos: os homens atribuem 14,4 anos, e as mulheres, 14,2 anos ( $p = 0,0001$ ).
- idade da primeira relação sexual para as meninas: os homens atribuem 14,7 anos, e as mulheres, 15,0 anos ( $p = 0,000005$ ).

Ao que parece, a primeira relação sexual vem ocorrendo cada vez mais precocemente, tanto para os meninos quanto para as meninas. Além disso, cada sexo pensa que o sexo oposto tem sua primeira relação sexual ainda mais cedo do que o próprio indivíduo daquele sexo imagina ou se atribui.

Em estudo realizado com 263 alunos, na faixa etária de 17 a 45 anos, matriculados no primeiro e no último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina da

Universidade Estadual de Londrina – PR no ano de 2000, DESSUNTI (2002) encontrou, quanto à idade de início da atividade sexual, a média de 16,9 anos para os homens e 16,6 para as mulheres, variando de 16 a 18 anos, entre 50 % dos alunos do primeiro ano, sem distinção de sexo. Já entre os alunos do último ano, houve maior variabilidade: em 50 % deles a atividade sexual foi iniciada entre 16 e 20 anos (média de 17,7 anos) para os homens e entre 17 e 20 anos (média de 18,4 anos) para as mulheres. 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).

PILON (1986), em estudo realizado com 689 alunos do 2º. Grau de escolas estaduais, na faixa de 14 a 21 anos, cita as seguintes proporções para a ocorrência de intimidade física de natureza sexual em relação ao contexto do namoro: para os rapazes, 19,6 %; para as moças, 11,6 %.

No estudo realizado por MANDÚ e col. (2000) em Cuiabá-MT, das 24 adolescentes entrevistadas, entre 13 e 19 anos, 14 já tinham tido ou mantinham atividade sexual.

SCHOR (1995), em estudo com 413 adolescentes do sexo feminino entre 10 e 19 anos da região Sul de São Paulo, encontrou a média de 15,8 anos para o início da atividade sexual.

TAKIUTI (1998), em trabalho realizado entre 1994 e 1998, tendo aplicado 1.558 questionários entre adolescentes de 12 a 19 anos, relata que as adolescentes



apontam como idade ideal para a primeira relação sexual os 18 anos, embora a maioria tenha vida sexual ativa desde antes dos 17 anos.

O Relatório da Sociedade BEMFAM (1999) cita que, segundo estudos realizados em vários países, em geral a iniciação sexual dos homens ocorre mais cedo que a das mulheres, embora grande parte das jovens comecem a vida sexual ainda na adolescência. Para o Brasil, relata que a idade da primeira relação sexual para os homens é de aproximadamente 15 anos, e para as mulheres, um pouco antes dos 17 anos. Lembra ainda que isso os torna vulneráveis a uma gravidez não planejada e às doenças sexualmente transmissíveis.

Na pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS (BERQUÓ 2000), foram encontrados, para os jovens que tinham entre 16 e 19 anos em 1998, os seguintes resultados: 61,0% já haviam tido relações sexuais e, destes, 40,2% tiveram por primeira vez antes dos 15 anos de idade. A idade média encontrada para os jovens desta faixa etária foi 14,5 anos para os homens e 15,2 anos para as mulheres. A pesquisa destaca ainda que o processo de mudança de comportamento das pessoas em curso na sociedade brasileira leva a supor que a iniciação sexual se dê cada vez mais cedo. No entanto, os autores consideram em aberto a questão da precocidade do início da atividade sexual: não seria ainda mais intensa esta precocidade se a preocupação com o risco da infecção de HIV/aids não estivesse presente entre os jovens?

### 5.7.2 Interlocutor preferido para conversar sobre sexo

Nesta questão, a porcentagem de *valores perdidos* foi bastante alta (519, ou 15,8% do total de alunos), porque a orientação contida no enunciado preconizava “uma só alternativa”. Ao que parece, muitos alunos não conseguiram escolher uma alternativa única dentre as que estavam colocadas, ou tinham outra resposta que não apareceu na relação.

Para conversar sobre sexo, a maior porcentagem dos alunos do período diurno marcou a alternativa “os pais” (36,5%), seguida da alternativa “amigos do mesmo sexo” (35,8%). As outras alternativas foram menos escolhidas: “outros adultos (que não os pais)” – 13,5%, “amigos do sexo oposto” - 8,2% e “prefiro não conversar” – 6,0%.

É importante a participação dos pais quando se trata de educação sexual, embora muitos deles refiram que os filhos não os procuram para falar sobre o assunto. Este tema merece ser discutido quando se trabalha a prevenção, principalmente em relação aos alunos do período diurno.

No período noturno, a maior porcentagem de alunos escolheu “amigos do mesmo sexo” (34,9%), seguida de “os pais” (28,9%). As outras alternativas vêm a seguir na mesma ordem daquela verificada entre os alunos do período diurno, só que todas elas em porcentagem maior: “outros adultos (que não os pais)” – 15,9%, “amigos do sexo oposto” – 10,8% e “prefiro não conversar” – 9,5%.

Ao que parece, parte dos alunos do noturno que poderia ter escolhido os pais “migrrou” para as outras alternativas. Mesmo assim, os pais continuam sendo importantes para conversar sobre assuntos de sexo, ainda que em menor porcentagem em relação à encontrada para o período diurno.

DESSUNTI (2002), em estudo citado, perguntando a universitários a respeito de discussão sobre DST/aids e risco pessoal com amigos e/ou parceiros sexuais, observa que 90,7 % dos alunos referiram discutir sobre tal assunto.

PILON (1986) considera que os jovens “em sua maioria se beneficiam do apoio dos pais no processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, predominando uma harmonia básica no relacionamento entre pais e filhos, segundo a percepção destes. Os pais influenciam os jovens em relação à educação, profissão, trabalho, uso do dinheiro e religião (as mães influenciando as moças no relacionamento com o sexo oposto).

Este assunto merece ser aprofundado por aqueles que se preocupam com educação em sentido amplo e também com educação sexual. O papel dos pais na educação dos filhos é muitas vezes comprometido pela própria questão da sobrevivência, ou seja, trabalha-se cada vez mais (quando há emprego) para se garantir condições de vida consideradas importantes pelo grupo social. A educação sexual, muitas vezes, é atribuída à escola, que tem um importante papel, mas também tem suas limitações.

### 5.7.3 Motivos que levam a ter ou a ainda não ter tido a primeira relação sexual

Os motivos para ter a primeira relação sexual variam conforme o sexo, sendo o motivo mais freqüente, para os homens, a “atração física”, seguido de “o amor”.

Entre as mulheres, o primeiro motivo apontado é “o amor”, vindo em seguida a “atração física”.

“Querer fazer o que os outros fazem” é o terceiro motivo para os homens, e o quarto para as mulheres. “Medo de perder a pessoa com quem se está junto” é o quarto motivo para os homens, e o terceiro para as mulheres.

Para uma pessoa ainda não ter tido sua primeira relação sexual, o motivo mais apontado, tanto pelos homens quanto pelas mulheres, é “não encontrou a pessoa certa”.

PILON (1986) destaca a valorização do intercâmbio afetivo e de idéias no relacionamento entre os sexos, citando qualidades de caráter, amor e compreensão como importantes na escolha de parceiros.

DOMINGUES (1997) destaca a questão da escolha do primeiro parceiro no início da atividade sexual, lembrando que, entre os meninos, embora a iniciação não

mais ocorra necessariamente com prostitutas, não se busca uma pessoa com a qual se tenha um grande envolvimento afetivo. Já entre as meninas, parece ainda perdurar o medo do abandono após o início da atividade sexual, bem como a permanência de valores tradicionais, carregados da simbologia machista. Assim, o início da atividade sexual continua a ter significados opostos para os dois sexos.

Também é interessante observar que o medo de doenças parece interferir pouco como motivo para ainda não ter tido a primeira relação sexual, pelo menos para as mulheres, que o escolheram como quarto e último motivo. Entre os homens, o medo de doenças foi o segundo motivo escolhido.

Não deixa de chamar a atenção, também, a pouca consideração que os alunos mostram em relação ao medo de gravidez como fator para impedir alguém de ter sua primeira relação sexual. Tanto entre os homens quanto entre as mulheres, este motivo foi o terceiro a ser escolhido.

DOMINGUES (1997), ao discutir o não-uso da anticoncepção na adolescência, destaca o sentimento de onipotência tão característico dessa fase. “Desta forma, adquirir doenças sexualmente transmissíveis ou engravidar não é visto como uma consequência da atividade sexual não protegida, pois com eles isso não acontecerá, não havendo, portanto, justificativa para o uso de anticoncepção na adolescência”.

O fato de os pais não aprovarem o início da atividade sexual também parece não ter muita influência no comportamento dos alunos homens, que o escolheram como quarto e último motivo. Já as mulheres apontaram a não aprovação por parte dos pais como segundo motivo para alguém ainda não ter tido a primeira relação sexual.

PILON (1986), em estudo realizado com 689 alunos do 2º. Grau de escolas estaduais, na faixa de 14 a 21 anos, destaca que “é pequena a proporção de jovens que consideram ter sido levados a erro por pressão do grupo ou ser motivo de desacordo entre os pais”.

#### 5.7.4 Opiniões sobre relação sexual

As considerações sobre as práticas sexuais contidas nestas questões tiveram, em suas respostas, pouca diferença entre os períodos diurno e noturno. Isto aconteceu com quatro das cinco questões colocadas (valores de p variando entre 0,1 e 0,6).

Quando se afirmou que o homem só se satisfaz se houver penetração, 59,3% dos alunos concordaram.

É possível que os alunos, ou parte deles, não tenham ainda noções bem estabelecidas sobre este assunto específico, ou que não fiquem confortáveis para abordar tal tema, ou ainda que tenham tentado mostrar que sabem tudo sobre sexo, quando, na verdade, sabem pouco.

Com a afirmação de que só existe orgasmo se houver penetração, 26,8% dos alunos concordaram, sendo 25,3% do período diurno e 29,0% do noturno. Parece que os alunos do noturno são realmente mais conservadores em suas opiniões. Na análise desta questão separando-se os alunos por sexo, foram encontradas as seguintes proporções para o SIM: para o sexo masculino, 31,8% (378 alunos), e para o feminino, 22,5% (340 alunas), com  $p < 0,00001$ . Os homens, portanto, valorizam mais a penetração para o orgasmo do que as mulheres.

No caso de a masturbação poder satisfazer o homem, 62,3% dos alunos concordaram. Analisando-se esta questão segundo o sexo, obtiveram-se as seguintes proporções de alunos que responderam SIM: 49,3% para o sexo masculino (579 alunos) e 71,7% para o sexo feminino (1.115 alunas), com  $p < 0,000001$ . As mulheres têm, portanto, em maior proporção que os homens, a idéia de que a masturbação pode satisfazer o homem.

No caso da afirmação de que a mulher pode se satisfazer com masturbação, houve concordância de 63,0% dos alunos. Analisando-se por sexo, a proporção de SIM foi: 58,3% para o sexo masculino (669 alunos) e 66,3% para o sexo feminino (1.023 alunas), com  $p < 0,00002$ . As mulheres julgam poder satisfazer-se com masturbação mais do que os homens supõem.

DOMINGUES (1997), citando SUPPLY (1983), lembra que a prática da masturbação era considerada, no começo do século XX, perigosíssima, por trazer

sérias conseqüências, como cegueira, surdez, debilidade mental, loucura etc. Posteriormente, foi associada ao aparecimento de acne, impotência e até esterilidade. Com o avanço dos conhecimentos científicos, tais crenças foram superadas, mas deram lugar a sentimentos ligados à vergonha e à culpa. Nos tempos atuais, para DOMINGUES, a masturbação tem passado a ser vista “como uma das formas de expressão sexual do ser humano, constituindo-se numa conduta saudável no processo de desenvolvimento sexual da criança e do adolescente”. No entanto, citando RODRIGUES Jr. (1993), DOMINGUES diferencia a maneira como a prática da masturbação é considerada para o sexo masculino – permitida - e para o sexo feminino – reprimida. O movimento feminista vem reivindicar para a mulher o direito de conhecer seu próprio corpo. Nos depoimentos dos adolescentes entrevistados, DOMINGUES observou que a masturbação é vista como fazendo parte tanto do auto-conhecimento quanto da busca do prazer, independente do sexo e do segmento social, sendo verbalizada sem constrangimentos. Porém, fora do contexto teórico, a masturbação é considerada com reservas, principalmente pela moral religiosa que ainda predomina na sociedade.

Desta relação de afirmações do questionário, foi esta a que mostrou maior diferença entre os alunos dos dois períodos ( $p=0,0001$ ): a mulher só se satisfaz se houver penetração. Entre os alunos do período diurno, 34,8% concordaram; entre os do noturno, a concordância foi de 41,8%. Parece que os alunos do noturno são realmente mais conservadores quanto às idéias sobre questões relacionadas à vida sexual.



## 6 CONCLUSÃO

A importância da prevenção da aids – após duas décadas de epidemia e com todos os avanços terapêuticos - e das doenças sexualmente transmissíveis continua sendo um tema importante e atual.

Pelo presente estudo, que procurou avaliar o nível de informação de estudantes do Ensino Médio em conhecimentos sobre DST e aids, observou-se que eles reconhecem satisfatoriamente as principais DST e têm bom nível de informação sobre suas formas de transmissão. Além disso, vêem a camisinha como um bom meio de proteção.

Entretanto, observaram-se algumas deficiências de conhecimentos:

- A maioria dos alunos (76,9%) não reconhece hepatite B como DST.
- Há noções equivocadas quanto ao risco de transmissão da aids por meio do sangue menstrual, da doação de sangue, do uso do barbeador e em relação à transmissão vertical.
- Uma expressiva porcentagem de alunos aponta a pílula anticoncepcional (22,3%) e a confiança no parceiro (40,7%) como meios de proteção.
- Para 25,4% dos alunos, a aids pode ser tratada e curada se descoberta a tempo.

Estas deficiências devem ser levadas em conta no planejamento das ações preventivas, com reforço de informações corretas e esclarecimentos adequados.

Os temas referentes a relação sexual, orgasmo e masturbação merecem uma abordagem mais aprofundada, considerando-se a diferença de conhecimentos entre os sexos e entre os vários grupos etários.

Comparando-se os grupos de alunos – os do período diurno com os do noturno - observam-se diferenças significativas quanto às características demográficas e sócio-econômicas, aos conhecimentos e a algumas questões que sugerem maior vulnerabilidade.

Os alunos do período diurno, em sua maioria mulheres, são mais jovens, têm mais acesso a bens de consumo, lêem mais, assistem à televisão e vão mais ao cinema que os do período noturno. Também são mais capazes de reconhecer como DST as doenças relacionadas no questionário (exceto a hepatite B), de identificar a diminuição do número de parceiros como fator de proteção e de apontar o risco de relações sexuais sem camisinha ou com pessoa soropositiva. Por outro lado, têm mais vergonha de comprar preservativos e apontam a pílula anticoncepcional como meio de prevenção. Para conversar sobre sexo, preferem os pais.

Entre os alunos do período noturno, as questões relacionadas ao nível sócio-econômico sugerem maiores dificuldades de vida: eles trabalham mais e divertem-se menos. Açam que a camisinha custa caro, e também que ela compromete a relação

sexual. Talvez por serem mais velhos, parecem possuir melhores conhecimentos sobre algumas formas ou riscos de transmissão de DST/aids, como o uso do barbeador de outra pessoa, o sangue menstrual, a própria presença de outra DST e a penetração anal. Por outro lado, apontam, mais que os alunos do diurno, os homossexuais como os maiores responsáveis pela aids, sugerindo maior preconceito. Também atribuem idade mais precoce para a primeira relação sexual, para ambos os sexos. Preferem, para conversar sobre sexo, os amigos do mesmo sexo.

Para enfrentar o desafio da prevenção da aids (e das DST, já que as formas de prevenção valem para ambas), a transmissão de informações corretas é condição necessária, mas não suficiente, para que o educando seja o sujeito de suas ações e de suas escolhas, dentre as quais a adoção de comportamentos de prevenção. Considerar os aspectos coletivos e sociais que produzem a vulnerabilidade, estimular a reflexão a partir da realidade, compartilhar experiências, envolver a comunidade – são condições para o sucesso do trabalho de prevenção. O estudo mostra que os contextos sócio-culturais dos alunos dos períodos diurno e noturno são diferentes; portanto, as estratégias de prevenção devem respeitar essas diferenças, adequando tanto a forma quanto o conteúdo das ações.

Levando-se em conta a precocidade do início da vida sexual, é recomendável que as ações educativas se dirijam também aos alunos do Ensino Fundamental.

## REFERÊNCIAS

Ayres JRCM, Calazans GJ, França Junior I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS. In: **Seminário Gravidez na Adolescência**; 30 e 31/7/98; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998. p. 97-109.

Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunic Saúde Educ** 2002; 6: 11-23.

Antunes MC. **Influências das Normas de Gênero na Prevenção de Aids: Avaliando um Modelo Educativo para Jovens**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].

Arruda LHF. **Avaliação do Conhecimento sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis entre Escolares do II Grau no Município de Francisco Morato pela Técnica da Inteligência Artificial**. São Paulo; 1993. [Tese de Mestrado – Departamento de Dermatologia – Escola Paulista de Medicina da UNIFESP].

Babin V. **Guy de Maupassant – Contes et Nouvelles**. Tours (France): Les Grands Classiques Nathan – Mame Imprimeurs; 1990.

Barros LMR. **Perfil de Adolescentes Assistidas em uma Maternidade do Município de São Paulo**. São Paulo; 1995. [Tese de Mestrado em Enfermagem – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo].

Belda W., coordenador. **Doenças Sexualmente Transmissíveis (matéria originalmente produzida para a revista Ars Cvrandi)** – São Paulo: Eleá Ciência Editorial; 1986.

Berquó E, Souza MR. **Conhecimento e uso do condom: anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis**. Campinas: UNICAMP, Núcleo de Estudos de População; 1991.

Berquó E, coordenadora. **Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS**. Ministério da Saúde / Secretaria de Políticas de Saúde / Coordenação Nacional de DST e Aids / CEBRAP. Série Avaliação – n. 4. Brasília: Editora Parma Ltda.; 2000.

Bogaski NT, Schirmer J, Barbieri M. A prevenção das DST/aids entre adolescentes. **Acta Paul Enf** 2000; 13(1): 18-26.

Bueno SMV, Costa JC da, Borelli O de C, Bueno LV. **Educação para Promoção da Saúde Sexual / DST-AIDS**. Ribeirão Preto (SP): Villimpress; 1995.

Cadernos UNESCO Brasil. Série Educação para a Saúde. **AIDS: o que pensam os jovens**. Brasília 2002; 1.

Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Centro de Vigilância Epidemiológica “Alexandre Vranjac”. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Boletim Epidemiológico**. São Paulo, 2003. Ano V, n. 1.

Courtecuisse V. **L'Adolescence – Les Années Métamorphose**. Paris: Marabout; 1992.

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].

Dolivo M, Henry-Suchet J, Orfila J, Eb F. **Maladies Transmises par Voies Sexuelles**. 2<sup>o</sup> éd. Paris: Masson, 1992, 1997.

Domingues CMAS. **Identidade e Sexualidade no Discurso Adolescente**. São Paulo; 1997. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

**2<sup>o</sup>. Encontro de Adolescentes – Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza**. São Paulo, 1990.

Brasil. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Planilha para Operacionalização. Título II – Capítulo I “Do Direito à Vida e Saúde. Título II – Capítulo IV “Do Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer. Centro de Estudos do Crescimento e Desenvolvimento do Ser Humano – CDH”. Convênio CDH/CBIA/SP. Gráfica Palas Athena. São Paulo, 1992.

Gojman I. Promoción de salud en la escuela. In: Maddaleno M et al. **La salud del adolescente y del joven**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1995. (OPAS – Publicación Científica no. 552). p. 46-56.

Goldstein E, Wrubel J, Faigeles B and DeCarlo P. Sources of Information for HIV Prevention Program Managers: A National Survey. **AIDS Education and Prevention** 1998; 10(1), 63-74.

Germano MIS. **Ações de Promoção da Saúde Relacionadas à Prevenção da Aids em Unidades do Sistema Estadual de Ensino de São Paulo**. São Paulo; 1998. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Henriques-Mueller MH, Yunes J. Adolescência: Equivocações y Esperanças. **Genero, Mujer y Salud en las Americas**. In: Washington (D.C.): Organización Panamericana de la Salud; 1993. (OPAS - Publicación Científica. No. 541, p. 46-67).

Jiménez ALJ. **Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis: Associação com Variáveis Econômicas, Sociais e Demográficas**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Lago de Santana BT; Góes Siqueira LF; Queiroz dos Santos MF; Lang D; Belda W. Observações sobre a Frequência de Doenças Sexualmente Transmissíveis entre Hetero e Homossexuais Atendidos em uma Unidade Sanitária de São Paulo (Brasil). **Revista Ibero-Latinoamericana de E.T.S.** 1988; ano 2, no. 3. p. 29-39.

Lefèvre F. **Estatuto: da utopia ao cotidiano**. Saber Plural. Projeto de Pesquisa Integrado junto ao CNPq. O Discurso Fragmentalista da Ciência e a Crise de Paradigmas. ECA/USP/CNPq. 1994.

Leite EB. **O Futuro Comprometido: a Mortalidade de Adolescentes e Jovens no Estado de São Paulo, 1979-1995**. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Lopes F. **Prevalência de HIV, HPV e Sífilis na Penitenciária Feminina da Capital**. São Paulo; 1997-1998. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Mandú ENT, Corrêa ACP, Vieira MA. Conhecimentos, valores e vivências de adolescentes acerca das doenças de transmissão sexual e aids. **Rev Bras Cresc Desenv Hum** 2000; 10(1): 74-90.

Mandú ENT, Corrêa ACP. Educação sexual formal na adolescência: contribuições à construção de projetos educativos. **Acta Paul Enf** 2000; v.13,n. 1, 27-37.

Mertens TE, MD, PhD and Carael M. Evaluation of HIV/STD Prevention, Care and Support: An Update on WHO's Approaches. **AIDS Education and Prevention** 1997; 9:2, 133-45.

Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2.ed. Brasília, 1997.

Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Manual do Multiplicador: Adolescente**. 2. ed. Brasília, 1997.

Ministério da Saúde / Secretaria de Políticas de Saúde / Coordenação Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico – Aids**. Ano XIII, no. 03, dezembro de 2000. Brasília, 2001.

Ministério da Saúde / Secretaria de Políticas de Saúde / Coordenação Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico – Aids**. Ano XVI, no. 01, março a dezembro de 2002. Brasília, 2003a.

Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Dados e Pesquisas em DST e Aids** [on line]. Brasília (DF); 2003b. Disponível em <URL: <http://www.aids.gov.br/final/dados/dst.htm>> [2003 mai 11]

ONUSIDA. **Forces du Changement: Avec les Jeunes, en Campagne Contre le Sida – Campagne Mondiale contre le Sida 1998: Document d'Information**. Genebra: 1998. 14 p.

Paiva V. **“Fazendo Arte com a Camisinha”**: A História de um Projeto de Prevenção da Aids para Jovens. São Paulo; 1996. [Tese de Doutorado - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].

Paiva V. **Fazendo arte com a camisinha**. São Paulo: Summus; 2000.

Paiva V, Peres C, Blessa C. Jovens e adolescentes em tempos de aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicol USP** [on line] 2002; 13 (1): 55-78. Disponível na World Wide Web: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100004&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100004&Ing=pt&nrm=iso) [2003 mai 22]

Paris (França): **Les jeunes, le sida, les maladies sexuellement transmissibles (MST) et la sexualité**. Paris: 1990. [Trabalho de Campo Multiprofissional – INSERM U292-U88 & Services de Santé Scolaire des Yvelines, des Hauts de Seine et du Val d’Oise]

Passos MRL. **Doenças Sexualmente Transmissíveis – Se educar, dá para evitar!** 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora RevinteR Ltda., 2001.

Peres F. **Adolescência: em Busca dos Sujeitos Sociais**. São Paulo; 1995. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Petri V. Aids e adolescência. In: Saito MI e Silva LEV. **Adolescência – Prevenção e Risco**. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. p. 351-61.

Pilon AF. O jovem e seu projeto de vida. **Rev Saúde Pública** 1986; 20(3): 246-52.

Ramirez-Valles J, Zimmerman MA & Newcomb MD. Sexual Risk Behavior Among Youth: Modeling the Influence of Prosocial Activities and Socioeconomic Factors. **Journal of Health and Social Behavior** 1998; 39 (September): 237-53.

Rosen G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Unesp; 1994.

Rouquayrol MZ, Veras FMF, Façanha MC. Doenças transmissíveis e modos de transmissão. In: Rouquayrol MZ e Almeida Filho N. **Epidemiologia & Saúde**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p.215-69.

Sá CAM, Passos MRL, Kalil RS. **Sexualidade Humana**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora RevinteR Ltda., 2000.

Saggese EG. **Adolescência – As Ideologias das Teorias**. Rio de Janeiro; 1983. [Dissertação de Mestrado – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro].

Saito FJA. Doenças sexualmente transmissíveis e saúde reprodutiva na adolescência. In: Saito MI e Silva LEV. **Adolescência – Prevenção e Risco**. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. p. 323-49.

Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão. In: Saito MI e Silva LEV. **Adolescência – Prevenção e Risco**. São Paulo: Editora Atheneu; 2001a. p. 33-38.

Saito MI. Visão histórica da sexualidade: reflexões e desafios. In: Saito MI e Silva LEV. **Adolescência – Prevenção e Risco**. São Paulo: Editora Atheneu; 2001b. p. 121-7.

Salazar Rojas D. Adolescencia, cultura y salud. In: Maddaleno M et al., editores. **La salud del adolescente y del joven**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1995. (OPAS – Publicación Científica No. 552) p. 15-26.

Schor N. **Adolescência e Anticoncepção – Conhecimento e Uso**. São Paulo; 1995. [Tese de Livre-Docência – Faculdade de Saúde Pública da USP.]

Secretaria da Educação – Estado de São Paulo. **Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. Sexualidade Humana – Uma Abordagem Curricular com Enfoque Educativo**. São Paulo, SE/CENP, 1984. Vol. 1.

Secretaria Municipal de Saúde – São Paulo-SP. **População residente por grupos de idade e sexo – Distritos Municipais: 2000**. São Paulo; 2002.

Serrano VS. La salud integral de los adolescentes y los jóvenes: su promoción y su cuidado. In: Maddaleno M et al., editores. **La salud del adolescente y del joven**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1995. (OPAS – Publicación Científica No. 552) p. 3-14.



Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM. **Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro; 1999.

Takiuti AD. **Contribuição ao Estudo de um Modelo de Atendimento à Adolescente no Sistema Público de Saúde.** São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da USP.

Temporini ER, Piovesan A, Santos Filho E, Carvalho GCM, Federman M, Silva OMP, Cardoso STC, Perrenoud BAF. Prevenção da aids: percepções de estudantes universitários relacionadas à transmissão sexual. **Rev Bras Saúde Esc** 1996; 4(3/4): 64-71.

World Health Organization. WHO Information. **Les Maladies Sexuellement Transmissibles.** [on line] Aide-mémoire 110. Mars 1996. Available from: <URL:<http://www.who.int/inf-fs/fr/am110.html>> [2003 mai 11]

World Health Organization. WHO Information. **Les Maladies Sexuellement Transmissibles – Les Jeunes.** [on line] Aide-mémoire . 186. Décembre 1997. Available from: <URL:<http://www.who.int/inf-fs/fr/am186.html>> [2003 mai 11]

**ANEXO 1**

**(QUESTIONÁRIO)**

**CENTRO DE REFERÊNCIA EM DST/AIDS JABAQUARA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**PROJETO: PREVENÇÃO DE AIDS PARA ADOLESCENTES  
PROGRAMA DE COOPERAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA BRASIL-FRANÇA  
FEVEREIRO/2000**

O questionário aqui apresentado é anônimo (não assine nem escreva seu nome) e sigiloso. Ele trata de suas opiniões e seus conhecimentos sobre a aids, as DST (doenças sexualmente transmissíveis) e a sexualidade.

As informações originadas do presente questionário serão utilizadas para orientar o trabalho de prevenção da aids e das DST.

Ao responder às perguntas, faça-o com atenção, seguindo as orientações que são fornecidas em cada questão. Não se espera uma resposta aprofundada, e sim a sua reação espontânea às questões que lhe são propostas.

Agradecemos a sua participação nesta pesquisa.

COMPLETE AS INFORMAÇÕES QUE SE SEGUEM:

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

ANO DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO

ESCOLA: \_\_\_\_\_

SÉRIE: \_\_\_\_\_

MORADIA: Coloque os números nos itens que se seguem:

\_\_\_\_\_ banheiro (s) \_\_\_\_\_ quarto (s) \_\_\_\_\_ televisor (es) \_\_\_\_\_ videocassete (s)

Moram \_\_\_\_\_ adultos, \_\_\_\_\_ adolescentes e \_\_\_\_\_ crianças.

Assinale com um X o que existe em sua casa:

( ) TV a cabo ( ) computador ( ) videogame ( ) internet ( ) Carro (s)

FAMÍLIA: São \_\_\_\_\_ irmãos (contando com você).

Pela ordem de idade, você é o 1º 2º 3º 4º 5º \_\_\_\_\_ (circule).

VOCÊ TRABALHA?

( ) NÃO

( ) SIM Ocupação: \_\_\_\_\_

Renda mensal: \_\_\_\_\_

LAZER: (marque X ou complete, conforme o caso)

Leitura: ( ) jornal ( ) revistas ( ) livros ( ) outros: \_\_\_\_\_

Cinema: ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_ vezes/mês

Filme preferido: \_\_\_\_\_

Televisão: ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_ horas/dia

Programa preferido: \_\_\_\_\_

Passeios: \_\_\_\_\_

Dança: \_\_\_\_\_

PAI: idade: \_\_\_\_\_ anos Estado de origem: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

MÃE: idade: \_\_\_\_\_ anos Estado de origem: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

RESPONDA ÀS QUESTÕES SEGUINTE:

1. As doenças relacionadas a seguir são DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis):

	SIM	NÃO
Aids	( )	( )
Hepatite B	( )	( )
Gonorréia	( )	( )
Diarréia	( )	( )
Sífilis	( )	( )

2. O vírus da aids pode ser transmitido:

	SIM	NÃO
Em relações sexuais com pessoas soropositivas	( )	( )
Beijando uma pessoa soropositiva	( )	( )
Em picadas para se injetar drogas	( )	( )
Em piscinas	( )	( )
Usando o barbeador de uma pessoa soropositiva	( )	( )

3. Assinale com um X a situação em que há risco de se pegar aids:

- ( ) relação sexual sem camisinha
- ( ) uso de banheiros públicos
- ( ) picada de mosquito
- ( ) doação de sangue
- ( ) tratamento dentário

4. Se uma mulher grávida é soropositiva, o filho dela:

- será com certeza doente de aids
- será talvez doente de aids
- não será doente de aids

5. As afirmações seguintes são referentes ao preservativo (camisinha). Responda se você concorda ou não:

	CONCORDO	NÃO CONCORDO
O menino é que deve propor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É muito caro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Quebra o clima</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menina é que deve propor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá vergonha quando se vai comprar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Quanto à anticoncepção (evitar gravidez), assinale se você concorda ou não:

	CONCORDO	NÃO CONCORDO
É problema das mulheres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidez não é problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os homens é que devem preocupar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O melhor meio é a pílula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O melhor meio é a camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Para você, uma menina que tem sempre preservativos com ela é uma menina (assinale uma só alternativa):

- prevenida
- desconfiada
- infiel
- “galinha”

8. Para você, um menino que tem sempre preservativos com ele é um menino (assinale uma só alternativa):

- infiel
- “galinha”
- prevenido
- desconfiado

9. Para falar sobre sexo, é melhor conversar com (assinale uma só alternativa):

- amigos do mesmo sexo que eu
- os pais
- outros adultos (que não os pais)
- amigos do sexo oposto ao meu
- prefiro não conversar

10. Entre as pessoas da sua faixa de idade, os meninos têm sua primeira relação sexual aos \_\_\_\_\_ anos, e as meninas, aos \_\_\_\_\_ anos.

11. O que leva alguém a ter sua primeira relação sexual é (assinale uma só alternativa):

- o amor
- o medo de perder a pessoa com quem se está junto
- atração física
- querer fazer o que os outros fazem
- outra razão: \_\_\_\_\_

12. Pessoas da sua idade que nunca tiveram relações sexuais, é porque (assinale uma só alternativa):

- não encontraram a pessoa certa
- têm medo de gravidez
- têm medo de doenças
- os pais não aprovavam
- outra razão: \_\_\_\_\_

13. As experiências sexuais mais frequentes são, para pessoas da sua idade (assinale uma ou mais alternativas):

- abraços e beijos
- carinhos da cintura para cima
- relação sexual com penetração
- carinhos da cintura para baixo
- outros: \_\_\_\_\_

14. Sua opinião sobre relação sexual é (assinale com um X se você concordar):

	SIM	NÃO
O homem só se satisfaz se houver penetração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masturbação pode satisfazer o homem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Só existe orgasmo se houver penetração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A mulher só se satisfaz se houver penetração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A mulher pode se satisfazer com masturbação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Entre as alternativas abaixo, assinale com um X as que você considera úteis para evitar aids e DST:

- evitar relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo
- confiar na pessoa com quem se relaciona
- diminuir o número de parceiros sexuais
- evitar relação sexual com penetração vaginal
- evitar relação sexual com penetração anal

16. Marque com um X os meios que você considera válidos para evitar aids e DST (uma ou mais alternativas):

- pílula anticoncepcional
- camisinha feminina
- D.I.U. (dispositivo intra-uterino)
- camisinha masculina
- diafragma



17. Para cada afirmação que vem a seguir, marque CERTO ou ERRADO:

	CERTO	ERRADO
Descoberta a tempo, a aids pode ser tratada e curada	( )	( )
Pessoas com DST têm maior risco de pegar aids	( )	( )
Existe vacina para evitar hepatite B	( )	( )
Usuários de drogas injetáveis têm maior risco de pegar aids	( )	( )
<i>Sífilis é uma DST que se cura sem tratamento</i>	( )	( )
Os homossexuais são os maiores responsáveis pela aids	( )	( )
Com a descoberta de novos medicamentos, já não se morre de aids	( )	( )
O sangue da menstruação aumenta o risco de aids	( )	( )
Os adolescentes já sabem tudo sobre a aids	( )	( )

18. Utilize o espaço abaixo para escrever sua opinião sobre como se deve fazer a prevenção da aids e das DST.

## **ANEXO 2**

**(VARIÁVEIS DE ESTUDO – NORMAS PARA DIGITAÇÃO)**

## Variáveis de estudo

### Normas para digitação

#### 1. Período de estudo:

Nas escolas existem três períodos: matutino, vespertino e noturno. Para este estudo, consideram-se dois períodos: o **diurno**, que engloba o *matutino* e o *vespertino*, e o **noturno**. Usam-se as letras **D** para diurno e **N** para noturno, sendo que estas letras já constam da etiqueta colocada na pasta correspondente à classe. Logo no início de cada questionário, digitam-se quatro caracteres, como segue:

Letra inicial do nome da escola	V ou A ou M ou C
Número correspondente à série	1 ou 2 ou 3
Letra correspondente à classe	A, B, C ...
Letra correspondente ao período	<b>D, M, T, V</b> -- dependendo de como a escola denomina o período (D = diurno; M = matutino; T = tarde; V = vespertino) para período <b>DIURNO</b> <b>N</b> - para período <b>NOTURNO</b>

Para as variáveis a seguir, colocam-se as explicações e a forma segundo a qual se convencionou digitar a informação obtida. Cada variável possui um código alfa-numérico para entrada no banco de dados.

As letras utilizadas nas respostas não válidas são:

**A (anulou):** rabiscou; contrariou orientações (ex: marcou mais de uma alternativa quando a orientação era escolher apenas uma; marcou “sim” E “não” ou “certo” E “errado”, para a mesma pergunta).

**NR (não respondeu):** recusa manifestada em responder.

**B (branco):** deixou a questão toda em branco, sendo possível verificar que o aluno nem ao menos tocou na questão.

Os quadros a seguir mostram a codificação para as respostas:

2. Variáveis sócio-demográficas:

Variável	Resposta	Código de resposta	
		Válida	Não válida
Idade	Ano de nascimento	Ano ( _ _ )	A, NR, B
Sexo	Masculino ou feminino	M ou F	A, NR, B
Ocupação	Trabalho – (X) sim ou não	S ou N	A, NR, B
TV a cabo	(X)=sim, branco=não	S ou N	A, NR, B
Computador	(X)=sim, branco=não	S ou N	A, NR, B
Videogame	(X)=sim, branco=não	S ou N	A, NR, B
Internet	(X)=sim, branco=não	S ou N	A, NR, B
Carro	(X)=sim, branco=não	S ou N	A, NR, B
Leitura de jornal	(X)=sim, branco=não	S ou N	A, NR, B
Leitura de revistas	(X)=sim, branco=não	S ou N	A, NR, B
Leitura de livros	(X)=sim, branco=não	S ou N	A, NR, B
Televisão	(X)=sim, branco=não	S ou N	A, NR, B
Cinema	(X)=sim, branco=não	S ou N	A, NR, B

3. Variáveis referentes à capacidade de reconhecer, em uma relação de cinco doenças, as que são sexualmente transmissíveis:

Variável	Resposta	Código	
		válida	não válida
Aids	(X) = sim ou (X) = não	S ou N	A, NR, B
Hepatite B	(X) = sim ou (X) = não	S ou N	A, NR, B
Gonorréia	(X) = sim ou (X) = não	S ou N	A, NR, B
Diarréia	(X) = sim ou (X) = não	S ou N	A, NR, B
Sífilis	(X) = sim ou (X) = não	S ou N	A, NR, B

4. Variáveis referentes à capacidade de reconhecer formas de transmissão da aids:

Variável	Resposta	Código	
		Válida	Não válida
Filho de mulher soropositiva será doente de aids:	Obs: (marcar uma só alternativa)		
Sim, com certeza	(X) sim ou não	S ou N	A, NR, B
Talvez	(X) sim ou não	S ou N	A, NR, B
Não	(X) sim ou não	S ou N	A, NR, B
Aids e DST se transmitem por:			
1. rel.sex. com pessoas soropositivas	(X) sim ou não	S ou N	A, NR, B
2. beijando pessoa soropositiva	(X) sim ou não	S ou N	A, NR, B
3. em picadas para se injetar drogas	(X) sim ou não	S ou N	A, NR, B
4. em piscinas	(X) sim ou não	S ou N	A, NR, B
5. usando barbeador de soropositivo	(X) sim ou não	S ou N	A, NR, B
6. rel. sexual sem camisinha	(X)=sim ( )=não	S ou N	A, NR, B
7. uso de banheiros públicos	(X)=sim ( )=não	S ou N	A, NR, B
8. picada de mosquito	(X)=sim ( )=não	S ou N	A, NR, B
9. doação de sangue	(X)=sim ( )=não	S ou N	A, NR, B
10. tratamento dentário	(X)=sim ( )=não	S ou N	A, NR, B
Marcar CERTO ou ERRADO (se há aumento do risco de pegar aids):			
1. pessoas com DST	Certo ou Errado	C ou E	A, NR, B
2. usuários de drogas injetáveis	Certo ou Errado	C ou E	A, NR, B
3. Sangue menstrual	Certo ou Errado	C ou E	A, NR, B

5. Variáveis referentes à camisinha masculina:

Variável	Resposta	Código	
		Válida	Não válida
Sobre a camisinha:			
1. é muito cara	Concordo ou Não Concordo	C ou N	A, NR, B
2. quebra o clima	Concordo ou Não Concordo	C ou N	A, NR, B
3. vergonha de comprar	Concordo ou Não Concordo	C ou N	A, NR, B
Menina que carrega preservativos é:			
1. desconfiada	X=sim*	S ou N	A, NR, B
2. "galinha"	X=sim*	S ou N	A, NR, B
3. infiel	X=sim*	S ou N	A, NR, B
4. prevenida	X=sim*	S ou N	A, NR, B
	*: se as outras 3 estão em branco. Se não, X=A.		
Menino que carrega preservativos é:			
1. desconfiado	X=sim*	S ou N	A, NR, B
2. "galinha"	X=sim*	S ou N	A, NR, B
3. infiel	X=sim*	S ou N	A, NR, B
4. prevenido	X=sim*	S ou N	A, NR, B
	*: se as outras 3 estão em branco. Se não, X=A.		

6. Variáveis referentes aos conhecimentos sobre formas de prevenção de aids e DST:

Variável	Resposta	Código	
		Válida	Não válida
1. evitar rel.sex.entre pessoas do mesmo sexo	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
2. confiar na pessoa com quem se relaciona	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
3. diminuir o no. de parceiros sexuais	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
4. evitar rel.sex. com penetração vaginal	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
5. evitar rel.sex. com penetração anal	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
6. pílula anticoncepcional	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
7. camisinha feminina	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
8. DIU	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
9. camisinha masculina	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
10. diafragma	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
11. existe vacina para evitar hepatite B	CERTO ou ERRADO	C ou E	A, NR, B

7. Variáveis referentes a conhecimentos sobre a aids como doença:

Variável	Resposta	Código	
		Válida	Não válida
Descoberta a tempo, a aids pode ser tratada e curada	CERTO ou ERRADO	C ou E	A, NR, B
Os homossexuais são os maiores responsáveis pela aids	CERTO ou ERRADO	C ou E	A, NR, B
Com novos medicamentos, já não se morre de aids	CERTO ou ERRADO	C ou E	A, NR, B

8. Variáveis sobre sexualidade e vida sexual:

Variável	resposta	Código	
		válida	Não válida
1. meninos têm a 1ª. relação sexual aos:	Idade em anos	Idade em anos	A, NR, B
2. meninas têm a 1ª. relação sexual aos:	Idade em anos	Idade em anos	A, NR, B
3. interlocutor preferido para conversar sobre sexo	Obs: marcar uma só alternativa. Se marcou mais que uma = A para todas as alternativas.		
3.1 amigos do mesmo sexo	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
3.2 os pais	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
3.3 outros adultos	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
3.4 amigos do sexo oposto	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
3.5 prefere não conversar	(X)=sim ()=não	S ou N	A, NR, B
4. motivo que leva alguém a ter sua 1ª. relação sexual	Obs: marcar uma só alternativa. Se marcou mais que uma = A para todas as alternativas. Se marcou uma = S para esta e N para as outras alternativas.		
4.1 o amor	(X) AM	AM ou N	A, NR, B
4.2 medo de perder a pessoa	(X) M	M ou N	A, NR, B
4.3 atração física	(X) AF	AF ou N	A, NR, B
4.4 querer fazer como os outros	(X) Q	Q ou N	A, NR, B
4.5 outra razão	(X) questão aberta	Texto ou N	A, NR, B
5. motivo para não ter tido a 1ª. relação sexual	Obs: marcar uma só alternativa. Se marcou mais que uma = A para todas as alternativas. Se marcou uma = S para esta e N para as outras alternativas.		
5.1 não encontrou a pessoa certa	(X) PC	PC ou N	A, NR, B
5.2 medo de gravidez	(X) GR	GR ou N	A, NR, B
5.3 medo de doenças	(X) MD	MD ou N	A, NR, B
5.4 pais não aprovaram	(X) PN	PN ou N	A, NR, B
5.5 outra razão	(X) questão aberta	Texto ou N	A, NR, B

9. Opiniões sobre relação sexual:

Variável	Resposta	Código	
		Válida	Não válida
Homem só se satisfaz com penetração	Sim ou Não	S ou N	A, NR, B
Masturbação pode satisfazer o homem	Sim ou Não	S ou N	A, NR, B
Só existe orgasmo se houver penetração	Sim ou Não	S ou N	A, NR, B
Mulher só se satisfaz com penetração	Sim ou Não	S ou N	A, NR, B
Mulher pode se satisfazer com masturbação	Sim ou Não	S ou N	A, NR, B