



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

TESE DE DOUTORADO

**Comportamento sexual de risco em
estudantes de um Curso de Medicina**

Júlio César Soares Aragão

Orientadora:

Prof^ª. Claudia de Souza Lopes

Co-orientador:

Prof. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos

Comportamento sexual de risco em estudantes de um Curso de Medicina

Júlio César Soares Aragão

TESE DE DOUTORADO APRESENTADA COM
REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO
GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE COLETIVA –
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM
EPIDEMIOLOGIA DO INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO

Orientadora: Claudia de Souza Lopes

Co-Orientador: Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos

Rio de Janeiro, Maio de 2007

A659 Aragão, Júlio César Soares.

Comportamento sexual de risco em estudantes de um curso de medicina / Júlio César Soares Aragão. – 2007.

91f.

Orientadora: Claudia de Souza Lopes.

Co-orientador: Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Estudantes de medicina – Comportamento sexual – Teses. 2. Doenças sexualmente transmissíveis – Prevenção – Teses. 3. Estudantes de medicina – Uso de drogas – Teses. 4.– Teses. I. Lopes, Claudia de Souza. II. Bastos, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614.253.4:159.922.1

Para Dauro, Stella e Júlia.
Mais que filhos, companheiros para a vida toda

A Deus, por ter me presenteado com uma vida cheia de realizações e muitas conquistas.

Aos meus alunos do Curso de Medicina do UniFOA, não apenas por me autorizarem a estudar suas “intimidades”, mas principalmente por me deixarem fazer parte de suas vidas.

Ao professor Júlio Pereira Gomes (*in memoriam*) por ter me oferecido ensino, modelo e amizade inesquecíveis.

À professora Claudia Lopes, por oferecer serenidade, paciência e disciplina na medida e hora exatas em que foram necessárias.

Ao professor Francisco Pinkusfeld, que disponibilizou conhecimentos e bom humor imensuráveis ao nosso projeto.

A Simone, esposa e companheira sem igual.

Ao Centro Universitário de Volta Redonda, instituição que me acolheu primeiramente como aluno, e na qual agora tenho a honra de ser professor.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IMS, pelo apoio, seriedade e profissionalismo que oferecem aos seus alunos.

Aos funcionários do IMS, sempre disponíveis e acolhedores.

A Aparecida Regina (“Cidinha”) minha amiga e secretária, que me acompanhou durante todo o processo e me encorajou nas horas de desespero.

Aos meus pais, Terezinha e Dauro pelo apoio incondicional que sempre me oferecem.

Às minhas irmãs, Maria Tereza e Juliana, que simplesmente por existirem tornam minha vida melhor.

À professora Lara Nowak, cuja criatividade e brilhantismo conceberam o gérmen do presente projeto.

A todos que ofereceram, das maneiras mais variadas, apoio à realização do presente trabalho.

"Não me pergunte quem sou e não me
diga para permanecer o mesmo"

Michel Foucault

SUMÁRIO

Resumo	9
Abstract.....	10
INTRODUÇÃO	1
O HIV/AIDS e as IST	2
O Preservativo.....	6
Os universitários e o comportamento sexual de risco	7
As substâncias psicoativas e comportamento sexual de risco	9
JUSTIFICATIVA	12
OBJETIVOS	13
Objetivo Geral.....	13
Objetivos Específicos.....	13
HIPÓTESES	14
MODELO TEÓRICO	15
METODOLOGIA	16
Desenho do Estudo	16
População de Estudo	16
Instrumento	16
Banco de Dados	17
Variáveis do Estudo	17
Análise dos dados	20
Aspectos éticos	20
Artigos	21
ARTIGO 01	22
Resumo	23
Abstract.....	24
Método:.....	27
Resultados:.....	29
Discussão:	30
Referencias:	33
Tabelas.....	38
ARTIGO 02	42
Resumo	43
Abstract.....	44
Introdução	45
Método.....	46
Resultados.....	48
Discussão	49
Referências:	52
Tabelas.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXO 01 - Questionário.....	67
ANEXO 02 – Escala de Estágios de Mudança para Uso de preservativos	76
ANEXO 03 – Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Outras Substâncias (ASSIST)	77

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo teórico dos fatores associados ao uso do preservativo.....19

ARTIGO 01

Tabela 1 - Características sócio-demográficas em estudantes de Medicina de uma Universidade privada no interior do Estado do Rio de Janeiro..... 42

Tabela 2 - Características de comportamento sexual em estudantes de Medicina de uma Universidade privada no interior do Estado do Rio de Janeiro.....43

Tabela 3 - Uso do condom em estudantes de Medicina de uma Universidade privada no interior do Estado do Rio de Janeiro, segundo variáveis socio-econômicas e comportamento sexual.....44

Tabela 4 - Razões de Prevalência para ausência de uso consistente do preservativo em estudantes de Medicina de uma Universidade privada no interior do Estado do Rio de Janeiro, segundo parceria fixa e Relacionamentos ocasionais, ajustados por Sexo, Idade e Renda *per capita* familiar.....45

ARTIGO 02

Tabela 1 - Prevalência de Risco ou Dependência de substâncias químicas em estudantes de um Curso de Medicina de uma Universidade do interior do Estado do Rio de Janeiro.....65

Tabela 2 - Uso do condom em estudantes de um Curso de Medicina de uma Universidade do interior do Estado do Rio de Janeiro, segundo uso de substâncias psicoativas.....66

Tabela 3 - Razões de Prevalência para ausência de uso consistente do preservativo em estudantes de um Curso de Medicina de uma Universidade do interior do Estado do Rio de Janeiro, segundo Risco ou Dependência para Maconha e Drogas Ilícitas, ajustados por Sexo, Idade e Renda *per capita* familiar.....67

Resumo

O uso consistente de preservativos constitui a principal estratégia de prevenção da AIDS, bem como de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Neste contexto, o perfil de uso de preservativos em estudantes de medicina é de especial interesse, principalmente quando consideramos o papel de formadores de opinião desempenhado pelos profissionais médicos. Este estudo investiga o comportamento sexual e sua associação com o uso de preservativo entre estudantes de um curso de medicina e sua relação com abuso de substâncias psicoativas. Dados relativos a 643 estudantes do Curso de Medicina de uma universidade privada no interior do estado do Rio de Janeiro foram colhidos por meio de um questionário anônimo e auto-preenchível. As análises foram conduzidas utilizando-se a regressão de Poisson com variância robusta para o cálculo de razões de prevalência brutas e ajustadas. A maioria dos alunos respondeu já ter iniciado vida sexual (85,3% - n=641). O parceiro da primeira relação sexual foi, em sua maioria, o(a) namorado(a) (55,1%- n=301) e o local da coitarca mais freqüente foi a própria casa (27,0%- n=148). O método anticoncepcional mais freqüentemente utilizado na coitarca foi o preservativo (90,1%- n=429). Na análise bivariada, o fator que se mostrou mais estreitamente associado ao uso inconsistente do preservativo foi a presença de parceria estável, achado corroborado pela análise multivariada, após ajuste por sexo, idade e renda (RP =1,95 IC = 1,47 a 2,57). Estes achados são compatíveis com a hipótese de que indivíduos inseridos em parcerias estáveis têm uma menor percepção de risco, por suporem que a estabilidade de seus relacionamentos lhes conferiria proteção relativa contra as IST's. Em relação ao uso de substâncias, as maiores prevalências foram relativas ao Álcool (63,6% - n=405), Tabaco (28,2% - n=180) e Maconha (18,5% - n=119). A prevalência de uso inconsistente de preservativos foi 25% mais alta entre estudantes classificados sob risco ou dependência de maconha, quando comparados aos abstêmio e de baixo risco (RP= 1,25 - IC 95% 1,04-1,50), após ajuste por sexo idade e renda familiar. A prevalência de uso inconsistente de preservativos foi 25% mais alta entre estudantes classificados sob risco ou dependência de drogas ilícitas (compreendendo, simultaneamente, o consumo de maconha, cocaína, alucinógenos, ópio e inalantes) foi de 1,25, quando comparados aos abstêmio e de baixo risco (RP= 1,25 - IC 95% 1,04-1,49), após ajuste por sexo idade e renda familiar. Embora a associação entre uso inconsistente de preservativos e TMC não tenha sido evidenciada, esta associação foi observada quanto ao consumo de drogas ilícitas. A percepção do risco desempenha um papel chave neste assunto, não somente por possibilitar o aumento à adesão ao uso do condom, mas também por diminuir o uso de drogas ilícitas.

Palavras chaves: sexualidade, preservativo, abuso de drogas

Abstract

The consistent use of condoms remains a paramount in AIDS (and other STD's) preventions strategies. In this context, medical students' condom use profile is of special interest, specially when we consider the opinion maker role of medical professionals in our society. The aim of the present article is to report data concerning sexual behavior and prevalence of condom use of medical students of a Brazilian private medical school in Rio de Janeiro State and its association with substance abuse. Data upon 643 medical students was collected by means of an anonymous and self-administered questionnaire. Analysis were conducted by means of Poisson regression with robust variance estimation of raw and adjusted prevalence ratios. The majority of students had initiated sexual activity (85,3% - n=641). The most common partner in sexual debut was (girl) boyfriend (55,1% - n=301) and the most frequent location was their own home (27,0% - n=148). Contraception in sexual debut was represented mainly by condom use (90,1% - n=429). In bivariate analysis, presence of a stable partner was the most associated factor to inconsistent condom use, association that was also confirmed by multivariate analysis (RP =1,85 IC 95% = 1,44 a 2,37). These findings are consistent with the hypothesis that individuals with stable partnerships have a diminished risk perception, by supposing that the stability of their relationships confers them some kind of protection against STD's. Prevalence of consistent condom use was 44,5% (n=207). As for substance abuse the higher incidences found were for alcohol (63,6% - n=405), tobacco (28,2% - n=180) and marijuana (18,5% - n=119). Prevalence of unconsistent condom use was 25% higher to students considered at risk or dependence for marijuana, when compared to non-users or low risk (PR= 1,25 - IC 95% 1,04-1,50), adjusted for sex, age and familiar income. Prevalence of unconsistent condom use was 25% higher to students considered at risk or dependence for illegal drugs (comprehending marijuana, cocaine, allucinogens and inhalants), when compared to non-users or low risk (PR= 1,25 - IC 95% 1,04-1,50), adjusted for sex, age and familiar income. Lower risk perception seems to play a key role in this subject, not only to increase condom use, but also to lower drug consumption.

Keywords: sexuality, condom, substance abuse

“O meu prazer agora é risco de vida”

Cazuza

O século XX foi um período de grandes revoluções em todas as áreas do relacionamento e desenvolvimento humano. A sociedade experimentou modificações, bem como o desenvolvimento tecnológico atingiu patamares nunca antes sonhados. Mudanças extraordinárias ocorreram em todos os campos de conhecimento. As relações de trabalho, gênero, políticas, sociais, religiosas, de lazer, produção, consumo, enfim, todas as áreas foram atingidas pelas mudanças ocorridas no século XX.

A sexualidade foi uma das áreas mais profundamente transformadas no âmbito da cultura ocidental do século passado. As mudanças nas relações de gênero, a introdução de métodos anticoncepcionais seguros e eficazes, o controle e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis bacterianas (como a gonorréia e a sífilis), entre tantas outras mudanças, trouxeram à tona uma sexualidade mais aflorada, a ser vivida e experimentada de forma diversa da vivência sexual construída sobre os padrões de repressão criados nos duros moldes da era vitoriana.

A reação conservadora viria calcada em um discurso biologicista e medicalizante. Embora as infecções bacterianas pudessem ser controladas ou tratadas, restavam ainda as infecções virais, como o herpes genital, o vírus do papiloma humano (HPV) e a hepatite B (posteriormente, ganharia também destaque a disseminação da hepatite C, onde, no entanto, a transmissão sexual é pouco relevante). Além disso, a emergência da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), no início da década de 1980, viria reforçar este discurso que clamava pela reformulação dos padrões da recém-conquistada sexualidade livre, conformando uma nova maré conservadora, que tem influenciado os padrões de relacionamento e a sexualidade neste início do século XXI.

O HIV/AIDS e as IST

Desde a descoberta da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS ou SIDA), em 1981, o mundo presenciou diferentes configurações da epidemia, e diferentes reações de diferentes segmentos da sociedade. A nova entidade nosológica foi denominada inicialmente “praga gay” (JAMES, 2004) e durante muito tempo seus portadores (pessoas afetadas pela infecção pelo HIV – o agente etiológico da AIDS – e/ou vivendo com AIDS) foram estigmatizados e várias autoridades conservadoras apontaram a epidemia como uma forma de punição (divina ou não) para homossexuais e prostitutas. Posteriormente, o conceito de *grupos de risco*, que incluiriam as pessoas sexualmente promíscuas, contribuiria mais ainda para a marginalização dos portadores do HIV. Em fevereiro de 1986, o presidente norte-americano Ronald Reagan, em mensagem ao Congresso, referiu-se à AIDS como problema de Saúde Pública e indicou como prioridade a necessidade de se prevenir a disseminação do vírus, face à inexistência de qualquer tratamento à época. Diferentes estratégias de prevenção, assim como inúmeras formas de tratamento foram propostas em diferentes épocas, nações e culturas desde então. Infelizmente, a despeito do imenso esforço

realizado, os resultados, tanto no âmbito da prevenção quanto do tratamento, ainda estão muito aquém do necessário para conter a disseminação do HIV.

A AIDS é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, VIH ou HIV, vírus que tem como estrutura genética apenas um filamento de Ácido Ribonucléico (RNA), ou seja, trata-se de um vírus que se replica transcrevendo seu RNA em ácido desoxirribonucléico (DNA), através da enzima transcriptase reversa, para então replicar novos fragmentos de RNA que formarão novos vírus. Esta é a característica que define a classe dos retrovírus.

Uma vez no organismo, o HIV se reproduz utilizando células do sistema imunológico conhecidas como Linfócitos CD4 ou T *helper*, que são responsáveis pelo reconhecimento de infecções e pela ativação das células imunológicas humanas. Com a redução das células CD4, o organismo fica mais susceptível a infecções, caracterizando a imunodeficiência que dá nome à síndrome.

A estimativa oficial é de 60 milhões de infectados desde o início da epidemia (1985), dos quais aproximadamente 20 milhões resultaram em óbito (UNAIDS, 2005), havendo aproximadamente 40 milhões de indivíduos infectados no mundo (UNAIDS, 2004). No Brasil, entre os anos de 1980 e 2004, foram diagnosticados 362.364 casos, dentre os quais ocorreram 160.834 mortes (BRASIL, 2004).

Complexas, tanto a síndrome quanto a epidemia de AIDS se revelaram como um desafio. As múltiplas terapias desenvolvidas até o presente momento, a despeito de anos de árdua pesquisa e avanços notáveis em termos de novas drogas antiretrovirais que em muito melhoram a qualidade de vida dos portadores e possibilitam a reconstituição imune dos indivíduos infectados, ainda não tornaram possível a cura da infecção.

Além do tratamento com uma plêiade de diferentes drogas anti-retrovirais, a estratégia de controle da epidemia inclui também, e antes de tudo, a prevenção. Segundo SALOMON *et al.* (2005), uma abordagem combinada, de prevenção e tratamento, simultaneamente, seria a mais eficaz estratégia a ser utilizada no contexto de combate à AIDS. Cabe ressaltar que estas simulações não levam em conta as possíveis alterações no cenário causadas por mudanças na eficácia de novos antiretrovirais ou decorrentes de uma maior equidade na sua distribuição (WILSON & BLOWER, 2005), ou seja, contam apenas com a aplicação das medidas disponíveis na atual configuração de prevenção e tratamento da AIDS.

As formas de contágio mais importantes da AIDS são: o contato sexual desprotegido, a administração ou contato com sangue ou hemoderivados contaminados com o vírus, além da transmissão vertical, em que o concepto é infectado pela própria mãe no decorrer da gestação, durante o parto ou, ainda, por ocasião do aleitamento. De todas estas formas, a primeira (sexual) é a mais importante via de transmissão, recebendo atenção redobrada por parte daqueles que se dedicam à prevenção da AIDS.

Neste contexto, inúmeros estudos em todo mundo têm se debruçado sobre diferentes abordagens de prevenção da transmissão por via sexual. Vários métodos têm sido propostos pela comunidade científica, desde a utilização de alguns medicamentos que seriam capazes de inativar o vírus durante a relação sexual, ainda experimental e indisponível para a população nos próximos anos, passando por estratégias de abordagem comportamental como a modificação de hábitos sexuais, até a abstinência sexual (UNAIDS, 2005).

Paralelamente, porém não menos preocupantes, temos as outras IST's. Infecções bacterianas, como a sífilis e a gonococcia, a despeito de já serem passíveis de tratamento por antimicrobianos, continuam desafiando os profissionais de saúde. Apenas para apresentar um exemplo, nos últimos

dois anos, 8.251 recém-nascidos foram submetidos a tratamento hospitalar para sífilis congênita (BRASIL, 2005). Infecções virais como HPV e a Hepatite B e C podem ainda comprometer os portadores com desdobramentos graves, como o câncer genital e a insuficiência hepática, respectivamente. Entre jovens brasileiros que se apresentam para seleção do serviço militar (conscritos), 15,8% relataram alguma IST, sendo as taxas mais elevadas nas regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2002). Em levantamento feito em colaboração com a OMS em estudantes universitários quenianos em 1994, SEKADDE-KIGONDU *et al.* referem que 16,5% dos mesmos relatam pelo menos uma IST ao longo da vida.

No Brasil a priorização do controle das IST's é justificada pelo Programa de DST/AIDS com base em quatro princípios: a **magnitude** dessas infecções, devido à alta prevalência encontrada em populações tanto brasileiras como em outros países; a **transcendência** da infecção, que podem facilitar a infecção pelo HIV ou ainda, dando lugar a complicações sistêmicas ou transmissão vertical; a **vulnerabilidade**, ou seja, o fato de que as IST podem ser evitadas por ações de prevenção primária (como o uso consistente do preservativo) e **factibilidade** da prevenção e tratamento adequado das IST por meio de programas específicos que possibilitem à população o pronto acesso a métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2006) .

O consenso atual é que a prevenção primária da transmissão do HIV e de grande parte das IST's se baseia principalmente na prática de formas de sexo consideradas como mais seguras. As principais formas do sexo seguro admitidas até o presente momento são: através do uso consistente (em todas as relações) do preservativo masculino de látex (preservativo) (BRASIL, 2006); o uso do preservativo feminino, utilizado de forma semelhante ao masculino; através de atividades sexuais nas quais não haja troca de fluidos orgânicos (práticas sem penetração) e por meio da redução do número de

parceiros sexuais, associada à postergação ou abstenção de relações sexuais (VIEIRA *et al.*, 2000).

O Preservativo

Entre todas as diferentes formas de profilaxia, o uso do preservativo de látex masculino, Camisa-de-Vênus, camisinha ou preservativo tem sido o mais propalado por várias agências de saúde, governamentais ou não. O preservativo feminino, a despeito de ser uma alternativa segura e de fácil utilização pelas mulheres, tem sido negligenciado como opção de prevenção (BROWN & WIMBERLY, 2005), talvez em decorrência de seu custo ainda elevado, frente ao preservativo masculino.

Este método é o mais antigo dispositivo já utilizado em contracepção em seres humanos. Além disso, um de seus protótipos, idealizado no século XVI por Falópio e confeccionado em linho, tinha como objetivo proteger os homens do contágio da sífilis, sem haver qualquer menção em registros da época quanto a qualquer preocupação quanto ao contágio das mulheres por homens portadores dessa doença.

O preservativo já foi produzido em diferentes épocas e várias versões, que incluíam materiais diversos, como intestinos de diversos animais, couro amolecido, tecido, chegando finalmente à modernidade em sua versão de látex, consagrada pelo uso mundial.

Segundo a UNAIDS (2005), o uso do preservativo em todas as relações sexuais é o mais simples e eficiente método disponível para a prevenção da transmissão sexual do HIV. Relativamente barato, com pouca ou nenhuma restrição de uso, pode ser utilizado com segurança, sem exigir qualquer habilidade específica.

Em alguns países, programas voltados para a sensibilização de populações susceptíveis em relação ao uso correto do preservativo

apresentaram resultados consistentes na redução da incidência da infecção (UNAIDS, 2000; WELLER & DAVIS, 1999), reforçando ainda mais as evidências de que este método é eficaz no combate à disseminação do HIV.

Além de ser extremamente eficaz na prevenção da infecção pelo HIV, o preservativo também é eficaz como método contraceptivo e na prevenção de outras infecções/doenças sexualmente transmissíveis, tais como a infecção gonocócica, a sífilis, a infecção por clamídia, a hepatite B, dentre outras (UNAIDS, 2000; CDC, 1993). Cabe ressaltar o desafio colocado pelo HPV, infecção viral para o qual o preservativo confere proteção apenas parcial.

Os universitários e o comportamento sexual de risco

De acordo com SPIZZICHINO *et al.* (2005), as infecções entre os jovens constituem uma importante parcela das novas infecções por HIV na população mundial, sendo considerada uma das populações-alvo para ações de educação e prevenção (UNAIDS, 2005).

Em nosso país, o quadro descrito nas estatísticas globais se repete: dos 362.364 casos de AIDS citados anteriormente, 178.578 (49,3%) foram diagnosticados em pessoas entre 20 a 34 anos (BRASIL, 2004).

Embora os alunos de cursos universitários constituam apenas uma pequena parte de nossa população considerada jovem, é importante ressaltar o seu papel como formadores de opinião, que os identificam como um grupo-chave ao se formular estratégias de educação e prevenção da infecção pelo HIV (FRAUCHES & RODRIGUES, 2003).

Em Ribeirão Preto – SP, GIR *et al.* (1999) avaliaram os conhecimentos sobre transmissão e prevenção da infecção pelo HIV de estudantes universitários dos cursos de enfermagem, odontologia e farmácia, obtendo resultados que situam os conhecimentos avaliados como muito abaixo dos

que poderiam ser esperados, sendo classificados, na média, por estes autores como “precários”. PIROTTA (2002), em estudo quali-quantitativo conduzido em universitários da Universidade de São Paulo, conclui que apesar de a utilização de preservativos ser referida mais freqüentemente neste grupo que na população geral – 41% dos entrevistados respondeu que fazia uso contínuo do preservativo, mesmo em relacionamentos estáveis – o uso real do preservativo se mostrou mais freqüentemente vinculado a relacionamentos em período inicial ou relacionamentos casuais.

Entre o já restrito grupo formado pelos universitários, os estudantes de Medicina são de especial interesse, não somente pelo conhecimento específico a que estes estudantes estão normalmente expostos, mas também (e principalmente) por se tratar de profissionais que estarão intimamente envolvidos com a prevenção da AIDS (WANG & ZHANG, 2002).

No contexto da análise de diferentes eventos que possam estar associados ao uso (ou falta de uso) do preservativo, há necessidade de se avaliar diferentes situações, tanto pessoais, como interpessoais e relacionais, visto que o uso do preservativo vem a ser uma atitude que reflete não apenas o cuidado com o outro, como também a visão de cuidado e exposição a riscos do próprio indivíduo (TAMAYO *et al.*, 2001).

É importante esclarecer que o argumento ora exposto não implica em estratégias de controle e em relações de poder como as descritas por FOUCAULT (1980) quando trata da *scientia sexualis*, criada pela sociedade ocidental de forma a medicalizar o discurso sobre a sexualidade. Embora a interferência seja clara, é importante que o objetivo seja a proteção à saúde das pessoas, e não o controle da sua sexualidade.

Tendo em mente esta abordagem, vários autores se debruçaram sobre diferentes eventos de vida e suas influências em relação à adesão dos indivíduos ao preservativo. Especificamente em relação ao uso do

preservativo entre universitários, o resultado é preocupante, sendo a taxa de uso consistente sempre inferior a 30%. VOLANTE *et al.* (1978), em um estudo anterior ao aparecimento da AIDS, revela que apenas 40% dos estudantes italianos com vida sexual ativa utilizavam algum método contraceptivo. OLADAPO *et al.* (2005) analisaram dados referentes a alunos de medicina nigerianos, encontrando apenas 26,1% de cobertura por qualquer tipo de anticoncepcional, por ocasião da última relação sexual.

FINNEY (2003), relata os achados de um pequeno *survey* realizado com 100 estudantes retornando de férias na Inglaterra. Neste estudo, o uso do preservativo em todas as relações sexuais entre estudantes de sexo masculino foi de apenas 41% e a principal alegação dos universitários para a não utilização do preservativo durante as relações sexuais foi a de que sua parceira estava utilizando (ou supostamente utilizando) medicação contraceptiva hormonal, traduzindo pouca preocupação destes indivíduos com a possibilidade de infecção pelo HIV ou outras Infecções sexualmente transmissíveis (IST). Este dado reflete claramente que a preocupação primária destes estudantes era a possibilidade de uma gravidez indesejada, relegando a prevenção de IST's para um segundo plano. Se levarmos em conta que existem evidências que sugerem que o uso de anticoncepção hormonal aumenta a chance de infecção pelo HIV devido a alterações no epitélio do trato genital (WANG *et al.*, 2002), podemos ter uma idéia dos riscos envolvidos nestas práticas.

Em Minas Gerais, FERES *et al.* (2001) relatam que o uso consistente de preservativos entre estudantes da Faculdade de Medicina de Barbacena foi referido por cerca de 30,1% das mulheres, e 49,3% dos homens.

As substâncias psicoativas e comportamento sexual de risco

A adesão ao uso do preservativo deve ser compreendida dentro de um conjunto de vários eventos de vida que moldam/modulam determinados

estilos de vida (EVANS *et al.*, 1998). Entre estes eventos e fatores, o abuso de substâncias psicoativas (legais e ilegais) tem sido levantado como importante evento/fator associado à baixa aderência aos preservativos. No Hospital Evandro Chagas, na cidade do Rio de Janeiro, DE SOUZA *et al.* (2002) acompanharam uma coorte de 675 homens que praticavam sexo com homens, encontrando uma razão de chances de 1,91 para sexo anal desprotegido em usuários de cocaína e *crack* (se comparados aos voluntários que não utilizavam estas substâncias).

Cabe ressaltar que o abuso destas substâncias não precisa ocorrer na ocasião (ou seja, no mesmo dia ou momento) do intercursos sexual desprotegido. Na verdade, o abuso de drogas psicoativas ao longo do curso da vida parece estar associado à multiplicidade de parcerias e à baixa adesão ao preservativo, denotando uma tendência de indivíduos, parcerias e redes sociais a comportamentos sexuais considerados de risco (SANTELLI *et al.*, 2001).

No âmbito dos estudantes de medicina, CROEN *et al.* (1997) conduziram um estudo longitudinal em uma escola de medicina no nordeste dos Estados Unidos, sendo a coleta dos dados realizada no primeiro ano do curso e repetida no terceiro. Estes autores não encontraram diferenças significativas entre as incidências do abuso de diferentes substâncias no intervalo estudado, porém referem que a frequência de consumo de álcool entre os estudantes é elevada (91,8% dos alunos no primeiro ano e 95% dos alunos no terceiro ano admitiram ter utilizado bebidas alcoólicas pelo menos uma vez no último ano). Ainda no âmbito desse estudo, alunos de ambas as séries pesquisadas apresentaram prevalência de consumo exagerado (definido como 5 ou mais doses de bebidas alcoólicas em um período de 24 horas) da ordem de 16%, para alunos da primeira série, e 10%, para alunos da terceira série, quando se levava em conta o consumo de cerveja, e de 6 e 4% para o consumo de vinho, respectivamente.

No Brasil, SOUZA *et al.* (1999) estudaram 616 alunos do curso de medicina da Universidade Federal do Ceará, encontrando freqüência elevada de consumo de várias substâncias, lícitas e ilícitas. Em relação ao consumo no último mês, as substâncias mais freqüentemente utilizadas foram: álcool (65,5%), xaropes (28,5%), tabaco (26,2%), ansiolíticos e lança-perfume (4,6%). No âmbito deste estudo, afirmam os autores:

“... o abuso de drogas traz consigo uma série de problemas imediatos, como falta de atenção, ausências, atrasos, saídas mais cedo das aulas, dentre outros, podendo comprometer a formação médica”.

(SOUZA *et al.*, 1999 p. 93)

Devemos também levar em conta que talvez os eventos indicados como causados pelo abuso de drogas já façam parte do estilo de vida de determinados indivíduos, não podendo ser creditados apenas ao abuso de determinada substância psicoativa.

Outro estudo levado a termo em estudantes brasileiros foi realizado em Botucatu, São Paulo (KERR-CORRÊA *et al.*, 1999) e revelou quadro semelhante. Considerando apenas o consumo do último mês, evidenciou-se a utilização das seguintes substâncias: álcool (50%); tabaco (7%); solventes (8%); maconha (6%); benzodiazepínicos (3%); anfetaminas (1%) e cocaína (0,5%). Estes autores referem ainda que as taxas de abuso das substâncias estudadas aumentavam de acordo com a progressão dos alunos no curso de medicina, o que também foi relatado por SOUZA *et al.* (1999).

A adesão ao uso do preservativo tem sido amplamente estudada em vários contextos, tanto em âmbito nacional como internacional. Todavia, a demanda por estudos que possibilitem conhecer em maior detalhe os hábitos de diferentes populações em relação às práticas de sexo seguro ainda é grande.

Estudos relacionando a adesão/não adesão a diferentes estilos de vida e ao abuso de drogas são relativamente freqüentes em diferentes segmentos da sociedade, embora poucos tenham sido realizados entre estudantes de medicina.

Creemos que o presente estudo se justifica pela possibilidade de propiciar maiores informações quanto à adesão ao uso do preservativo em uma população de particular relevância em termos de formação de opinião e potencial difusora de boas práticas médicas, curativas e preventivas, que poderão nortear o desenvolvimento de novas abordagens e políticas públicas que levem em conta as especificidades referentes ao abuso de drogas.

Objetivo Geral

- Avaliar o perfil de uso de preservativos em universitários de um curso de Medicina, e sua associação com o abuso de drogas psicoativas.

Objetivos Específicos

- Descrever aspectos do comportamento sexual de estudantes do curso de medicina
- Avaliar a prevalência de uso de preservativos entre estudantes do curso de medicina.
- Avaliar a associação entre o abuso de drogas lícitas e ilícitas e uso de preservativos nesta população.

A prevalência de adesão ao uso consistente de preservativo masculino em estudantes de medicina é de 20%.

Estudantes de medicina com história de abuso de drogas psicoativas lícitas e ilícitas apresentam um risco mais elevado de não adesão ao uso de preservativo nas suas relações sexuais.

O modelo teórico proposto neste trabalho leva em conta a influência exercida por fatores sócio-econômicos e culturais sobre a adesão ao uso do preservativo. Este comportamento seria influenciado por diferentes fatores intermediários, principalmente o estilo de vida, que mantêm influência direta sobre os padrões de consumo de substâncias psicoativas e que, por sua vez, influenciariam a adesão ao uso de preservativo

Figura 1: Modelo teórico dos fatores associados ao uso do preservativo



Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo seccional tipo censo realizado em estudantes regularmente inscritos e com matrícula ativa no curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA (Fundação Oswaldo Aranha). Esta é uma instituição sem fins lucrativos, de caráter educacional e cultural, criada em 1967, em Volta Redonda – RJ.

População de Estudo

O Centro Universitário de Volta Redonda contava em agosto de 2006 com 5227 alunos, distribuídos em 14 cursos de graduação. Destes, o curso de Medicina mantinha 724 alunos matriculados, distribuídos por 12 períodos semestrais. A população-alvo contemplada por este trabalho correspondeu à totalidade dos alunos do Curso de Medicina, tendo, portanto, caráter censitário.

Instrumento

Foi utilizado como instrumento de avaliação um questionário auto-preenchível incluindo questões relativas aos aspectos sócio-demográficos e econômicos, coitarca (primeira relação sexual) e vida sexual, uso de preservativo e utilização de drogas psicoativas (ANEXO 1).

O questionário foi apresentado aos alunos no próprio ambiente escolar, de acordo com as atividades agendadas para cada período, evitando utilizar horários que prejudicassem suas atividades de ensino. O preenchimento do questionário foi realizado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento, por parte de cada aluno.

Os questionários foram preenchidos anonimamente, de forma que os dados referentes a determinado aluno não pudessem ser identificados. Após o preenchimento do consentimento informado e do questionário. O próprio

aluno o depositava em uma urna lacrada, que somente foi aberta no final da coleta dos dados.

Banco de Dados

Os dados coletados foram compilados separadamente por digitação de dupla entrada, com posterior checagem e correção dos erros encontrados.

A montagem do banco de dados foi realizada através de máscara de entrada de dados formatada com auxílio através do programa Epi Info™ Versão 3.3.2. A análise dos dados foi realizada com auxílio do programa Stata, versão 8.

Variáveis do Estudo

Variável de Desfecho: Uso consistente do Preservativo

O uso consistente do preservativo foi avaliado pelo *Stages of Change on Condom Use Scale* – Escala de Estágios de Mudança para o Uso do Preservativo, desenvolvida na Universidade de Rhode Island, EUA e adaptada transculturalmente por MEYER *et al.* (2003) para o Português falado no Brasil (ANEXO 2). Esta escala classifica o perfil de uso do preservativo em diferentes estágios de mudança: Pré-Contemplanção, Contemplanção, Ação e Manutenção. O uso consistente foi considerado quando o indivíduo se apresentasse na fase de manutenção da escala (questões 4, 5 e 6 da escala).

Variáveis explicativas:

Uso de drogas

O abuso de drogas foi avaliado pelo Teste de triagem do Envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) e já validado em sua versão brasileira (HENRIQUE *et al.*, 2004). O escore do ASSIST é sugestivo de

dependência quando atinge um valor acima de 16 para determinada droga (ANEXO 3).

Dados sócio-demográficos

Período em curso:

Do 1º. ao 12º. período de acordo com a situação do aluno no Curso.

Idade:

Calculada em função da data de nascimento e data de entrevista.

Origem:

Domicílio do aluno antes de ser admitido na Universidade.

Gênero:

Masculino ou feminino

Cor ou raça:

Preta, Parda, Branca, Amarela ou Indígena de acordo com a classificação adotada pelo IBGE

Religião (atual e de criação):

Adventista, Candomblé, Católica, Espírita, Judaica, Protestante clássica, Protestante pentecostal, Testemunha de Jeová, Umbanda, sem religião.

Escolaridades de pai e mãe:

Não frequentou escola, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Ensino Superior, Não conheceu / morreu (morreram) cedo.

Situação conjugal:

Solteiro/nunca viveu em união, casado ou vivendo em união, divorciado ou separado e viúvo.

Renda Familiar *per capita*:

Foi definida através da divisão da renda familiar líquida do mês anterior à aplicação do questionário pelo número de dependentes.

Dados sobre coitarca e vida sexual

Orientação sexual:

Heterossexual, Homossexual ou Bissexual

Início da atividade sexual:

Sim ou não e idade da coitarca

Caracterização do parceiro na primeira relação sexual:

Namorado, Ficante, Cônjuge, Amigo, Empregada(o) doméstica(o), Profissional do sexo, Outro

Local da primeira relação sexual:

Casa, Hotel/Motel, Praia, Casa de amigos, Casa do parceiro, Carro, Casa de Campo, República, Outros.

Uso de anticoncepção na primeira relação sexual:

Tipos de anticoncepcionais utilizados (Tabela, Camisinha, Coito interrompido, Pílula, DIU, Injetável, Diafragma, Camisinha feminina) e origem da prescrição ou recomendação do método utilizado.

Potenciais variáveis de confusão

Período do curso médico em que está o aluno, idade, situação conjugal, raça, renda familiar *per capita*, escolaridade do pai e da mãe,

religião e comportamento sexual foram avaliados como possíveis variáveis de confusão com relação às associações em estudo.

Análise dos dados

Numa primeira etapa foram produzidas e examinadas as distribuições de frequência de cada variável de estudo. Em seguida, foram realizadas análises bivariadas para avaliação da possível associação entre abuso de drogas e uso de preservativo, com o cálculo de razões de prevalência. Na análise multivariada, razões de prevalências brutas e ajustadas para possíveis variáveis de confusão e seus respectivos intervalos de 95% confiança foram calculados por regressão de Poisson, conforme proposto por BARROS & HIRAKATA (2003). Embora o modelo Poisson possa produzir intervalos de confiança maiores que os obtidos pelo modelo log-binomial, a utilização da estimação robusta da variância possibilita melhor acurácia ao modelo (VIGO, 2006).

Aspectos éticos

Os questionários não foram identificados, não sendo possível a individualização dos alunos uma vez que o mesmo depositasse seu formulário na urna de coleta. Além disso, os alunos receberam a garantia de anonimato no consentimento informado, sendo a mesma reforçada verbalmente no momento da coleta. Outra garantia que constava no consentimento era de que os dados seriam analisados apenas de forma agregada, garantindo-se que os nomes dos participantes, bem como qualquer informação individual coletada, jamais fariam parte de relatórios ou artigos que porventura viessem a ser divulgados.

Foi utilizado um Termo de Consentimento, por escrito, que foi lido e assinado pelos participantes da pesquisa. Neste documento, os alunos foram informados sobre a relevância do estudo, seus principais aspectos, importância da participação, confidencialidade das informações e caráter voluntário da participação.

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade (registrado no CONEP), que o aprovou sem ressalvas.

Artigos

Os dados analisados no presente projeto resultaram em dois artigos a serem submetidos à publicação: o primeiro avaliou dados relativos à coitarca e vida sexual dos estudantes do curso de medicina (“Comportamento sexual de estudantes do Curso de Medicina de uma Universidade Privada do Estado do Rio de Janeiro”).

O segundo artigo avaliou o uso de preservativos e suas associações com consumo de drogas psicoativas (“Perfil de uso de preservativos em estudantes do Curso de Medicina de uma Universidade Privada do Estado do Rio de Janeiro e sua associação com o consumo de drogas psicoativas”).

Comportamento Sexual de Estudantes do
Curso de Medicina de uma Universidade
Privada do Estado do Rio de Janeiro, 2006

Resumo

O uso consistente de preservativos constitui a principal estratégia de prevenção da AIDS, bem como de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Neste contexto, o perfil de uso de preservativos em estudantes de medicina é de especial interesse, principalmente quando consideramos o papel de formadores de opinião desempenhado pelos profissionais médicos. Este estudo investiga o padrão de comportamento sexual e sua associação com o uso de preservativo entre estudantes de um curso de medicina. Dados relativos a 643 estudantes do Curso de Medicina de uma universidade privada no interior do Estado do Rio de Janeiro foram colhidos por meio de um questionário anônimo e auto-preenchível. As análises foram conduzidas utilizando-se a regressão de Poisson com variância robusta para o cálculo de razões de prevalência brutas e ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança. A maioria dos alunos respondeu já ter iniciado vida sexual (85,3% - n=641). O parceiro da primeira relação sexual foi, em sua maioria, o(a) namorado(a) (55,1% - n=301) e o local da coitarca mais freqüente foi a própria casa (27,1% - n=148). O método anticoncepcional mais freqüentemente utilizado na coitarca foi o preservativo (90,1% - n=429). Na análise bivariada, o fator que se mostrou mais estreitamente associado ao uso inconsistente do preservativo foi a presença de parceria estável, achado corroborado pela análise multivariada, após ajuste por sexo, idade e renda (RP = 1,95 IC = 1,47 a 2,57). Estes achados são compatíveis com a hipótese de que indivíduos inseridos em parcerias estáveis têm uma menor percepção de risco, por suporem que a estabilidade de seus relacionamentos lhes conferiria proteção relativa contra as IST's.

Palavras chaves: sexualidade, preservativo

Abstract

The consistent use of condoms remains a paramount in AIDS (and other STD's) preventions strategies. In this context, medical students' condom use profile is of special interest, specially when we consider the opinion maker role of medical professionals in our society. The aim of the present article is to report data concerning sexual behavior and prevalence of condom use of medical students of a Brazilian private medical school in Rio de Janeiro State. Data upon 643 medical students was collected by means of an anonymous and self-administered questionnaire. Analysis was conducted by means of Poisson regression with robust variance to calculate brute and adjusted prevalence ratios and its 95% confidence interval. The majority of students had initiated sexual activity (85,3% - n=641). The most common partner in sexual debut was (girl)boyfriend (55,1% - n=301) and the most frequent location was their own home (27,0% - n=148). Contraception in sexual debut was represented mainly by condom use (90,1% - n=429). In bivariate analysis, presence of a stable partner was the most associated factor to inconsistent condom use, association that was also confirmed by multivariate analysis adjusted for age, sex and familiar income (PR =1,95 CI = 1,47 a 2,57). These findings are consistent with the hypothesis that individuals with stable partnerships have a diminished risk perception, by supposing that the stability of their relationships confers them some kind of protection against STD's.

Keywords: sexuality, condom

Introdução

O século XX foi um século de revoluções em todas as áreas do relacionamento e desenvolvimento humano. A sociedade experimentou modificações, bem como o desenvolvimento tecnológico atingiu patamares nunca antes sonhados. A sexualidade foi uma das áreas mais profundamente transformadas no âmbito da cultura ocidental. As mudanças nas relações de gênero, a introdução de métodos anticoncepcionais seguros e eficazes, o controle e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST's) bacterianas (como a gonorréia e a sífilis), entre tantas outras mudanças, trouxeram à tona uma sexualidade mais aflorada, a ser vivida e experimentada de forma diversa da vivência sexual construída sobre os padrões de repressão criados nos moldes da era vitoriana (GAY, 1999).

Entre todas as diferentes formas de profilaxia, o uso do preservativo de látex masculino, Camisa-de-Vênus ou camisinha tem sido o mais propalado por várias agências de saúde, governamentais ou não, com um elevado grau de proteção documentado por diversas revisões sistemáticas e meta-análises (ver, por exemplo, HOLMES *et al.*, 2004)

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas em AIDS - UNAIDS (2005), o uso do preservativo em todas as relações sexuais é o mais simples e eficiente método disponível para a prevenção da transmissão sexual do HIV. Relativamente barato, com pouca ou nenhuma restrição de uso, pode ser utilizado com segurança, sem exigir qualquer habilidade específica, sendo eficaz como método contraceptivo e na prevenção de outras infecções/doenças sexualmente transmissíveis (UNAIDS, 2000; CDC, 1993).

De acordo com SPIZZICHINO *et al.* (2005), as infecções entre os jovens constituem uma importante parcela das novas infecções por HIV na população mundial, sendo considerada uma das populações-alvo para ações de educação e prevenção (UNAIDS, 2005). Em nosso país, o quadro descrito nas estatísticas globais se repete: dos 362.364 casos de AIDS citados anteriormente, 33.867 (9,4%) foram diagnosticados em jovens com idades entre 20 a 24 anos (BRASIL, 2004).

Embora os alunos de cursos universitários constituam apenas uma pequena parcela de nossa população jovem, é importante ressaltar seu papel como formadores de opinião, que define estes jovens como um grupo-chave ao se formular estratégias de educação e prevenção da infecção pelo HIV (FRAUCHES & RODRIGUES, 2003). Entre o já restrito grupo formado pelos universitários, os estudantes de Medicina são de especial interesse, não somente pelo conhecimento específico a que estes estudantes estão normalmente expostos, mas também por estarem futuramente envolvidos com a prevenção da AIDS e eventual assistência a pessoas acometidas por diferentes ISTs (WANG & ZHANG, 2002).

O consenso atual é que a prevenção primária da transmissão do HIV e de grande parte das ISTs se baseia principalmente na prática de formas de sexo consideradas como mais seguras. As principais formas do sexo seguro admitidas até o presente momento são: o uso consistente (em todas as relações) do preservativo masculino de látex (BRASIL, 2006); o uso do preservativo feminino, utilizado de forma semelhante ao masculino; através de atividades sexuais nas quais não haja troca de fluidos orgânicos (práticas sem penetração) e por meio da redução do número de parceiros sexuais, associada à postergação ou abstenção de relações sexuais (VIEIRA et al., 2000).

A adesão ao uso do preservativo tem sido amplamente documentada em várias publicações, tanto em âmbito nacional como internacional. Todavia, a demanda por estudos que possibilitem conhecer em maior detalhe os hábitos de diferentes populações em relação às práticas de sexo seguro ainda é grande, especialmente nos países em desenvolvimento.

O principal objetivo do presente estudo foi avaliar o padrão de comportamento sexual e sua associação com o uso de preservativos entre estudantes de um curso de medicina.

Método:

Desenho e população de estudo

Trata-se de um estudo seccional, do tipo censo, realizado em estudantes regularmente inscritos e com matrícula ativa no curso de Medicina de uma universidade privada no interior do estado do Rio de Janeiro. A instituição contava em agosto de 2006 com 5227 alunos, sendo 724 alunos matriculados no curso de Medicina, em 12 períodos semestrais. A população de estudo proposta por este trabalho foi a totalidade dos alunos do Curso de Medicina.

Medidas

Foi utilizado como instrumento de avaliação um questionário auto-preenchível, que incluía questões relativas a aspectos sócio-demográficos e econômicos, coitarca (primeira relação sexual) e comportamento sexual.

O uso de preservativo (desfecho em estudo) foi avaliado pela Escala de Estágios de Mudança para Uso de Preservativo – Stages of Change for Preservativo Use Scale (SCCUS) – adaptada para o português por MEYER *et al.* (2003). Os estágios da escala são classificados em: Pré-Contemplanção, Contemplanção, Preparação, Ação e Manutenção. O uso foi definido como “consistente” uma vez que o indivíduo se apresentasse na fase de manutenção da escala, tendo sido o desfecho avaliado de forma dicotômica.

As variáveis de exposição relativas ao comportamento sexual e investigadas nesse estudo foram: coitarca, orientação sexual, atividade sexual, parceiro na coitarca, local da coitarca, uso de contraceptivos na coitarca, tipo de contraceptivo usado na coitarca, prescrição de contraceptivos na coitarca (quem prescreveu), ter (ou não) parceiro fixo e ter (ou não) relacionamentos afetivo-sexuais ocasionais. As categorias utilizadas em cada variável estão descritas na Tabela 1.

As co-variáveis consideradas no estudo foram: (1) características sócio-demográficas e econômicas: sexo, idade, ciclo do curso, raça (auto-

relatada), religião de criação, religião atual, estado civil, escolaridade do pai, escolaridade da mãe e renda familiar *per capita*; (2) primeira menstruação ou ejaculação; (3) ter (ou não) filhos; e (4) gravidez (Tabela 2).

O questionário foi apresentado aos alunos no ambiente escolar, de acordo com as atividades regulares agendadas para cada período, evitando horários que prejudicassem suas atividades de ensino. O preenchimento do questionário foi realizado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte do aluno. Os questionários foram preenchidos de forma anônima, de forma que os dados referentes a determinado aluno não pudessem ser identificados. Após o preenchimento do Termo de Consentimento Informado e do questionário, o próprio aluno o depositava em uma urna lacrada, que somente era aberta ao final da coleta dos dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade no qual o estudo foi conduzido.

Análise estatística

Numa primeira etapa foram geradas e examinadas as distribuições de frequência de cada variável que integrava o instrumento utilizado no estudo. Em seguida, foram realizadas análises bivariadas para avaliação da associação entre as variáveis em estudo e uso consistente de preservativo. Utilizamos o teste qui-quadrado para verificar se as associações encontradas apresentavam significância estatística ($p < 0,10$), valendo-nos deste critério para a seleção das possíveis variáveis de confusão. Aquelas associadas tanto à exposição quanto ao desfecho foram testadas por meio de modelos multivariados. Na análise multivariada, utilizamos as razões de prevalências brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (THOMPSON *et al*, 1998), calculadas através de Modelo Linear Generalizado por regressão de Poisson com variância robusta, conforme proposto por BARROS & HIRAKATA (2003). O modelo de ajuste incluiu as variáveis: “Sexo”, “Idade” e “Renda *per capita* familiar”.

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa Stata, versão 8.

Resultados:

Entre os 711 estudantes matriculados no Curso de Medicina, 643 (90,4%) preencheram e retornaram os questionários do estudo. A frequência de respostas variou de questão para questão, todavia, a porcentagem de respostas não preenchidas não comprometeu a análise de nenhuma questão em especial.

A idade dos alunos variou entre 17 a 43 anos, com um valor médio de 22 anos. A maioria dos alunos alegou ser da raça Branca (76,0%). Perguntados sobre sua religião atual, a maioria se definiu como Católica (57,5%). O Estado Civil predominante foi Solteiro (97,0%). Outras informações sobre os aspectos sócio-econômicos podem ser vistas na Tabela 1.

A Idade da primeira Menstruação ou da Primeira Ejaculação apresentou uma média de 12,19 anos (IC 95% 12,08 - 12,30). A média de idade na coitarca foi de 16,54 anos (IC 95% 16,36 - 16,74). A maioria dos alunos afirmou ser heterossexual (98,4%) e já ter iniciado vida sexual (85,3%). O parceiro da primeira relação sexual foi namorado(a) (55,1%) na maioria dos casos, e o local da coitarca mais freqüente foi a própria casa do respondente (27,1%). Algum método anticoncepcional foi utilizado na coitarca em 85,0% dos casos, sendo o preservativo o mais freqüentemente utilizado (90,1%), segundo informações assinaladas pelos respondentes. A prescrição de método anticoncepcional por um médico ocorreu somente em 20,9% dos estudantes. Respondendo sobre o seu comportamento sexual, 62,2% dos estudantes referiram ter parceiro fixo e 47,2% afirmaram ter relacionamentos afetivo-sexuais ocasionais. A respeito das atividades sexuais recentes, 74,5% dos entrevistados relataram atividade sexual no período de até 30 dias anteriores à pesquisa e adicionalmente 10,6% relataram atividade em até 60

dias. Apenas 14,9% referiram não ter tido nenhuma atividade sexual em 60 dias. O número de parceiros sexuais (no período de até 60 dias anteriores à aplicação do questionário) entre os estudantes que referiram atividade sexual, variou entre 01 e 10 parceiros. A atividade sexual com parceiro único foi relatada pela maioria (72,5%) dos respondentes, enquanto a atividade sexual com dois parceiros por 15,4% dos estudantes.

Quanto ao uso de preservativo, de acordo com a classificação da escala SCCUS, 29,7% dos respondentes foram classificados no estágio de Pré-Contemplação, Contemplação em 15,5%, Preparação em 6,5%, Ação em 3,9% e 44,5% foram classificados como inseridos no estágio de Manutenção. A estratificação por gênero apresentou diferenças significantes para coitarca precoce, atividade sexual atual, parceria da coitarca, local e uso de contraceptivos na coitarca, parceria fixa e relacionamentos esporádicos (Tabela 2).

Na análise bivariada, observou-se que o uso consistente do preservativo se mostrou associado de forma estatisticamente significativa à renda familiar *per-capita*, parceria fixa e relacionamentos ocasionais (Tabela 3).

Na análise multivariada (Tabela 4), após ajuste por sexo, idade e renda familiar *per capita*, estudantes que relataram ter parceiro fixo apresentavam uma prevalência quase duas vezes maior de uso inconsistente de preservativo, se comparados àqueles sem parceiro fixo (RP = 1,95; IC 95% 1,47-2,57). O relato de relacionamentos ocasionais, ao contrário, se mostrou associado de forma inversa com uso inconsistente de preservativos (RP = 0,81; IC 95% 0,67-0,97).

Discussão:

O presente trabalho se propôs a estudar um elemento de uma área de comportamento humano em constante mudança e de difícil abordagem: a sexualidade. A mudança nos padrões de comportamento sexual no início do

século XXI está em parte calcada na reação cultural desencadeada pela epidemia de AIDS, e, em menor escala, pela disseminação de outras ISTs como a herpes genital e a infecção pelo Papiloma Vírus Humano e o debate em torno da vacina para prevenir esta última (DE MELO-MARTIN, 2006).

Embora o presente estudo se restrinja a um segmento específico da população (universitários do curso de Medicina), cremos que os dados ora expostos indiquem algumas mudanças no âmbito do comportamento sexual já ocorridas (e em curso) no tocante à primeira relação sexual e ao comportamento sexual de um modo geral. Tais mudanças foram evidenciadas em estudos anteriores realizados no Brasil (BORGES & SCHOR, 2005; PIROTTA, 2002), como a maior prevalência da primeira relação sexual com um parceiro estável e a maior prevalência do uso consistente do preservativo tanto na coitarca quanto nas relações sexuais recentes (HEILBORN, 2006).

A idade da primeira ejaculação/menstruação apresentou características semelhantes às descritas por BRUNO *et al.* (1997), que identificaram uma média de 12 anos para estes eventos no Estado de São Paulo.

A prevalência de uso consistente de preservativos encontrada (44,5%), embora não seja ideal, é semelhante à encontrada em outros segmentos populacionais tais como os conscritos do Exército Brasileiro em 2002 (BRASIL, 2002) e em diferentes grupos sociais do município de Salvador, Bahia no ano de 2000 (CODES *et al.*, 2002), cujas taxas de uso consistente de preservativos oscilam em torno de 40%, embora VIANA *et al.* (2007) tenham encontrado cifras em torno de 60% em estudantes do ensino médio no Estado de Minas Gerais.

A variável mais relacionada ao uso inconsistente de preservativo no presente estudo foi a parceria estável, o que possivelmente está relacionado à percepção nem sempre acurada de um menor risco por parte dos indivíduos inseridos em relacionamentos desta natureza. Na verdade, o risco de se infectar através do sexo desprotegido é determinado pelo fato de haver

ou não infecção pelo HIV e pela carga viral do parceiro infectado. No caso de um parceiro com *serostatus* ignorado (situação bastante freqüente) os riscos associados ao sexo desprotegido com parceiro estável podem ser maiores ou menores (se comparados ao sexo desprotegido com parceiros ocasionais de *serostatus* igualmente ignorado), dependendo do *serostatus* efetivo dos diferentes parceiros. Já no caso de sexo com um parceiro infectado pelo HIV o uso consistente de preservativos é mandatório. Este achado é compatível com o exposto por SANCHES (1999), que afirma que parcerias fixas podem resultar em um falso sentimento de “proteção”. Pessoas que não têm relacionamentos estáveis tendem a se sentir mais vulneráveis às ISTs e, portanto, a se preocupar mais em evitar a infecção pelo HIV e demais ISTs, como assinalam GELUDA *et al.*(2006) em estudo qualitativo conduzido com adolescentes na cidade do Rio de Janeiro. A mesma conclusão foi assinalada por CARRENO *et al.* (2006), em um estudo populacional no interior do Rio Grande do Sul, em que mulheres com parcerias fixas, principalmente as casadas, apresentaram maior probabilidade de não utilizar o preservativo. A associação deste fator com o uso inconsistente de preservativos se manteve, após o ajuste por diferentes variáveis de confusão.

A presença de relacionamentos ocasionais (que não excluem a concomitância de um relacionamento estável) foi identificada como fator associado ao uso consistente do preservativo, corroborando a hipótese de que estes indivíduos têm uma percepção de maior risco em suas atividades sexuais, conforme indicado por MACALUSO *et al.*,(2000a). Em um estudo de base nacional nos Estados Unidos, FINER *et al.*, (1999) reportaram comportamento semelhante, em que mulheres com mais de um parceiro sexual referiam uso do preservativo mais frequentemente. Estes dados reforçam a conclusão de THOMSEN *et al.* (2004) que vêem na percepção do risco o grande fator associado ao uso consistente do preservativo.

Baseado nos achados do presente trabalho, a ênfase na percepção do risco dos indivíduos (MACALUSO *et al.*, 2000b)., tanto quanto a informação, (WINGOOD & DICLEMENTE, 1996), devem ser consideradas na formulação

de políticas de saúde que favoreçam a adesão dos jovens ao uso do preservativo em todas as suas relações sexuais.

A principal limitação do presente estudo se deve ao fato de estudarmos uma população restrita e com características muito peculiares (estudantes de medicina de uma universidade privada). Outra limitação se deve ao fato de trabalharmos com uma população que (a princípio) tem um bom conhecimento teórico da importância do uso do preservativo para a prevenção das IST's, fato que poderia levar a algumas discrepâncias nos dados obtidos, pois os estudantes podem ter optado pela resposta "mais correta" e relatado uso de preservativo mais freqüente que o real, gerando subestimação do risco. Um estudo mais aprofundado desta população, com opção pela abordagem qualitativa, poderia propiciar uma visão complementar da situação, possibilitando maior conhecimento e compreensão dos mecanismos envolvidos.

Os dados do presente trabalho nos levam a refletir sobre a necessidade de avaliação (e preenchimento) de algumas possíveis lacunas de formação de opinião baseadas nos ensinamentos teóricos do currículo atual dos estudantes de Medicina.

Referencias:

BARROS A.J.D.; HIRAKATA, V. N. *Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: na empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio*. BMC Medical Research Methodology, 3:21-34, 2003.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N.: *Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002*. Cadernos de Saúde Pública, 21(2):499-507, 2005.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST Brasília, DF*. v. 1 (1): 26-29, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST*. Brasília – DF, 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Pesquisa entre conscritos do Exército Brasileiro - Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV 1996 - 2002*. Brasília – DF, 2002.
- BRUNO, Z. V. S., TEIXEIRA, M.A.; SILVA, L.G.M; SILVA,R.B.; GUANABARA, R.B.; OLIVEIRA, E. M.; CHAGAS, F. *Sexualidade e anticoncepção na adolescência: conhecimento e atitude*. *Reprodução e climatério* 12(3): 03, 1997.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. *Update: Barrier Protection Against HIV infection and Other Sexually Transmitted Diseases*. *MMWR*. V. 42(30): 589-591, 1993.
- CODES, J. S.; COHEN, D. A.; MELO, N. A. *Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não-clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil*. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetetrícia*:(24)2: 101-106, 2002.
- DE MELO-MARTIN I. *The promise of the human papillomavirus vaccine does not confer immunity against ethical reflection*. *Oncologist* v.11(4):393-6, 2006
- FRAUCHES, D.O.; RODRIGUES, M.M.P. *Estudantes de medicina e suas atitudes em relação à Aids em Vitória (ES)*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v. 52 (3): 201-210, 2003.

- GAY, P. *Education of the Senses: The Bourgeois Experience, Victoria to Freud*, v 1. W. W. Norton & Company; New edition, 1999)
- GELUDA, K.; BOSI, M.L.M.; CUNHA, A. J. L. A ; TRAJMAN, A. "Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.*, v. 22(8) pp. 1671-1680, 2006
- HEILBORN, M.L.; AQUINO, E. M. L.; L BOZON, M. ; RIVA KNAUTH, D.R. *O Aprendizado da Sexualidade*. Rio de Janeiro, Ed. Garamond, 2006
- HOLMES K.K.; LEVINE R., WEAVER M. *Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections*. *Bulletin World Health Organization*. v. 82(6):454-61, 2004
- MACALUSO, M.; DEMAND, M.J.; ARTZ, L.M.; HOOK, E.W. *Partner type and condom use*. *AIDS*. v. 14(5):537-46, 2000.
- MACALUSO, M.; DEMAND, M.J.; ARTZ, L.M.; FLEENOR, M.; ROBEY, L.; KELAGHAN, J.; CABRAL, R.; HOOK, E.W. *Female condom use among women at high risk of sexually transmitted disease*. *Family Planning Perspectives*. v.32(3):138-44, 2000
- MEYER, E.; CARVALHAL, A.; PECHANSKYA, F. *Adaptation for Brazilian Portuguese of a scale to measure willingness to wear condoms*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 25(4):224-227, 2003.
- THOMPSON, M.L.; MYERS, J.E.; KRIEBEL, D. *Prevalence odds ratio or prevalence ratio in the analysis of cross sectional data: what is to be done?* *Occupational and Environmental Medicine*, Vol 55, 272-277

PAIVA, V.; VENTURI, G.; FRANÇA-JR, I. ; LOPES, F. 2- *Uso de preservativos - Pesquisa NACIONAL MS / IBOPE 2003* - Acessado em 14/5/2008 em www.aids.gov.br

PIROTTA, K. C. M. *Não há guarda chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP*. Tese Apresentada a Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública - Departamento de Saúde Materno-Infantil para obtenção do grau de Doutor. São Paulo, 2002.

SANCHES K. R. B. *A Aids e as Mulheres Jovens: Uma Questão de Vulnerabilidade*. Tese apresentada à ENSP-FIOCRUZ para obtenção do Título de Doutor. Rio de Janeiro, 1999

SPIZZICHINO, L.; PICCINNO, F; PEDONE, G; GALLO, P; VALLI, R; COTTI, L; BIANCONI, M; LUZI A M. *Adolescenti e HIV: Le campagne informative dei giovani per i Giovani*. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità. v. 41(1):113-118, 2005

THOMSEN, S.; STALKER, M.; TOROITICH-RUTO, C. *Fifty ways to leave your rubber: how men in Mombasa rationalise unsafe sex*. Sexually Transmitted Infections, 80;430-434, 2004.

UNAIDS. *AIDS epidemic update: special report on HIV/AIDS*. December, 2006.

UNAIDS. *Condom Social marketing: Selected case studies*. UNAIDS: Switzerland, 2000.

UNAIDS. *Intensifying HIV prevention: a UNAIDS policy position paper*. UNAIDS: Switzerland, 2005.

- VIANA, F. J. M.; FAUNDES, A.; MELLO, M. B. *Fatores associados a sexo seguro entre alunos de escolas públicas em Minas Gerais, Brasil.* Cadernos de Saúde Pública, 23(1):43-51, 2007.
- VIEIRA, E M; VILLELA, WV; REA, M F. *Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do Município de São Paulo.* Cadernos de Saúde Pública. v. 16(4), 997-1009, 2000.
- WANG L, ZHANG KL. *AIDS-related knowledge, condom usage among medical postgraduates.* Biomedical Environment Science. v. 15(2):97-102, 2002.
- WINGOOD G.M.; DICLEMENTE R.J. *HIV sexual risk reduction interventions for women: a review.* American Journal of Preventive Medicine.v.12(3): 209-217,1996.

Tabelas

Tabela 1 - Características sócio-demográficas em estudantes de Medicina de uma Universidade privada no interior do Estado do Rio de Janeiro (n=643).

Tabela 1 - Características s	n	%
Sexo		
Masculino	322	50,1
Femino	321	49,9
Ciclo do Curso		
Básico	221	34,4
Clínico	210	32,7
Internato	212	33,0
Idade		
Até 20 anos	189	30,4
21 a 25 anos	357	57,5
26 anos ou mais	75	12,1
Raça		
Pardos e Negros	109	17,3
Branços	488	77,3
Outras	34	5,4
Religião de Criação		
Católica	467	72,6
Não-Católica	176	27,4
Religião Atual		
Católica	370	57,5
Não-Católica	273	42,5
Estado Civil		
Casado	16	2,5
Solteiro	624	97,1
Divorciado	3	0,5
Escolaridade do Pai		
Fundamental Incompleto	30	4,7
Fundamental Completo	36	5,6
Médio	156	24,3
Superior	418	65,0
Não conheci	3	0,5
Escolaridade da Mãe		
Fundamental Incompleto	18	2,8
Fundamental Completo	47	7,3
Médio	190	29,6
Superior	388	60,3
Não conheci	0	0,0
Renda Familiar <i>per capita</i>		
Até R\$ 1.500	189	30,4
Entre R\$1501 a R\$ 3000	357	57,5
Acima de R\$ 3001	75	12,1

Tabela 2 - Características de comportamento sexual em estudantes de Medicina de uma Universidade privada no interior do Estado do Rio de Janeiro

Variável	Geral		Feminino		Masculino		p
	n	%	n	%	n	%	
Primeira menstruação ou Ejaculação							
Abaixo de 10 anos	74	11,6	31	9,7	43	13,7	0,116
Com 11 anos ou mais	562	88,6	290	90,3	272	86,3	
Coitarca							
Abaixo de 15 anos	79	14,9	10	4,4	69	22,8	>0,01
Com 15 anos ou mais	212	33,0	217	95,6	234	77,2	
Orientação Sexual							
Heterossexual	632	98,4	318	98,9	314	98,1	0,441
Homossexual	3	0,5	2	0,6	1	0,3	
Bissexual	7	1,1	2	0,6	5	1,6	
Atividade sexual							
Sim	547	85,3	235	73,2	312	97,5	>0,01
Não	94	14,7	86	26,8	8	2,5	
Parceiro da coitarca							
Namorado	301	55,1	200	85,1	101	32,5	>0,01
"Ficante"	149	27,3	18	7,7	131	42,1	
Amigo	29	5,3	9	3,8	20	6,4	
Empregada(o)	13	2,4	0	0,0	13	4,2	
Profissional do sexo	36	6,6	1	0,4	35	11,3	
Outro	18	3,3	7	3,0	11	3,5	
Local da Coitarca							
Casa	148	27,1	54	22,9	94	30,2	>0,01
Hotel ou Motel	81	14,8	42	17,8	39	12,5	
Praia	19	3,5	6	2,5	13	4,8	
Casa de Amigos	68	13,4	17	7,2	51	16,4	
Casa do parceiro	104	19,0	70	29,7	34	10,9	
Carro	34	6,2	8	3,4	26	6,2	
Casa de Campo	17	3,1	8	3,4	9	28,9	
República	24	4,4	21	8,9	3	1,0	
Outros	52	9,5	10	4,2	42	13,5	
Usou contraceptivo na coitarca							
Sim	463	85,0	210	89,7	253	81,4	>0,01
Não	82	15,1	24	10,3	58	18,6	
Tipo de contraceptivo na coitarca							
Tabela	10	2,1	5	2,3	5	1,9	>0,01
Camisinha	429	90,1	178	83,2	251	95,8	
Coito interrompido	5	1,1	4	1,9	1	0,4	
Pílula	30	6,3	25	11,7	5	1,9	
Camisinha Feminina	2	0,4	2	0,9	0	0,0	
Prescrição de contraceptivo na coitarca							
O próprio	325	68,6	102	47,9	223	85,4	>0,01
Médico	99	20,9	85	39,9	14	5,4	
Amigo	7	1,5	1	0,5	6	2,3	
Parceiro	31	6,5	24	11,3	7	2,7	
Outros	12	2,5	1	0,5	11	4,2	
Parceiro fixo							
Sim	206	37,8	74	31,6	132	42,4	0,01
Não	339	62,2	160	68,4	179	57,6	
Relacionamentos esporádicos							
Sim	287	52,9	170	72,7	117	37,9	>0,01
Não	256	47,2	64	27,4	192	62,1	
Uso consistente do condom							
Pré-contemplação	138	29,7	62	32,1	76	27,9	0,675
Contemplação	72	15,5	30	15,5	42	15,4	
Preparação	30	6,5	10	5,2	20	7,4	
Ação	18	3,9	9	4,7	9	3,310	
Manutenção	207	44,5	82	42,5	125	45,960	

Tabela 3 - Uso do condom em estudantes de Medicina de uma Universidade privada no interior do Estado do Rio de Janeiro, segundo variáveis socio-econômicas e comportamento sexual

Variável	Uso Consistente do Condom				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	82	42,5	111	57,5	
Femino	125	45,9	147	54,0	0,46
Ciclo do Curso					
Básico	66	49,6	67	50,4	
Clínico	65	38,7	103	61,3	
Internato	76	46,3	88	53,7	0,14
Idade					
Até 20 anos	55	52,9	49	47,1	
21 a 25 anos	120	42,9	160	57,1	
26 anos ou mais	26	41,9	36	58,1	0,19
Raça					
Pardos e Negros	38	45,8	45	54,2	
Brancos	155	43,9	198	56,1	
Outras	13	54,2	11	45,8	0,61
Religião de Criação					
Católica	154	45,2	187	54,8	
Não-Católica	53	42,7	71	57,3	0,64
Religião Atual					
Católica	121	45,8	143	54,2	
Não-Católica	86	42,8	115	57,2	0,51
Estado Civil					
Casado	5	31,3	11	68,8	
Solteiro/Divorciado	202	45,0	247	55,0	0,28
Escolaridade do Pai					
Fundamental Incompleto	6	21,4	22	78,6	
Fundamental Completo	8	33,3	16	66,7	
Médio	56	46,7	64	53,3	
Superior	136	46,9	154	53,1	
Não conheci	1	33,3	2	66,7	0,08
Escolaridade da Mãe					
Fundamental Incompleto	2	14,3	12	85,7	
Fundamental Completo	16	50,0	16	50,0	
Médio	61	43,9	78	56,1	
Superior	128	45,7	152	54,3	0,12
Renda Familiar per capita					
Até R\$ 1.500	63	38,7	100	61,3	
Entre R\$1501 a R\$ 3000	55	41,0	79	59,0	
Acima de R\$ 3001	68	56,2	53	43,8	0,01
Primeira menstruação ou Ejaculação					
Abaixo de 10 anos	27	47,4	30	52,6	
Com 11 anos ou mais	177	43,9	226	56,1	0,62
Coitarca					
Abaixo de 15 anos	28	36,4	49	63,6	
Com 15 anos ou mais	174	46,5	200	53,5	0,10
Orientação Sexual					
Heterossexual	204	44,7	252	55,3	
Homossexual	0	0,0	2	100,0	
Bissexual	3	50,0	3	50,0	0,43
Usou contraceptivo na coitarca					
Sim	179	46,1	209	53,9	
Não	28	37,3	47	62,7	0,16
Tipo de contraceptivo na coitarca					
Camisinha	168	46,5	193	53,5	
Outros	16	42,1	22	57,9	0,60
Parceiro fixo					
Sim	87	65,4	46	34,6	
Não	119	36,1	211	63,9	< 0,01
Relacionamentos esporádicos					
Sim	91	38,6	145	61,4	
Não	115	50,9	111	49,1	0,01

Tabela 4 - Razões de Prevalência para ausência de uso consistente do preservativo em estudantes de Medicina de uma Universidade privada no interior do Estado do Rio de Janeiro, segundo parceria fixa e Relacionamentos ocasionais, ajustados por Sexo, Idade e Renda *per capita* familiar

	RP	IC (95%)	p
<i>PARCEIRO FIXO</i>			
	1,85	1,44 - 2,37	< 0,01
Modelo Ajustado por Sexo	1,86	1,45 - 2,39	< 0,01
Modelo Ajustado por Sexo e Idade	1,87	1,45 - 2,43	< 0,01
Modelo Ajustado por Sexo, Idade e Renda Familiar	1,95	1,47 - 2,57	< 0,01
<i>RELACIONAMENTOS OCASIONAIS</i>			
	0,80	0,68 - 0,94	0,01
Modelo Ajustado por Sexo	0,80	0,67 - 0,95	0,01
Modelo Ajustado por Sexo e Idade	0,79	0,66 - 0,94	0,01
Modelo Ajustado por Sexo, Idade e Renda Familiar	0,81	0,67 - 0,97	0,02

Uso de preservativos entre estudantes do
curso de Medicina de uma universidade
privada do Estado do Rio de Janeiro e sua
associação com o consumo de drogas
psicoativas

Resumo

O uso consistente de preservativos constitui a principal estratégia de prevenção da AIDS, bem como de outras Infecções sexualmente transmissíveis. Neste contexto, o perfil de uso de preservativos em estudantes de medicina é de especial interesse, principalmente quando consideramos o papel de formuladores de opinião desempenhado por profissionais médicos. Este estudo investiga hábitos e comportamentos sexuais e a prevalência de uso de preservativo de estudantes do curso de medicina e sua associação com abuso de substância psicoativas. Dados relativos a 643 estudantes de um curso de medicina de uma Universidade do interior do estado do Rio de Janeiro foram colhidos por meio de um questionário anônimo e auto-preenchível. A prevalência de uso consistente do preservativo foi de 44,5% (n=207). Em relação ao abuso de substâncias, as maiores prevalências foram relativas ao álcool (63,6% - n=405), tabaco (28,2% - n=180) e maconha (18,5% - n=119). A prevalência de uso inconsistente de preservativos foi 25% mais alta entre estudantes classificados sob risco ou dependência de drogas ilícitas (compreendendo, simultaneamente, o consumo de maconha, cocaína, alucinógenos, ópio e inalantes) foi de 1,25, quando comparados aos abstêmios e de baixo risco (RP= 1,25 - IC 95% 1,04-1,49), após ajuste por sexo idade e renda familiar. A percepção do risco desempenha um papel chave neste assunto, não somente por possibilitar o aumento à adesão ao uso do condom, mas também por diminuir o abuso de drogas ilícitas.

Palavras chaves: sexualidade, preservativo , abuso de drogas

Abstract

The consistent use of condoms remains a paramount in AIDS (and other STD's) preventions strategies. In this context, medical students' condom use profile is of special interest, specially when we consider the opinion maker role of medical professionals in our society. The aim of the present article is to report data concerning sexual behavior and prevalence of condom use of medical students of a Brazilian private medical school in Rio de Janeiro State and its association with substance abuse. Data upon 643 medical students was collected by means of an anonymous and self-administered questionnaire. Analysis were conducted by means of Poisson regression with robust variance estimation of raw and adjusted prevalence ratios and 95% confidence interval. Prevalence of consistent condom use was 44,5% (n=207). As for substance abuse the higher incidences found were for alcohol (63,6% - n=405), tobacco (28,2% - n=180) and marijuana (18,5% - n=119). Prevalence of unconsistent condom use was 25% higher to students considered at risk or dependence for marijuana, when compared to non-users or low risk (PR= 1,25 - IC 95% 1,04-1,50), adjusted for sex, age and familiar income. Prevalence of unconsistent condom use was 25% higher to students considered at risk or dependence for illegal drugs (comprehending marijuana, cocaine hallucinogens and inhalants), when compared to non-users or low risk (PR= 1,25 - IC 95% 1,04-1,49), adjusted for sex, age and familiar income. Lower risk perception seems to play a key role in this subject, not only to increase condom use, but also to lower drug consumption.

Keywords: sexuality, condom, substance abuse

Introdução

O uso do preservativo de látex masculino, Camisa-de-Vênus ou camisinha em todas as relações sexuais tem sido proposto por várias agências de saúde, governamentais ou não, como o mais eficaz, simples e eficiente método disponível para a prevenção da transmissão sexual do HIV (vírus da AIDS) (UNAIDS, 2005; BRASIL, 2006). Relativamente barato, com pouca ou nenhuma restrição de uso, o preservativo pode ser utilizado com segurança, sem exigir qualquer habilidade específica, sendo eficaz como método contraceptivo e na prevenção de outras infecções/doenças sexualmente transmissíveis (ISTs) (UNAIDS, 2000; CDC, 1993).

De acordo com SPIZZICHINO et al. (2005), as infecções entre os jovens constituem uma importante parcela das novas infecções por HIV na população mundial, sendo a população jovem considerada uma das populações-alvo para as ações de educação e prevenção (UNAIDS, 2005). Em nosso país, o quadro descrito nas estatísticas globais se repete: dos 362.364 casos de AIDS registrados no Brasil, 33.867 (9,4%) foram diagnosticados em jovens entre 20 a 24 anos (BRASIL, 2004).

Embora os alunos de cursos universitários constituam apenas uma pequena parte de nossa população jovem, é importante ressaltar seu papel como formadores de opinião, que os identificam como um grupo-chave ao se formular estratégias de educação e prevenção da infecção pelo HIV (FRAUCHES & RODRIGUES, 2003; VIEIRA et al., 2000). Entre o já restrito grupo formado pelos universitários, os estudantes de Medicina são de especial interesse, não somente pelo conhecimento específico a que estes estudantes estão normalmente expostos, mas também por estarem futuramente envolvidos com a prevenção e tratamento da AIDS (WANG & ZHANG, 2002).

A adesão ao uso do preservativo deve ser compreendida dentro de um conjunto de vários eventos de vida que moldam/modulam estilos de vida (EVANS et al., 1998). Entre estes, o abuso de substâncias psicoativas (legais

e ilegais) tem sido levantado como importante evento/fator associado à baixa aderência aos preservativos. No Hospital Evandro Chagas, na cidade do Rio de Janeiro, DE SOUZA et al. (2002) acompanharam 675 homens que praticavam sexo com homens, encontrando uma razão de chances de 1,91 para sexo desprotegido entre usuários de cocaína e crack (se comparados aos voluntários que não se utilizavam destas substâncias). Segundo SANTELLI et al. (2001), o abuso destas substâncias não precisa ocorrer no momento mesmo do intercuro sexual desprotegido, constituindo antes elemento de um estilo de vida associado a riscos aumentados, entre indivíduos, parcerias e redes sociais.

O objetivo deste estudo foi identificar a eventual relação entre o abuso de substâncias psicoativas com o uso inconsistente do preservativo nos estudantes de Medicina.

Método

Desenho e população de estudo

Trata-se de um estudo seccional, do tipo censo, realizado em estudantes regularmente inscritos e com matrícula ativa no curso de Medicina de uma universidade privada no interior do estado do Rio de Janeiro. A instituição contava, em agosto de 2006, com 5227 alunos, sendo 724 alunos matriculados no curso de Medicina, em 12 períodos semestrais. A população de estudo proposta por este trabalho foi a totalidade dos alunos do Curso de Medicina.

Medidas

Foi utilizado como instrumento de avaliação um questionário auto-preenchível, que incluía questões relativas a aspectos sócio-demográficos e econômicos, comportamento sexual e abuso de substâncias psicoativas.

O uso de preservativo (desfecho em estudo) foi avaliado pela Escala de Estágios de Mudança para Uso de Preservativo – *Stages of Change for Condom Use Scale* (SCCUS) – adaptada para o português por MEYER et al.

(2003). Os estágios da escala são classificados em: Pré-Contemplanção, Contemplanção, Preparação, Ação e Manutenção. O uso foi definido como “consistente” uma vez que o indivíduo se apresentasse na fase de manutenção da escala, tendo sido o desfecho avaliado de forma dicotômica.

A variável de exposição relativa ao comportamento sexual investigada nesse estudo foi o abuso de substâncias psicoativas.

A avaliação do consumo de substâncias psicoativas foi feita por meio do “Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e outras Substâncias” (ASSIST), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), validado em sua versão brasileira (HENRIQUE et al., 2004). O escore do ASSIST resulta em quatro diferentes categorias referente a cada substância específica – “Abstêmio”, “Baixo Risco”, “Risco” e “Dependência”. O abuso de substâncias psicoativas foi considerado abusivo nas últimas duas categorias.

O questionário foi apresentado aos alunos no ambiente escolar, de acordo com as atividades regulares agendadas para cada período, evitando horários que prejudicassem suas atividades de ensino. O preenchimento do questionário foi realizado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte do aluno. Os questionários foram preenchidos de forma anônima, de forma que os dados referentes a determinado aluno não pudessem ser identificados. Após o preenchimento do Termo de Consentimento Informado e do questionário, o próprio aluno o depositava em uma urna lacrada, que somente era aberta ao final da coleta dos dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade na qual o estudo foi conduzido.

Análise estatística

Numa primeira etapa foram geradas e examinadas as distribuições de abuso das diferentes drogas avaliadas pelo ASSIST. Em seguida, foram realizadas análises bivariadas para avaliação da associação entre as variáveis em estudo e o uso consistente de preservativo. Utilizamos o teste

qui-quadrado para verificar se as associações encontradas apresentavam significância estatística ($p < 0,10$), valendo-nos deste critério para a seleção das possíveis variáveis de confusão. Aquelas associadas tanto à exposição quanto ao desfecho foram avaliadas por meio de modelos multivariados.

Na análise multivariada, utilizamos as razões de prevalências brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (THOMPSON *et al*, 1998), calculadas através de Modelo Linear Generalizado por regressão de Poisson com variância robusta, conforme proposto por BARROS & HIRAKATA (2003). O modelo de ajuste incluiu as variáveis: “Sexo”, “Idade” e “Renda *per capita* familiar”.

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa Stata, versão 8.

Resultados

Entre os 711 estudantes matriculados no Curso de Medicina, 643 (90,4%) alunos preencheram e retornaram os questionários do estudo. A frequência de respostas válidas variou de questão para questão, todavia a porcentagem de respostas não preenchidas não comprometeu nenhuma questão em especial.

No âmbito do comportamento sexual, 62,2% ($n=334$) dos estudantes referiram ter parceiro fixo e 47,2% ($n=256$) referiram ter relacionamentos ocasionais. Três-quartos dos estudantes (74,5%; $n=340$) relataram atividade sexual nos 30 dias anteriores à pesquisa e 10,6% ($n=58$) atividade em 60 dias, mas não nos últimos 30 dias.

Uma pequena proporção (14,9%; $n=81$) referiram não ter tido nenhuma atividade sexual nos 60 dias que antecederam a pesquisa. O número de parceiros sexuais entre os estudantes que disseram ter atividade sexual variou entre 01 e 10 parceiros. A atividade sexual com parceiro único foi relatada pela maioria dos respondentes (72,5%; $n=340$) e com dois parceiros por 15,4% ($n=72$) dos estudantes.

De acordo com a classificação do SCCUS, 29,6% (n=138) foram classificados no estágio de Pré-Contemplanção quanto ao uso de preservativos, de Contemplanção em 15,5% (n=72), de Preparação em 6,5% (n=30), de Ação em 3,9% (n=18), enquanto 44,5% (n=207) foram classificados no estágio de Manutenção.

As maiores prevalências para as categorias “Risco” e “Dependência” de abuso de substâncias psicoativas foram referentes ao abuso de Álcool (63,6%; n=405), Tabaco (28,2%; n=180) e Maconha (18,5%; n=119). A prevalência de cada uma destas categorias referente a cada substância pode ser vista na Tabela 1.

Os resultados da análise bivariada, considerando o uso consistente do preservativo como variável de desfecho, indicaram maior uso inconsistente de preservativo apenas em indivíduos em risco ou dependência para maconha ($p = 0,035$) e drogas ilícitas agrupadas (compreendendo Maconha, Cocaína, Alucinógenos, Ópio e Inalantes - $p=0,003$). Os outros resultados da análise bivariada, para cada uma das substâncias psicoativas, constam da Tabela 2.

Na análise multivariada, a razão de prevalências, ajustada por Sexo, idade e Renda *per capita* familiar, foi calculada com relação ao uso consistente de preservativo e “Risco” e “Dependência” para maconha, com uma RP de 1,25 (IC 95% 1,04-1,50). A RP referente ao uso consistente de preservativos e drogas ilícitas (compreendendo Maconha, Cocaína, Alucinógenos, Ópio e Inalantes) foi de 1,25 (IC 95% 1,04 - 1,49). Os valores detalhados destas análises podem ser vistos na Tabela 3.

Discussão

O presente trabalho se propõe a estudar aspectos do comportamento humano de natureza sensível e complexa: a sexualidade e o uso de substâncias psicoativas.

Em relação ao abuso de substâncias psicoativas, o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco foram as substâncias mais frequentemente consumidas, conforme o identificado por KERR-CORRÊA *et al.* (1999) que, considerando apenas consumo no mês anterior à entrevista, identificaram 50,0% e 33,0% de uso de álcool e tabaco, respectivamente, entre 3.725 alunos de nove cursos de medicina no estado de São Paulo. Achados semelhantes, com uma prevalência de 91,9% para uso de álcool e 50,5% para uso de tabaco (pelo menos uma vez na vida) foram relatados por STEMPLIUK *et al.* (2005), em estudo com 2.837 alunos de dos cursos das áreas de Ciências Humanas, Biológicas e Exatas da Universidade de São Paulo em 1996 e 2001.

Quanto às drogas ilícitas, o maior consumo evidenciado no âmbito do presente estudo foi o de maconha, com uma prevalência de 18,5% na categoria risco ou dependência, situação semelhante à encontrada por KERR-CORRÊA *et al.* (1999) em São Paulo, com uma prevalência variando de 17 a 31%, dependendo da escola médica analisada e considerando o uso durante a vida. Em estudo realizado entre 2002 e 2004 na Universidade Federal do Amazonas (LUCAS *et al.*, 2006) com 521 estudantes dos cursos de Farmácia, Odontologia e Medicina, a prevalência de abuso de maconha foi de 9,4% para o uso durante a vida.

Observou-se associação entre o consumo de substâncias psicoativas e o uso inconsistente de preservativo, quanto aos usuários de Maconha e para o conjunto de usuários de drogas ilícitas. Estes achados são compatíveis com os dados obtidos entre 10.645 indivíduos solteiros de 12 a 21 anos do *National Health Interview Survey (NHIS)* realizado em 1992 nos Estados Unidos (SANTELLI *et al.*, 2001). Neste estudo os autores constataram que embora os usuários de drogas ilícitas apresentem menor prevalência de uso consistente de preservativos, o abuso de drogas concomitante à relação sexual não foi comum. Da mesma forma, FORTENBERRY (1995) em artigo de revisão bibliográfica, aponta que o abuso de substâncias (principalmente o álcool, maconha e cocaína) pode

estar ou não relacionado à não utilização do preservativo, dependendo do grupo em estudo. Em estudo realizado através de registros diários de 1.265 relações sexuais de 82 jovens do sexo feminino atendidas em uma clínica para tratamento de IST's em uma área metropolitana dos Estados Unidos, (FORTENBERRY *et al.*, 1997) a associação temporal entre o abuso de drogas e o sexo desprotegido também não foi encontrada. A hipótese de uma percepção diminuída de risco e/ou a adoção de estilo de vida que envolve mais riscos parece ser a mais próxima de explicar tal comportamento.

Em estudo realizado com dados do *Youth Risk Behavior Survey*, estudo de base populacional obtido por meio de questionários com adolescentes de escolas secundárias norte-americanas em 1990 (LOWRY *et al.*, 1994) a associação entre o consumo na vida de maconha, assim como da cocaína apresentou uma razão de chances de 1,7 e 2,3 respectivamente para o uso inconsistente de preservativos.

No Hospital Evandro Chagas, na cidade do Rio de Janeiro, DE SOUZA *et al.* (2002) acompanharam uma coorte de 675 homens que praticavam sexo com homens, encontrando uma razão de chances de 1,91 para o relato de sexo anal desprotegido entre usuários de cocaína e *crack* (se comparados aos voluntários que não se utilizavam destas substâncias), com relação às respostas a um questionário de avaliação aplicado na consulta de linha-de-base, quando do ingresso na coorte, entre 1994 -1999.

No presente estudo, a associação com o uso inconsistente de preservativos, tanto com relação à maconha como para o conjunto de drogas ilícitas, se manteve mesmo após o ajuste para sexo, idade e renda familiar.

A principal limitação do presente estudo se deve ao fato de se tratar de uma população restrita, com características bastante específicas (estudantes de medicina de uma universidade privada).

Outra limitação se deve ao fato de lidarmos com uma população que, a princípio, tem (ou deveria ter) um bom conhecimento teórico acerca da importância do uso do preservativo para a prevenção das ISTs e dos possíveis danos e riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas, fato que poderia levar a algumas discrepâncias nos dados obtidos, pois os estudantes podem ter optado pela resposta “mais correta” (“socialmente aceitável”), relatando um uso de preservativo mais consistente do que o que efetivamente fizeram e um consumo de substâncias psicoativas aquém do que efetivamente consumiram, resultando em subestimação da associação encontrada. Um estudo mais aprofundado desta população, com uma opção pela abordagem qualitativa, poderia propiciar uma visão complementar da situação, possibilitando um maior conhecimento e uma compreensão mais refinada da dinâmica subjacente ao uso inconsistente de preservativos.

O presente trabalho indica que necessitamos mais que apenas desenvolver estratégias de convencimento para o uso específico de preservativos ou para a abstenção do abuso de substâncias psicoativas. É necessário que se desenvolvam estratégias mais efetivas de conscientização que possam permitir aos indivíduos a adoção de um estilo de vida que envolva menor risco.

Referências:

- BARROS A.J.D.; HIRAKATA, V. N. *Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: na empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio*. BMC Medical Research Methodology, 3:21-34, 2003.
- BORGES, A. L. V.; SCHOR, N.: *Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002*. Cadernos de Saúde Pública, 21(2):499-507, 2005.

- BORGES, L. DE O.; ARGOLO, J.C.T. *Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais*. Avaliação Psicológica. v. 1: 17-27, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST Brasília, DF*. v. 1 (1): 26-29, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST*. Brasília – DF, 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Pesquisa entre conscritos do Exército Brasileiro - Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV 1996 - 2002*. Brasília – DF, 2002.
- BRUNO, Z. V. S., TEIXEIRA, M.A.; SILVA, L.G.M; SILVA,R.B.; GUANABARA, R.B.; OLIVEIRA, E. M.; CHAGAS, F. *Sexualidade e anticoncepção na adolescência: conhecimento e atitude*. Reprodução e climatério v.12(3): 03, 1997.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. *Update: Barrier Protection Against HIV infection and Other Sexually Transmitted Diseases*. MMWR. V. 42(30): 589-591, 1993.
- CODES, J. S.; COHEN, D. A.; MELO, N. A. *Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não-clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. V.24(2): 101-106, 2002.
- DE SOUZA, CT; DIAZ, T; SUTMOLLER, F; BASTOS FI. *The association of socioeconomic status and use of crack/cocaine with unprotected anal sex in a cohort of men who have sex with men in Rio de Janeiro, Brazil*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome. v. 29(1): 95-100, 2002.

- EVANS, B.A.; KELL, P.D.; BOND, R.A.; MACRAE, K.D.. *Racial origin, sexual lifestyle, and genital infection among women attending a genitourinary medicine clinic in London (1992)* Sexually Transmitted Infections. v. 74; 45-49, 1998.
- FRAUCHES, D.O.; RODRIGUES, M.M.P. *Estudantes de medicina e suas atitudes em relação à Aids em Vitória (ES)*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. v. 52 (3): 201-210, 2003.
- FORTENBERRY, J.D. *Adolescent substance use and sexually transmitted diseases risk: a review*. Journal of Adolescent Health. v.16(4):304-308, 1995.
- FORTENBERRY, J.D.; ORR, D.P.; KATZ, B.P.; BRIZENDINE, E.J.; BLYTHE M.J. *Sex under the influence. A diary self-report study of substance use and sexual behavior among adolescent women*. Sexually Transmitted Diseases. v.24(6):313-319, 1997.
- HENRIQUE, I.F.S.; MICHELI, D.; LACERDA, R.B.; LACERDA, L.A.; FORMIGONI, M.L.O.S. *Validação da Versão Brasileira do Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST)*. Revista da Associação Médica Brasileira. v. 50(2): 199-206, 2004.
- KERR-CORRÊA, F.; ANDRADE, A.G.; BASSIT, A.Z.; BOCCUTO, N.M.V.F. *Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp* Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 21(2):95-100, 1999.
- LOWRY, R.; HOLTZMAN, D.; TRUMAN, B.I.; KANN, L.; COLLINS, J.L.; KOLBE, L.J. *Substance use and HIV-related sexual behaviors among US high school students: are they related?* American Journal of Public Health. v.84(7): 1116–1120, 1994.

- LUCAS, A.C.S.; PARENTE, R.C.P.; PICANCO, N. S.; CONCEIÇÃO, D.A.; COSTA, K.R.C.; MAGALHÃES, K.R.C.; SIQUEIRA J.C.A. *Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública. V.22(3): 663-671, 2006
- MEYER, E.; CARVALHAL, A.; PECHANSKYA, F. *Adaptation for Brazilian Portuguese of a scale to measure willingness to wear condoms*. Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 25(4):224-227, 2003.
- PAIVA, V.; VENTURI, G.; FRANÇA-JR, I. ; LOPES, F. 2- *Uso de preservativos - Pesquisa NACIONAL MS / IBOPE 2003* - Acessado em 10/12/06 em www.aids.gov.br
- PIROTTA, K. C. M. *Não há guarda chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP*. Tese Apresentada a Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública - Departamento de Saúde Materno-Infantil para obtenção do grau de Doutor. São Paulo, 2002.
- SANCHES K. R. B. *A Aids e as Mulheres Jovens: Uma Questão de Vulnerabilidade*. Tese apresentada à ENSP-FIOCRUZ para obtenção do Título de Doutor. Rio de Janeiro, 1999
- SANTELLI, JS; ROBIN, L; BRENER, ND; LOWRY, R. *Timing of alcohol and other drug use and sexual risk behaviors among unmarried adolescents and young adults*. Family Planning Perspectives. v. 33(5):200-205, 2001.
- SARRIERA, J.C.; SCHWARCZ, C.; CÂMARA, S.G. *Bem-estar psicológico: análise fatorial da escala de Goldberg (GHQ-12) numa amostra de jovens*. Psicologia: Reflexão e Crítica. v. 9: 293-306, 1996.

- SOUZA, F.G.M.; MENEZES, M.G.C. *Estresse nos Estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará*. Revista Brasileira de Educação Médica. v. 29(2): 91-96, 2005.
- SPIZZICHINO, L.; PICCINNO, F; PEDONE, G; GALLO, P; VALLI, R; COTTI, L; BIANCONI, M; LUZI A M. *Adolescenti e HIV: Le campagne informative dei giovani per i Giovani*. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità. v. 41(1):113-118, 2005.
- STEMPLIUK, V.A.; BARROSO, L. P.; ANDRADE, A. G. NICASTRI, S.; MALBERGIER, A. *Estudo comparativo entre 1996 e 2001 do uso de drogas por alunos da graduação da Universidade de São Paulo: Campus São Paulo*. Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 27(3): 185-193, 2005
- THOMPSON, M.L.; MYERS, J.E.; KRIEBEL, D. *Prevalence odds ratio or prevalence ratio in the analysis of cross sectional data: what is to be done?* Occupational and Environmental Medicine, Vol 55, 272-277, 1998.
- THOMSEN, S.; STALKER, M.; TOROITICH-RUTO, C. *Fifty ways to leave your rubber: how men in Mombasa rationalise unsafe sex*. Sexually Transmitted Infections, 80;430-434, 2004.
- UNAIDS. *AIDS epidemic update: special report on HIV/AIDS*. December, 2006.
- UNAIDS. *Condom Social marketing: Selected case studies*. UNAIDS: Switzerland, 2000.
- UNAIDS. *Intensifying HIV prevention: a UNAIDS policy position paper*. UNAIDS: Switzerland, 2005.

- VIANA, F. J. M.; FAUNDES, A.; MELLO, M. B. *Fatores associados a sexo seguro entre alunos de escolas públicas em Minas Gerais, Brasil.* Cadernos de Saúde Pública, 23(1):43-51, 2007.
- VIEIRA, E M; VILLELA, WV; REA, M F. *Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do Município de São Paulo.* Cadernos de Saúde Pública. v. 16(4), 997-1009, 2000.
- WANG L, ZHANG KL. *AIDS-related knowledge, condom usage among medical postgraduates.* Biomedical Environment Science. 2002 Jun; 15(2):97-102.
- WHO ASSIST WORKING GROUP. *The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility.* Addiction. v. 97: 1183-1194,2002.

Tabelas

Tabela 1 - Uso de substâncias psicoativas em estudantes de um Curso de Medicina de uma Universidade do interior do Estado do Rio de Janeiro

Variável	Abstêmio		Categoria				Dependência	
	n	%	Baixo Risco	Risco	Risco	Risco	n	%
<i>Uso de Substâncias</i>								
Tabaco	301	47,2%	157	24,6%	175	27,4%	5	0,8%
Alcool	67	10,5%	168	26,3%	401	62,7%	4	0,6%
Maconha	403	62,8%	120	18,7%	115	17,9%	4	0,6%
Cocaína	565	88,0%	48	7,5%	29	4,5%	0	0,0%
Alucinógenos	561	87,4%	60	9,3%	21	3,3%	0	0,0%
Estimulantes	498	77,7%	99	15,4%	44	6,9%	0	0,0%
Hipnóticos	533	83,0%	79	12,3%	29	4,5%	1	0,2%
Opióides	612	95,5%	25	3,9%	4	0,6%	0	0,0%
Inalantes	400	62,4%	169	26,4%	71	11,1%	1	0,2%
Outras	612	95,3%	27	4,2%	3	0,5%	0	0,0%

Tabela 2 - Uso do condom em estudantes de um Curso de Medicina de uma Universidade do interior do Estado do Rio de Janeiro, segundo uso de substâncias psicoativas

Variável	Uso Consistente do Condom				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Tabaco					
Abstêmio/Baixo Risco	146	45,8	173	54,2	
Risco/Dependência	60	41,7	84	58,3	0,41
Alcool					
Abstêmio/Baixo Risco	61	42,1	84	57,9	
Risco/Dependência	145	45,5	174	54,5	0,50
Maconha					
Abstêmio/Baixo Risco	168	47,1	189	52,9	
Risco/Dependência	38	35,5	69	64,5	0,04
Cocaína					
Abstêmio/Baixo Risco	191	43,8	245	56,2	
Risco/Dependência	15	53,6	13	46,4	0,31
Alucinógenos					
Abstêmio/Baixo Risco	200	44,8	246	55,2	
Risco/Dependência	6	33,3	12	66,7	0,34
Estimulantes					
Abstêmio/Baixo Risco	185	43,7	238	56,3	
Risco/Dependência	20	50,0	20	50,0	0,45
Hipnóticos					
Abstêmio/Baixo Risco	195	44,7	241	55,3	
Risco/Dependência	11	39,3	17	60,7	0,57
Opióides					
Abstêmio/Baixo Risco	204	44,3	256	55,7	
Risco/Dependência	2	50,0	2	50,0	0,82
Inalantes					
Abstêmio/Baixo Risco	175	43,8	225	56,3	
Risco/Dependência	31	49,2	32	50,8	0,21
Outras					
Abstêmio/Baixo Risco	206	44,6	256	55,4	
Risco/Dependência	0	0,0	2	100,0	0,21
Drogas Ilícitas					
Abstêmio/Baixo Risco	159	47,6	175	52,4	
Risco/Dependência	47	36,4	82	63,6	0,03

Obs.: A categoria "Drogas Ilícitas" reúne Maconha, Cocaína, Alucinógenos, Opio e Inalantes

Tabela 3 - Razões de Prevalência para ausência de uso consistente do preservativo em estudantes de um Curso de Medicina de uma Universidade do interior do Estado do Rio de Janeiro, segundo Risco ou Dependência para Maconha e Drogas Ilícitas, ajustados por Sexo, Idade e Renda *per capita* familiar

	RP	IC (95%)	p
MACONHA	1,22	1,03 - 1,45	0,02
Modelo Ajustado por Sexo	1,24	1,04 - 1,48	0,01
Modelo Ajustado por Sexo e Idade	1,24	1,04 - 1,48	0,02
Modelo Ajustado por Sexo, Idade e Renda Familiar	1,25	1,04 - 1,50	0,02
DROGAS ILÍCITAS	1,21	1,03 - 1,43	0,02
Modelo Ajustado por Sexo	1,23	1,04 - 1,46	0,02
Modelo Ajustado por Sexo e Idade	1,24	1,04 - 1,47	0,02
Modelo Ajustado por Sexo, Idade e Renda Familiar	1,25	1,04 - 1,49	0,02

Obs.: A categoria "Drogas Ilícitas" reúne Maconha, Cocaína, Alucinógenos, Ópio e Inalantes

O presente estudo indica algumas mudanças do comportamento sexual, como a maior prevalência da primeira relação sexual com um parceiro estável e a maior prevalência do uso consistente do preservativo tanto na coitarca quanto nas relações sexuais recentes.

Avariável mais relacionada ao uso inconsistente de preservativo no presente estudo foi a parceria estável, o que possivelmente está relacionado à percepção nem sempre acurada de um menor risco por parte dos indivíduos inseridos em relacionamentos desta natureza. A presença de relacionamentos ocasionais (que não excluem a concomitância de um relacionamento estável) foi identificada como fator associado ao uso consistente do preservativo, corroborando a hipótese de que estes indivíduos têm uma percepção de maior risco em suas atividades sexuais.

Em relação ao abuso de substâncias psicoativas, o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco foram as substâncias mais freqüentemente consumidas. Quanto às drogas ilícitas, o maior consumo evidenciado no âmbito do presente estudo foi o de maconha.

Foi observada a associação entre o consumo de substâncias psicoativas e o uso inconsistente de preservativo, quanto aos usuários de Maconha e para o conjunto de usuários de drogas ilícitas (Maconha, Cocaína, Alucinógenos, Ópio e Inalantes). A hipótese de uma percepção diminuída de risco e/ou a adoção de estilo de vida que envolve mais riscos parece ser a mais próxima de explicar tal comportamento.

O presente trabalho indica que necessitamos mais que apenas desenvolver estratégias de convencimento para o uso específico de preservativos ou para a abstenção do uso de substâncias psicoativas. É necessário que se desenvolvam estratégias mais efetivas de conscientização que possam permitir aos indivíduos a adoção de um estilo de vida que envolva menor risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS A.J.D.; HIRAKATA, V. N. *Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: na empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio*. BMC Medical Research Methodology, 3:21-34, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST* , Brasília, DF. v. 1 (1): 26-29, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Pesquisa entre conscritos do Exército Brasileiro - Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV 1996 - 2002*. Brasília – DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Estratégico Programa Nacional de DST e Aids 2005*. Brasília – DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST*. Brasília – DF, 2006.
- BROWN S & WIMBERLY Y. *Reducing HIV/AIDS transmission among African-American females: is the female condom a solution?* Journal of National Medical Association. v. 97(10): 1421-3, 2005.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. *Update: Barrier Protection Against HIV infection and Other Sexually Transmitted Diseases*. MMWR. V. 42(30): 589-591, 1993..
- CROEN, L.G.; WOESNER, M.; HERMAN, M. & REICHGOTT, M. *A longitudinal study of substance use and abuse in a single class of medical students*. Academic Medicine. v. 72 (5): 376-381, 1997.
- DE SOUZA, CT; DIAZ, T; SUTMOLLER, F; BASTOS FI. *The association of socioeconomic status and use of crack/cocaine with unprotected anal sex in a*

- cohort of men who have sex with men in Rio de Janeiro, Brazil.* Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome. v. 29(1): 95-100, 2002.
- EVANS, B.A.; KELL, P.D.; BOND, R.A.; MACRAE, K.D.. *Racial origin, sexual lifestyle, and genital infection among women attending a genitourinary medicine clinic in London (1992)* Sexually Transmitted Infections. v. 74; 45-49, 1998.
- FERES, A. D; REZENDE, D. F.; BOTELHO, F. H. W; CAMARA, F G; PINTO, G. A. M; MARTINS, L C. F; COSTA, J O. *O uso de preservativo pelos alunos da Faculdade de Medicina de Barbacena, em uma abordagem sociocultural a respeito da AIDS DST* Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. v. 13(6): 31-35, 2001
- FINNEY, H. *Contraceptive use by medical students whilst on holiday.* Family Practice. v. 20(1): 93, 2003.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade: O desejo de Saber.* Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- FRAUCHES, D.O.; RODRIGUES, M.M.P. *Estudantes de medicina e suas atitudes em relação à Aids em Vitória (ES).* Jornal Brasileiro de Psiquiatria. v. 52 (3): 201-210, 2003.
- GIR, E.; MORIYA, T.M.; HAYASHIDA, M.; DUARTE, G.; MACHADO, A.A. *Medidas preventivas contra a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde.* Revista latino-americana de enfermagem. v. 7(1): 11-17, 1999.
- HENRIQUE, I.F.S.; MICHELI, D.; LACERDA, R.B.; LACERDA, L.A.; FORMIGONI, M.L.O.S. *Validação da Versão Brasileira do Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST).* Revista da Associação Médica Brasileira. v. 50(2): 199-206, 2004.

- JAMES, JS. *Ronald Reagan Remembered* . AIDS Treatment News. June 12, 2004.
- KERR-CORRÊA, F.; ANDRADE, A.G.; BASSIT, A.Z.; BOCCUTO, N.M.V.F. *Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp* Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 21(2):95-100, 1999.
- MEYER, E.; CARVALHAL, A.; PECHANSKYA, F. *Adaptation for Brazilian Portuguese of a scale to measure willingness to wear condoms*. Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 25(4):224-227, 2003.
- OLADAPO, O.T.; SULE-ODU, A.O.; DANIEL, O.J.; FAKOYA, T.A. *Sexual behaviour and contraceptive practice of future doctors in Southwest Nigeria*. Journal of Obstetrics and Gynaecology. v. 25(1):44-8, 2005.
- OLIVEIRA, I.C.P.; DIAS, M.R. *Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico*. Psicologia: Reflexão e Crítica. v. 15: 293-301, 2002.
- PIROTTA, K. C. M. *Não há guarda chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP*. Tese Apresentada a Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública - Departamento de Saúde Materno-Infantil para obtenção do grau de Doutor. São Paulo, 2002.
- SALOMON J.A., HOGAN D.R., STOVER J., STANECKI K.A.; WALKER N. *Integrating HIV prevention and treatment: From slogans to impact*. PLoS Medicine. v. 2(16): 50-56, 2005.
- SANTELLI, JS; ROBIN, L; BRENER, ND; LOWRY, R. *Timing of alcohol and other drug use and sexual risk behaviors among unmarried adolescents and young adults*. Family Planning Perspectives. v. 33(5):200-205, 2001.

- SEKADDE-KIGONDU, C; OJWANG, S. B. O; NYUNYA, B. O; KAMAU, R. K; THAGANA, N. G; NYAGERO, J. M. *Sexuality and the use of condom among male university students*. World Health Organization, 1994.
- SOUZA, F.G.M.; LANDIM, R. M.; PERDIGAO, F. B; MORAIS, R. M.; CARNEIRO FILHO, B. A. *Consumo de drogas e desempenho acadêmico entre estudantes de medicina no Ceará*. Revista de psiquiatria clínica. v. 26(4):188-194, 1999.
- SPIZZICHINO, L.; PICCINNO, F; PEDONE, G; GALLO, P; VALLI, R; COTTI, L; BIANCONI, M; LUZI A M. *Adolescenti e HIV: Le campagne informative dei giovani per i Giovani*. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità. v. 41(1):113-118, 2005
- TAMAYO, A; LIMA, A; MARQUES, J; MARTINS, L. *Prioridades axiológicas e uso de preservativo*. Psicologia: Reflexão e Crítica. v. 14(1), 167-75, 2001.
- UNAIDS. *AIDS epidemic update: December 2004*. UNAIDS: Switzerland, 2004.
- UNAIDS. *Condom Social marketing: Selected case studies*. UNAIDS: Switzerland, 2000.
- UNAIDS. *Intensifying HIV prevention: a UNAIDS policy position paper*. UNAIDS: Switzerland, 2005.
- VIEIRA, E M; VILLELA, WV; REA, M F. *Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do Município de São Paulo*. Cadernos de Saúde Pública. v. 16(4), 997-1009, 2000.
- VIGO, A. *Modeling common outcomes: bias and precision*. Cad. Saúde Pública. v.22,(11), 2006.
- VOLANTE, R; ZOLA, P; SISMONDI, P. *Graduate medical students and contraception. Study on a sample of 6th year students at the University of Turin Medical School*. Minerva Ginecologica. v. 30(7-8):635-640, 1978.

- WANG L, ZHANG KL. *AIDS-related knowledge, condom usage among medical postgraduates*. Biomedical Environmental Science. v. 15(2):97-102, 2002.
- WANG, CC; MCCLELLAND, RS; OVERBAUGH, J; REILLY, M; PANTELEEFF, DD; MANDALIYA, K; CHOCHAN, B; LAVREYS, L; NDINYA-ACHOLA, J; KREISS, JK. *The effect of hormonal contraception on genital tract shedding of HIV-1*. AIDS. v. 23;18(2): 205-209, 2004.
- WELLER S; DAVIS K. *Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission*. Family Planning Perspectives. v. 31(6): 272–279, 1999.
- WHO ASSIST WORKING GROUP. *The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility*. Addiction. v. 97: 1183-1194,2002.
- WILSON, D.P.; BLOWER, S.M. *Designing equitable antiretroviral allocation strategies in resource-constrained countries*. PLoS Medicine. v. 2(2): 132-141, 2005.

Matrícula: _____ Data da entrevista : _____

Qual período você está cursando? _____

Qual a sua data de nascimento? _____

Em que município e estado você nasceu?

Município: _____

Estado: _____

País (se não for nascido no Brasil): _____

Qual a sua data de ingresso na faculdade? _____

Qual o seu sexo?

Masculino

Feminino

O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor das pessoas. Se você tivesse que responder ao censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

Preta

Parda

Branca

Amarela

Indígena

Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)

Adventista

Candomblé

Católica

Espírita

Judaica

Protestante clássica

Protestante pentecostal

Testemunha de Jeová

Umbanda

Outra(especifique): _____

Não tenho religião

Em que religião você foi criado(a)? (Se for o caso, marque mais de uma)

- Adventista
- Candomblé
- Católica
- Espírita
- Judaica
- Protestante clássica
- Protestante pentecostal
- Testemunha de Jeová
- Umbanda
- Outra(especifique): _____
- Não tenho religião

Qual a escolaridade do seu pai?

- Não freqüentou escola
- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Superior
- Não conheci/morreu cedo

Qual a escolaridade da sua mãe?

- Não freqüentou escola
- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Superior
- Não conheci/morreu cedo

Estado civil:

- Solteiro (a)
- Casado (a), ou Vivendo em união
- Divorciado (a)
- Outro: _____

No mês passado, qual foi aproximadamente a sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas da casa?

NÃO

Se usou, QUAL(IS)?

Tabela

Camisinha

Coito interrompido

Pílula

DIU

Injetável

Diafragma

Camisinha feminina

Outros:

Quem prescreveu/recomendou o método que você utilizou?

Eu mesmo escolhi

Médico

Amigo

Farmacêutico

O meu parceiro(a) já utilizava o método.

Outro: _____

Lembre-se, sexo é aqui definido como somente sexo vaginal ou anal (não considere sexo oral ou outro tipo de sexo).

1. Você teve relações sexuais com alguém durante os últimos 30 dias ou 2 meses?

(1) Eu tive relações sexuais nos últimos 30 dias (para as questões 2-5 circule 30 dias).

(2) Eu tive relações sexuais nos últimos 2 meses, mas não nos últimos 30 dias (para as questões 2-5 circule 2 meses).

(3) Não, eu não tive relações sexuais durante os últimos 2 meses (então, pule as questões 2-5).

2. Com quantos parceiros você teve relações sexuais nos últimos (30 dias ou 2 meses)? _____

3. Quantas vezes nos últimos (30 dias ou 2 meses) você teve relações sexuais? _____

4. Quantas vezes nos últimos (30 dias ou 2 meses) você usou preservativo (camisinha) quando teve relações sexuais? _____

5. Quando você teve relações sexuais nos últimos (30 dias ou 2 meses), com que frequência usou preservativa (camisinha)?

(1) sempre

(2) quase todas às vezes

(3) algumas vezes

(4) quase nunca

(5) nunca

6. Você está pensando ou planeja usar preservativo (camisinha) em todas as relações sexuais?

(1) Não, eu não tenho pensado sobre usar.

(2) Sim, Eu tenho pensado a respeito de usar nos próximos 6 meses.

(3) Sim, eu tenho planejado usar nos próximos 30 dias.

(4) Eu já uso preservativo (camisinha) todo tempo.

7. Desde quando você usa preservativo (camisinha) o tempo todo, quando tem relações sexuais?

(1) Eu não tenho usado preservativo todo tempo.

(2) 1-3 meses.

(3) 4-6 meses.

(4) 7-11 meses.

(5) 1 ano ou mais.

1 - Na sua vida, qual(is) dessas substância você já usou? (SOMENTE USO NAO-MEDICO)	
NÃO	SIM
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	<input type="checkbox"/>
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vernutes...)	<input type="checkbox"/>
c. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	<input type="checkbox"/>
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)	<input type="checkbox"/>
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)	<input type="checkbox"/>
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)	<input type="checkbox"/>
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)	<input type="checkbox"/>
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)	<input type="checkbox"/>
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)	<input type="checkbox"/>
j. Outras, Especificar : _____	<input type="checkbox"/>

2 - Durante os últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)					
	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vernutes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Outras, Especificar : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3 - Durante os últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência de consumir?
(Primeira droga, depois a segunda droga, etc)**

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)					
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vernutes...)					
c. Maconha (baseado, enfa, haxixe ...)					
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)					
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)					
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)					
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)					
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)					
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)					
j. Outras, Especificar : _____					

**4 - Durante os últimos meses, com que frequência o seu consumo de
(Primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?**

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)					
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vernutes...)					
c. Maconha (baseado, enfa, haxixe ...)					
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)					
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)					
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)					
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)					
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)					
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)					
j. Outras, Especificar : _____					

5 - Durante os últimos meses, com que frequência, por causa do seu consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)					
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vermutes...)					
c. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)					
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)					
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)					
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)					
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)					
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)					
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)					
j. Outras, Especificar : _____					

6 - Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?

	NÃO, nunca	SIM, Mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)			
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vermutes...)			
c. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)			
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)			
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)			
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)			
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)			
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)			
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)			
j. Outras, Especificar : _____			

7 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?

	NÃO, nunca	SIM, Mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fimo de corda...)			
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vernutes...)			
c. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)			
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)			
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)			
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)			
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)			
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)			
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)			
j. Outras, Especificar : _____			

8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico)?

NÃO, nunca	SIM, Mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANEXO 02 – Escala de Estágios de Mudança para Uso de preservativos

Lembre-se, sexo é aqui definido como somente sexo vaginal ou anal (não considere sexo oral ou outro tipo de sexo).

1. Você teve relações sexuais com alguém durante os últimos 30 dias ou 2 meses?
 - (1) Eu tive relações sexuais nos últimos 30 dias (para as questões 2-5 circule 30 dias).
 - (2) Eu tive relações sexuais nos últimos 2 meses, mas não nos últimos 30 dias (para as questões 2-5 circule 2 meses).
 - (3) Não, eu não tive relações sexuais durante os últimos 2 meses (então, pule as questões 2-5).

2. Com quantos parceiros você teve relações sexuais nos últimos (30 dias ou 2 meses)? _____

3. Quantas vezes nos últimos (30 dias ou 2 meses) você teve relações sexuais? _____

4. Quantas vezes nos últimos (30 dias ou 2 meses) você usou preservativo (camisinha) quando teve relações sexuais?

5. Quando você teve relações sexuais nos últimos (30 dias ou 2 meses), com que frequência usou preservativa (camisinha)?
 - (1) sempre
 - (2) quase todas às vezes
 - (3) algumas vezes
 - (4) quase nunca
 - (5) nunca

6. Você está pensando ou planeja usar preservativo (camisinha) em todas as relações sexuais?
 - (1) Não, eu não tenho pensado sobre usar.
 - (2) Sim, Eu tenho pensado a respeito de usar nos próximos 6 meses.
 - (3) Sim, eu tenho planejado usar nos próximos 30 dias.
 - (4) Eu já uso preservativo (camisinha) todo tempo.

7. Desde quando você usa preservativo (camisinha) o tempo todo, quando tem relações sexuais?
 - (1) Eu não tenho usado preservativo todo tempo.
 - (2) 1-3 meses.
 - (3) 4-6 meses.
 - (4) 7-11 meses.
 - (5) 1 ano ou mais.

**ANEXO 03 – Teste de Triagem do Envolvimento com
Álcool, Tabaco e Outras Substâncias (ASSIST)**

I - Na sua vida, qual(is) dessas substância você já usou? (SOMENTE USO NAO-MEDICO)	
NAO	SIM
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	<input type="checkbox"/>
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uisque, vodca, verutes...)	<input type="checkbox"/>
c. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	<input type="checkbox"/>
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)	<input type="checkbox"/>
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)	<input type="checkbox"/>
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)	<input type="checkbox"/>
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)	<input type="checkbox"/>
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)	<input type="checkbox"/>
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)	<input type="checkbox"/>
j. Outras, Especificar : _____	<input type="checkbox"/>

2 - Durante os últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)					
	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uisque, vodca, verutes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Outras, Especificar : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3 - Durante os últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência de consumir?
(Primeira droga, depois a segunda droga, etc)**

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)					
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vernutes...)					
c. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)					
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)					
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)					
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)					
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)					
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)					
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)					
j. Outras. Especificar: _____					

**4 - Durante os últimos meses, com que frequência o seu consumo de
(Primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?**

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)					
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vernutes...)					
c. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)					
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)					
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)					
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)					
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)					
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)					
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)					
j. Outras. Especificar: _____					

5 - Durante os últimos meses, com que frequência, por causa do seu consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)					
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vernutes...)					
c. Maconha (baseado, enfa, haxixe...)					
d. Cocaina, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)					
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)					
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)					
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)					
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)					
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)					
j. Outras, Especificar : _____					

6 - Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?

	NÃO,nunca	SIM, Mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)			
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vernutes...)			
c. Maconha (baseado, enfa, haxixe ...)			
d. Cocaina, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)			
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)			
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)			
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)			
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)			
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)			
j. Outras, Especificar : _____			

7 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?

	NÃO, nunca	SIM, Mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados de tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fimo de corda...)			
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vernutes...)			
c. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)			
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem)			
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)			
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho da loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina ...)			
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol ...)			
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá de lírio, cogumelos ...)			
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína ...)			
j. Outras. Especificar : _____			

8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico)?

	NÃO, nunca	SIM, Mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses

