

**LUCIANE FERREIRA DO VAL**

**ESTUDO DOS FATORES RELACIONADOS  
À AIDS ENTRE ESTUDANTES DO  
ENSINO MÉDIO**

**Dissertação apresentada à  
Escola de Enfermagem da  
Universidade de São Paulo,  
para obtenção do título de  
Mestre em Enfermagem.**

**São Paulo**

**2001**

**LUCIANE FERREIRA DO VAL**

**ESTUDO DOS FATORES RELACIONADOS  
À AIDS ENTRE ESTUDANTES DO  
ENSINO MÉDIO**

**Dissertação apresentada à  
Escola de Enfermagem da  
Universidade de São Paulo,  
para obtenção do título de  
Mestre em Enfermagem.**

**ORIENTADOR: PROF. DR. PAOLO MENEGHIN**

**São Paulo**

**2001**

*“ Aprendi que todas as formas de conhecimento  
são transitórias e que elas só têm real valor  
quando utilizadas em benefício dos seres e  
de tudo o que existe no campo universal.*

*Todavia de nada vale  
todo o conhecimento do mundo  
se não houver AMOR ”*

*Alcione Leite da Silva*

*Dedico este trabalho:*

*A Deus pelo dom da vida.*

*Aos meus pais Francisco e Lourdes  
que fizeram de suas vidas a construção da  
minha vida. Aos meus irmãos Wellington,  
Vana e Lili pelo incentivo.*

*Ao Marcelo por todo o apoio,  
compreensão e amor.*

*A vocês a minha eterna gratidão.*

*Em memória ...*

*aos meus cantores prediletos:*

*Cazuza, Renato Russo e Freddie Mercury.*

*Vocês fazem falta !*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Paolo Meneghin que, sempre com muito respeito e paciência, soube esperar que das minhas incertezas eu aprendesse a fazer escolhas, a tomar decisões, não mostrando o caminho todo pronto.

À diretora da E.E.S.G. Carmem Miranda, Prof<sup>a</sup>. Marizia da Silva Braga e da diretora da escola E.E.P.S.G. Prof. Ottoniel Junqueira, Prof<sup>a</sup>. Maria Bernadete Grothe Ostapiuk, aos professores, funcionários e especialmente aos estudantes das duas escolas que permitiram que este trabalho fosse realizado.

Às Professoras Doutoras Eliane Corrêa Chaves, Maria Martha Ferreira Jeukens e Kazuko Ushikawa Graziano pelas sugestões, conselhos e esclarecimentos.

A todos os professores de pós-graduação, funcionários, colegas e amigos que direta ou indiretamente colaboraram na realização deste trabalho.

Às bibliotecárias e funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pela ajuda na pesquisa bibliográfica.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, pelo auxílio financeiro concedido.

**SUMÁRIO**

Lista de Figuras e Quadros .....	vii
Lista de Tabelas .....	viii
Lista de Gráficos .....	xii
Lista de Abreviaturas .....	xiii
Lista de Anexos .....	xiv
Resumo .....	xv
Abstract .....	xvii
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. REFERÊNCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
<b>3. FINALIDADE E OBJETIVOS .....</b>	<b>46</b>
<b>4. MÉTODO E CASUÍSTICA .....</b>	<b>47</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>127</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>132</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>164</b>

**LISTA DE FIGURAS E QUADROS**

<b>Figura 1</b> Intervenção segundo modelo PRECEDE baseado em GREEN; KREUTER (1991).	23
<b>Figura 2</b> Modelo estrutural do PRECEDE para planejamento de programas de educação em saúde (GREEN; KREUTER, 1991).	27
<b>Quadro 1</b> Caracterização sócio - econômica e demográfica do município de Peruíbe.	49
<b>Quadro 2</b> Relação entre as variáveis, as prioridades e as questões.	54

**LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo série / período de estudo. Peruíbe. 1999.	58
<b>TABELA 2</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo idade / sexo. Peruíbe. 1999.	58
<b>TABELA 3</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo sexo. Peruíbe. 1999.	58
<b>TABELA 4</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo estado civil / sexo. Peruíbe. 1999.	58
<b>TABELA 5</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo cor. Peruíbe. 1999.	59
<b>TABELA 6</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio se já tiveram aula ou palestra na escola sobre Aids. Peruíbe. 1999.	60
<b>TABELA 7</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio se sabem como o vírus da Aids se transmite. Peruíbe. 1999.	60
<b>TABELA 8</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio se sabem colocar e retirar uma camisinha corretamente / sexo. Peruíbe. 1999.	61
<b>TABELA 9</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo práticas sexuais. Peruíbe. 1999.	62
<b>TABELA 10</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo conhecimentos relacionados ao HIV/Aids. Peruíbe. 1999.	64
<b>TABELA 11</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo métodos já usados para evitar a Aids / quem já teve relação sexual. Peruíbe. 1999.	67
<b>TABELA 12</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo como avaliam os próprios conhecimentos relacionados a Aids / Sexo. Peruíbe. 1999.	70

<b>TABELA 13</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo como avaliam o próprio risco em adquirir o HIV/Aids / Sexo. Peruíbe. 1999.	71
<b>TABELA 14</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo crenças relacionadas a Aids. Peruíbe. 1999.	73
<b>TABELA 15</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo medo de contrair o HIV se tivessem relação sexual (sexo vaginal ou anal), sem camisinha, com uma pessoa que conhece bem / Sexo. Peruíbe. 1999.	74
<b>TABELA 16</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo suas próprias crenças e as dos amigos relacionadas à Aids. Peruíbe. 1999.	76
<b>TABELA 17</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo o grau de importância de valores relacionados à Aids / Sexo. Peruíbe. 1999.	79
<b>TABELA 18</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio se já tiveram relação sexual (sexo vaginal ou anal) / sexo. Peruíbe. 1999.	82
<b>TABELA 19</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio que já tiveram relação sexual segundo a idade de início da atividade sexual / sexo. Peruíbe. 1999.	84
<b>TABELA 20</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio que já tiveram relação sexual segundo a prática da atividade sexual (sexo vaginal ou anal) nos últimos trinta dias / sexo. Peruíbe. 1999.	86
<b>TABELA 21</b> – Frequência da atividade sexual (sexo vaginal ou anal) nos últimos trinta dias por estudantes do ensino médio que já tiveram relação sexual / sexo. Peruíbe. 1999.	87
<b>TABELA 22</b> – Frequência do uso da camisinha nas relações sexuais (sexo vaginal ou anal) por estudantes do ensino médio que já tiveram relação sexual / sexo. Peruíbe. 1999.	88
<b>TABELA 23</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo a atitude frente à doença relacionada à mídia. Peruíbe. 1999.	90
<b>TABELA 24</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo atitudes relacionadas à Aids. Peruíbe. 1999.	91

<b>TABELA 25</b> – Distribuição das alunas do ensino médio se pediriam ao parceiro para usar camisinha. Peruíbe. 1999.	92
<b>TABELA 26</b> – Distribuição dos alunos do ensino médio segundo o que pensariam, na hora da relação sexual, se as parceiras sexuais pedissem para ele usar camisinha. Peruíbe. 1999.	94
<b>TABELA 27</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo ingestão de bebidas alcoólicas / sexo. Peruíbe. 1999.	96
<b>TABELA 28</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo uso de drogas injetáveis / sexo. Peruíbe. 1999.	97
<b>TABELA 29</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo o uso de drogas antes da relação sexual. Peruíbe. 1999.	98
<b>TABELA 30</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio que já usaram álcool ou drogas antes da relação sexual, segundo afirmações relacionadas ao uso do álcool e das drogas. Peruíbe. 1999.	102
<b>TABELA 31</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio que já tiveram relação sexual (sexo vaginal ou anal), sem camisinha, com um homem ou uma mulher que usa drogas injetáveis / sexo. Peruíbe. 1999.	103
<b>TABELA 32</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo quais recursos da saúde pública utilizam. Peruíbe. 1999.	105
<b>TABELA 33</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo trabalho. Peruíbe. 1999.	109
<b>TABELA 34</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo a idade que começaram a trabalhar. Peruíbe. 1999.	109
<b>TABELA 35</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo grupos de ocupações que exercem atualmente. Peruíbe. 1999.	110
<b>TABELA 36</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo quanto ganham por mês em salário mínimo (SM). Peruíbe. 1999.	111

<b>TABELA 37</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo total da renda familiar em salário mínimo (SM). Peruíbe. 1999.	111
<b>TABELA 38</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo total de pessoas que residem com eles. Peruíbe. 1999.	113
<b>TABELA 39</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo parentesco das pessoas que moram com eles. Peruíbe. 1999.	113
<b>TABELA 40</b> - Distribuição dos pais dos estudantes do ensino médio segundo grupos de ocupações que exercem atualmente. Peruíbe. 1999.	115
<b>TABELA 41</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo tipo de residência. Peruíbe. 1999.	116
<b>TABELA 42</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo a propriedade da residência onde moram. Peruíbe. 1999.	116
<b>TABELA 43</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo com quem conversam sobre HIV/Aids. Peruíbe. 1999.	117
<b>TABELA 44</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo seguir ou não a opinião das pessoas com quem eles conversam sobre HIV/AIDS. Peruíbe. 1999.	119
<b>TABELA 45</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo fontes de informações consideradas importantes na formação do conhecimento atual sobre Aids. Peruíbe. 1999.	120
<b>TABELA 46</b> - Distribuição dos estudantes do ensino médio quanto à adoção de algum tipo de religião. Peruíbe. 1999.	123
<b>TABELA 47</b> – Distribuição dos estudantes do ensino médio quanto à concordância ou não com o que prega a sua religião. Peruíbe. 1999.	124

**LISTA DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1</b>	Distribuição dos estudantes do ensino médio por escolas. Peruíbe. 1999.	57
<b>Gráfico 2</b>	Distribuição dos estudantes do ensino médio se possuem plano de saúde, seguro saúde ou convênio médico privados. Peruíbe. 1999.	104
<b>Gráfico 3</b>	Distribuição dos estudantes do ensino médio que possuem plano de saúde, seguro saúde ou convênio médico segundo quem paga este plano. Peruíbe. 1999.	105
<b>Gráfico 4</b>	Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo opinião sobre recursos materiais suficientes nos serviços de saúde utilizados por eles. Peruíbe. 1999.	106
<b>Gráfico 5</b>	Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo opinião sobre recursos humanos suficientes nos serviços de saúde utilizados por eles. Peruíbe. 1999.	107
<b>Gráfico 6</b>	Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo facilidade de acesso ao serviço de saúde utilizado por eles. Peruíbe. 1999.	107

**LISTA DE ABREVIATURAS**

AIDS = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ECA = Estatuto da Criança e do Adolescente

DST = Doença Sexualmente Transmissível

HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV-III = Vírus linfotrópico das células T humanas - Tipo III

LAV = Vírus associado à linfadenopatia

ONGs = Organizações Não Governamentais

SM = Salário Mínimo

SNC= Sistema Nervoso Central

UDIs = Usuários de drogas injetáveis

UNAIDS = United Nations Joint Programme on HIV/AIDS

WHO = World Health Organization

**LISTA DE ANEXOS**

<b>Anexo A</b> Modelo de entrevista aplicada às diretoras das escolas	135
<b>Anexo B</b> Modelo da carta pedindo autorização às diretoras das Escolas para aplicação do questionário	136
<b>Anexo C</b> Resposta da diretora da Escola Carmem Miranda autorizando a aplicação do questionário	137
<b>Anexo D</b> Resposta da diretora da Escola Ottoniel Junqueira autorizando a aplicação do questionário	138
<b>Anexo E</b> Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do (s) Pai (s) ou Responsável (is) ou Alunos Maiores de 18 anos	139
<b>Anexo F</b> Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP com a aprovação do projeto	140
<b>Anexo G</b> Modelo das instruções para aplicação do pré – teste	141
<b>Anexo H</b> Modelo das instruções de como responder ao questionário	142
<b>Anexo I</b> Modelo do questionário	143
<b>Anexo J</b> Comentários dos estudantes	153
<b>Anexo K</b> Estatuto da Criança e do Adolescente (TÍTULO I)	163

## RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), é uma pandemia com alto nível de letalidade. Os adolescentes no início da atividade sexual, podem se deparar com as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), e entre estas a Aids. A gravidez na adolescência é uma epidemia no país, indicando que, se a prevenção para gravidez não está ocorrendo, também não está ocorrendo para as DST. Fazer um diagnóstico prévio da situação em que se deseja intervir, é uma conduta objetiva, utilizada por educadores na elaboração de programas de educação em saúde cientificamente elaborados. Neste sentido, este estudo têm o objetivo de obter dados que possibilitem identificar o perfil demográfico e os fatores que levam os estudantes do ensino médio a adotarem comportamentos de risco para a Aids. A população deste estudo foi constituída de 360 estudantes da primeira, segundo e terceira séries do ensino médio das duas escolas estaduais do município de Peruíbe, São Paulo, Brasil. Trata-se de um estudo exploratório – descritivo, para o qual foi aplicado um questionário estruturado. Os resultados demonstraram que 50,6% dos estudantes têm dúvidas de que a masturbação mútua seja uma prática sexual segura; a maioria tem conhecimentos corretos relacionados à Aids, porém 50,5% ainda acreditam, erroneamente, que a doação de sangue pode contaminar o doador; 62,3% referem utilizar o coito interrompido na prevenção da Aids e 30,4% a pílula anticoncepcional; 53,2% consideram não correr nenhum risco ou pequeno risco para a Aids; consideram como muito importante ou importante 87,7% a fidelidade do homem e 89,3% a fidelidade da mulher; 29,7% a virgindade do homem e 40,6% a virgindade da mulher;

23,5% a abstinência sexual masculina e 26,9% a abstinência sexual feminina na prevenção da Aids; 58,6% já tiveram relação sexual; 49,5% dos meninos iniciaram a atividade sexual entre os 10 e 13 anos e 70,0% das meninas entre os 14 e 17 anos de idade; 56,9% relataram atividade sexual nos últimos 30 dias; 48,3% afirmam fazer uso da camisinha todas as vezes que têm relação sexual; 38,3% algumas vezes e 11,0% nunca usam; 45,1% afirmaram que fazem uso de bebidas alcoólicas; 95,2% não usam drogas injetáveis; 62,5% declararam que não têm plano ou seguro saúde ou convênio médico; 60,6% utilizam recursos da saúde pública; 45,3% dos estudantes trabalham; 63,3% ganham entre 1 e 2 SM; 25,8% das famílias dos estudantes têm renda mensal entre 1 a 4 SM; citaram como pessoas escolhidas para conversarem sobre HIV/Aids: 70,8% os amigos; 54,4% a mãe; 43,9% o (a) namorado (a); 40,3% os irmãos; 30,6% os professores; 29,7% o pai e 17,5% o profissional da saúde; 50,3% responderam seguir o que essas pessoas dizem; 30,8% seguem às vezes e 12,8% não seguem; 70,8% citaram a televisão como fonte de informação considerada mais importante na formação do conhecimento atual sobre a doença. Este projeto de pesquisa, tem a finalidade de obter dados que possam servir de subsídios, para que os setores responsáveis pela educação e saúde do município, construam programas preventivos de acordo com a realidade apresentada pelos seus próprios estudantes.

**Palavras-chave:** situação de risco na adolescência; prevenção do HIV/AIDS; enfermagem na saúde do escolar

**ABSTRACT**

The Acquired Immunodeficiency Syndrome (Aids), is a pandemic with high level of lethality. Adolescents beginning their sexual activity, may get sexual diseases and among these Aids. Adolescence pregnancy is very common all around the country indicating that preventive measures are not efficient; the same can be said do STD. A previous diagnosis of the situation where one intend to act is an objective way used by educators in education programs of health, scientifically elaborated. Based on these concepts, this study has the target to get information in order to make the demograph profile and identify the factors that make the students of high-school to have a behaviour of risk in relation to Aids. The sample studied was represented by 360 students of the first, second and third series of high-school, in two schools in the town of Peruíbe, São Paulo, Brazil. It was an exploratory and descriptive study in which was used an organized questionnaire. The results showed that 50,6% of the students have doubts on they safety of mutual masturbation as sexual practice; the majority has good knowledge in relation to Aids, but 50,5% believe that people who donate blood can be contaminated; 62,3% say that use interrupted coitus to prevent Aids and 30,4% anticonceptional drugs; 53,2% think that there is small or no risk to get Aids; 87,7% think that it is very important or important men's fidelity and 89,3% women's fidelity; for 29,7% and 40,6%, the virginity, respectively of men and women, is considered important; 23,5% and 26,9% respectively men's and women's sexual abstinency are important in preventing Aids; 58,6% have already had sexual intercourses; 49,5% of boys began sexual activities around 10 and 13

years old and the girls between 14 and 17 years old; 56,9% had sexual intercourses on the last 30 days; 48,3% declare that use condoms in all sexual intercourses, 38,3% sometimes and 11,0% never; 45,1% declare that use alcoholic drinks; 95,2% say that don't use injected drugs; 62,5% don't have health insurance; 60,6% use the public health system; 45,3% work; 63,3% receive between 1 and 2 minimum salary; 25,8% of the student's family have a monthly income between 1 and 4 minimum salary; 70,8% talk about Aids with friends, 54,4% with the mother, 43,9% with boy/girl friends, 40,3% with brother or sister, 30,6% with teachers, 29,7% with the father, 17,5% with the health professional; 50,3% say that follow what these people say, 30,8% follow sometimes and 12,8% don't follow at all. 70,8% say that TV is the most important source of information. This study has the aim to obtain information to help the authorities responsible for education and health in elaboration of preventive programs according to reality presented by the students.

**Key words:** risk in adolescence; HIV/AIDS prevention; nurse in the school health.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 A história da Aids

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), na língua portuguesa, ou acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), na língua inglesa, é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana ou human immunodeficiency virus (HIV)<sup>1</sup>. A Aids foi identificada no início dos anos 80, sendo responsável pela pandemia de maior impacto atualmente (AMATO NETO; BALDY; SILVA, 1991; AMATO NETO et al., 1996a/b; HOLMES; DELAY; COHEN; 1997).

O HIV pertence à família Retroviridae. São inúmeros vírus que possuem em comum a capacidade de infectarem primariamente células do sistema mononuclear fagocitário (linfócitos T e macrófagos), comprometendo o sistema nervoso central e imunológico (AMATO NETO et al., 1996b).

O primeiro relato de isolamento de um retrovírus, de material obtido de paciente com suspeita de Aids foi feito por pesquisadores franceses, que o denominaram LAV (“lymphadenopathy-associated vírus”). Ao mesmo tempo, pesquisadores norte-americanos anunciavam o isolamento de um outro retrovírus, denominado de HTLV-III (“human T-cell lymphotropic vírus type III”). Entre os dois grupos de pesquisadores houve uma disputa muito grande pela “paternidade” da descoberta do HIV, terminada apenas em 1991, pois as cepas utilizadas inicialmente pelos dois grupos de pesquisadores eram idênticas, “resultado da contaminação do meio de cultura enviado pelo grupo francês ao grupo americano, originário do

---

<sup>1</sup> No decorrer do texto serão utilizadas as palavras Aids e HIV, por serem mundialmente conhecidas.

paciente com iniciais L.A.I. (cepa LAI)". Ambos os termos foram utilizadas, até o Comitê Internacional de Taxionomia das Viroses definir o HIV ("human immunodeficiency virus"), como termo único (GALLO, 1994; AMATO NETO et al., 1996b).

A Aids caracteriza-se por ser adquirida, e não hereditária, causando uma deficiência imunológica grave que resulta em um conjunto de sinais e sintomas, sendo portanto chamada de síndrome. Entre estes sinais e sintomas estão as infecções oportunistas, neoplasias e lesões neurológicas, acometendo indivíduos sem história prévia de comprometimento imunológico (PHILIPPI; MALAVASSI; ARONE, 1994; AMATO NETO et al., 1996b).

A descrição dos primeiros casos da Aids, vinda de Los Angeles e New York, reportava a um estudo epidemiológico indicando uma incidência quase que exclusiva entre homossexuais (VARELLA ; ESCALERA; VALLERA, 1989; BASTOS et al., 1994).

Isto fez com que a concepção da Aids, por parte da população estivesse vinculada somente aos homossexuais, o que fortaleceu a "homofobia" na sociedade, mas que por outro lado, permitiu a organização de comunidades afetadas que passaram a exigir mais pesquisas e liberação de drogas terapêuticas (BASTOS et al., 1993; BASTOS et al., 1994; MENEGHIN, 1993; 1996).

O aparecimento dos primeiros casos da Aids entre usuários de drogas injetáveis (UDIs) e hemofílicos, afastou os estudos apenas dos casos vinculados à homossexualidade, para pesquisas relacionadas a uma doença

infeciosa, transmitida pelo sexo e pelo sangue, sendo este último o modo mais eficiente de contaminação pelo HIV (BASTOS et al., 1994).

Se na sociedade já existiam preconceitos, houve um estímulo, por parte da imprensa, à discriminação de grupos específicos, seja o de UDIs, seja o de homossexuais (RIBEIRO, 1992; BASTOS et al., 1993; BASTOS et al., 1994; MENECHIN, 1986; 1993; MENECHIN; STEFANELLI, 1993; SILVA, 1998).

Estes foram denominados “grupos de risco”, conceito retirado do perfil epidemiológico dos primeiros pacientes diagnosticados na época, trazendo a essas pessoas, sérias conseqüências que permanecem até hoje. Por causa desse conceito, as informações à população foram passadas de forma sensacionalista, preconceituosa; fatos foram distorcidos, gerando mais ignorância e desinformação do que esclarecimentos corretos a respeito da Aids (MOYNIHAN, 1992; SOUZA, 1992; MENECHIN, 1993; 1996; ROSO; GUÉ; NORA, 1996; CARVALHO, 1997).

A Aids, trouxe para discussão uma sensação de impotência em relação à doença, a questão da sexualidade, da morte e também do preconceito que prevalece em toda a sociedade (MENECHIN, 1986; 1993; 1996; RIBEIRO, 1992).

Muitos estudos foram realizados, definindo os possíveis modos de transmissão da Aids que são: por via sexual: pelo sêmen, sangue e secreção vaginal contaminados, sendo portanto uma Doença Sexualmente Transmissível - DST); por via sangüínea: por meio do uso de agulhas e seringas contaminadas com o HIV, pela transfusão de sangue contaminado

ou de seus derivados, e perinatal ou transmissão vertical: da mãe portadora do vírus para o filho, durante a gravidez, parto, ou possivelmente, no aleitamento (AMATO NETO; BALDY; SILVA,1991; PHILIPPI; MALAVASSI; ARONE, 1994; AMATO NETO et al., 1996c).

Outra descoberta importante foi o período de latência do HIV, pois é muito variável uma vez que da contaminação ao início da doença calcula-se que possa haver um intervalo de 7 a 13 anos, 8 a 10 anos em média (MATIDA, 1992; CHIPKEVITCH, 1995b; AMATO NETO et al., 1996b).

É consenso já há alguns anos, que todos são vulneráveis à Aids, e o conceito de “grupo de risco”, foi substituído pelo conceito de “situação ou comportamento de risco” (ROSO; GUÉ; NORA, 1996).

PARKER (1994b), chama a atenção para se ter cuidado com a mudança de idéia de que a Aids não é mais uma doença de homossexuais, para ser uma doença apenas de heterossexuais, nos levando mais uma vez ao preconceito, excluindo as pessoas que têm relações sexuais com outras do mesmo sexo da responsabilidade da saúde pública na criação de programas de prevenção e de tratamento contra essa epidemia.

## **1.2 As estatísticas da Aids**

Um resumo mundial da United Nations Joint Programme on HIV/AIDS / World Health Organization (UNAIDS/WHO), estima que em dezembro de 2000, 36,1 milhões de pessoas estavam infectadas com o HIV: 34,7 milhões de adultos, 16,4 milhões de mulheres e 1,4 milhão de crianças menores de 15 anos. Estima-se que 5,3 milhões de casos novos da infecção pelo HIV

ocorreram no ano 2000: 4,7 milhões de adultos, 2,2 milhões de mulheres e 600.000 crianças menores de 15 anos. Nesse mesmo ano, faleceram por causa do HIV/Aids 3 milhões de pessoas: 2,5 milhões de adultos, 1,3 milhão de mulheres e 500.000 crianças. Desde o início da epidemia, 21,8 milhões de pessoas morreram em consequência da Aids, das quais 17,5 milhões eram adultos, 9 milhões eram mulheres e 4,3 milhões eram crianças menores de 15 anos. Ficaram órfãos 13,2 milhões de crianças ao final de 1999 em todo o mundo. Aproximadamente 15.000 pessoas se infectaram com o HIV por dia no ano 2000, mais de 95% em países em desenvolvimento, 1.700 menores de 15 anos e 13.000 adultos, desses, 47% são mulheres e mais de 50% têm entre 15 e 24 anos. (UNAIDS, 2001).

A população brasileira é constituída de aproximadamente 169.544.443 milhões de pessoas, sendo que entre 1980-2000, a Coordenação Nacional de DST/Aids, notificou 196.016 casos da doença. São 146.472 casos no sexo masculino e 49.544 casos no sexo feminino. A faixa etária de 13 a 49 anos conta com 174.648 casos; a maior incidência está no grupo de 30 a 34 anos com 33.868 casos no sexo masculino e no grupo de 25 a 29 anos com 10.466 casos no sexo feminino; o número de óbitos no país foi de 95.233. No estado de São Paulo, são 92.652 casos de Aids. (BOLETIM, 2.000a, b, c, d; IBGE, 2001a).

A relação de homens/mulheres infectados que era de 16:1 em 1986, passou para 2:1 no ano 2000. (REPORT..., 1998; BOLETIM, 2000d).

No país, a distribuição proporcional de casos de Aids no grupo etário de 13 a 19 anos foi de 4.398 (4,9%) e no grupo etário de 20 a 29 anos foi de 60.851 (64,3%) até o ano de 2000. (BOLETIM, 2000b, c).

Apesar do número de casos notificados ser menor na faixa etária dos adolescentes (13 a 19 anos) quando comparado com o grupo etário de 20 a 29 anos, deve-se considerar que existe o período de latência da doença que é estimada em 8 a 10 anos em média, indicando que uma proporção significativa dos portadores do HIV, podem ter se infectado na adolescência (WALTER et al., 1992; PLOTKIN et al., 1993; CHIPKEVITCH, 1995b).

É importante ressaltar que, apesar da síndrome ser de notificação compulsória, existe o problema da subnotificação dos casos da Aids. A imagem que a sociedade tem da doença interfere nos padrões da notificação, tanto por parte de quem faz o registro, como pelas famílias que não querem que a Aids apareça como *causa mortis* nos atestados de óbito (RIBEIRO, 1992; SILVA, 1998).

Alguns autores relatam que a Aids, apesar de continuar afetando a sociedade como um todo, encontra-se numa tendência de multiplicação dos casos na população de baixa renda, sendo estatisticamente confirmada pelo índice de escolaridade, segundo dados da Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo (SOUZA, 1992; LOPEZ, 1998).

No Brasil, de 1980 a 2000, a distribuição dos casos de Aids entre indivíduos com 19 anos de idade ou mais, segundo escolaridade, foi de 6.456 analfabetos, 88.003 para quem possui até o primeiro grau, 28.218

para quem possui até o segundo grau, 16.472 para quem tem nível superior e 46.886 são ignorados. (BOLETIM, 2000e, f).

GRANGEIRO (1994) esclarece, em um estudo sobre o perfil sócio - econômico dos casos de Aids no município de São Paulo, que a doença sempre atingiu as populações de baixa renda, mas que essa informação passou despercebida pois, no imaginário social a classe sócio - econômica alta, homossexuais, UDIs e promíscuos é que tinham Aids. Só após sete anos da doença, é que foram pesquisadas as fichas de atestados de óbitos, em busca desse tipo de informação verificando uma heterogeneidade sócio - econômica.

Este autor ressalta que a difusão da Aids nos diversos setores da sociedade é corroborada pelas diferenças sócio - econômicas e culturais, presentes no processo de determinação do comportamento da epidemia em nosso meio.

Segundo a ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD – OPAS (1998), tem se observado na região das Américas, uma associação crescente entre a aquisição e a disseminação de infecções de transmissão sexual, incluindo o HIV, a pobreza, a falta de acesso aos serviços básicos de educação e saúde pública; outro fator comum da epidemia do HIV nas Américas é a passagem desde o predomínio da transmissão entre homens homossexuais para o predomínio da transmissão entre a população heterossexual.

Outra tendência a se destacar é o da interiorização dos casos da Aids. Os últimos dados do Ministério da Saúde indicam que a Aids está se

espalhando para além dos grandes centros urbanos, onde até 1986, menos de 2% dos municípios brasileiros abaixo de 50 mil habitantes tinham algum caso de Aids. Em 1990, já eram 14% e, em 1994, 33%. Nesse mesmo ano, quase 88% dos municípios de 50 mil a 200 mil habitantes e 98% daqueles com 200 mil a 500 mil já tinham pelo menos um caso. Estar longe dos grandes centros urbanos significa estar longe das universidades, dos grupos de referência e da maioria das Organizações Não Governamentais (ONGs), deixando os indivíduos mais dependentes da rede básica de saúde (BASTOS; BARCELLOS, 1995; LOPEZ, 1998).

Para LOPEZ (1998), cada vez mais, a *“Aids se fortalece com as fraquezas do país”*, pois está ocorrendo uma multiplicação da doença no interior dos estados e nas periferias das cidades, favorecida pela pobreza, que dificulta trabalhos de prevenção, pela falta de educação escolar, de acesso aos serviços de saúde e de organização da comunidade.

Nesse contexto, PARKER (1994a), afirma que a solidariedade é a arma mais poderosa contra a Aids, pois *“o sofrimento das pessoas com HIV ou Aids é o nosso próprio sofrimento”*. A contínua opressão social, cultural, política e econômica, nos setores mais vulneráveis da sociedade como mulheres, crianças, profissionais do sexo, usuários de drogas e homossexuais masculinos, leva a uma maior disseminação do HIV. Na luta contra a Aids deve estar também a luta contra a injustiça, a pobreza, a miséria, o racismo, a opressão de mulheres e minorias sexuais, construída dentro de uma sociedade democrática.

### 1.3 A Aids e os adolescentes<sup>2</sup>

A Aids é uma pandemia, que através dos seus modos de transmissão se alastrou entre a população de forma generalizada, porém tem apresentado tendências de pauperização e regionalização, atingindo portanto, os segmentos menos privilegiados da população para enfrentar a doença.

Ao se associar a Aids e a adolescência, veremos que existem outros aspectos que infelizmente os aproximam ainda mais, pois os jovens estão iniciando a vida sexual, são o público alvo para o uso das drogas e muitos sofrem a violência, que é uma outra forma de aproximação da doença.

Quanto ao desenvolvimento da sexualidade na adolescência, essa passa por diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais. As características da puberdade, como as da infância, do ambiente familiar, do desenvolvimento psicológico, e do meio sócio - cultural em que vivem, todos juntos vão moldar a experiência sexual dos adolescentes. (HAYES, 1987; CHIPKEVITCH, 1995a/c; AYRES, 1996).

Nesse transcorrer do desenvolvimento sexual, AYRES (1996), aponta que a adolescência possui aspectos de vulnerabilidade que passam pela cultura, onde as práticas e possibilidades sexuais vão variar de grupo para grupo. A situação de *intranqüilidade*, pela qual passam os adolescentes pode torná-los mais vulneráveis à Aids, como também a construção da sexualidade passa pelas *questões de gênero* e de *relações de poder* (todos grifos do autor), entre os sujeitos sociais.

---

<sup>2</sup> A Organização Mundial da Saúde define adolescentes como pessoas de 10 a 19 anos e os jovens como pessoas de 15 a 24 anos.

A identidade sexual se refere a como o indivíduo vive a sua sexualidade. Um jovem, por exemplo, pode ter uma identidade homossexual, mas exercer um papel sexual masculino e ter uma identidade de gênero masculina. PARKER (1994c, d), mostra em suas pesquisas que a cultura sexual brasileira é muito complexa, há diversas construções de identidade sexual, pois um grande número de pessoas têm prática sexual com parceiros do mesmo sexo e não se consideram homossexuais.

O gênero se refere às idéias e expectativas (normas), que são consideradas tipicamente de homens e de mulheres na sociedade, definindo como eles devem se comportar em várias situações, que são cobradas pela família, os amigos, líderes de opinião, as instituições religiosas e culturais, a escola, o trabalho, a publicidade e os meios de comunicação, refletindo e influenciando os papéis, a posição social, o poder econômico e político. (COSTA, 1994; BARBOSA, 1995; BRUYN, 1996).

Alguns estudos mostram que a diferença entre gêneros e as relações de poder (as meninas apresentaram mais conhecimentos sobre sexualidade do que os meninos; as meninas sexualmente ativas estão mais expostas às DST, pois o poder de decisão em usar o preservativo masculino “é” dos meninos), a atividade sexual cada dia mais precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, seja seqüencialmente ou concomitantemente, o sexo desprotegido, e as razões econômicas e sociais dificultam o uso de métodos preventivos, indicando que os adolescentes correm maiores riscos de adquirir não só uma gravidez indesejada, como também as DST e entre estas a Aids (FORATTINI, 1992b; LELAND; BARTH, 1992; BÉRIA et al.,

1996; RADHAKRISHNA; GRINGLE; GREENSLADE, 1997; GOODRICH et al., 1998).

Quanto às drogas, não apenas ao seu uso, mas ao modo como é usada, pode levar a uma maior ou menor chance de adquirir a Aids, sendo necessário conhecer cada grupo, o modo como vêm e reagem às drogas, identificando seus modos de exposição à doença e infecção. Condições geopolíticas que favorecem rotas de exportação, mão - de - obra barata, público que consome, podem ser instrumentos de vulnerabilidade. A violência, a que os adolescentes ficam expostos, muitas vezes de forma contínua, pode levar a uma baixa auto - estima, e menor possibilidade de tomar atitudes de proteção (AYRES, 1996).

O abuso sexual ocorre no mundo inteiro, atingindo indivíduos de ambos os sexos. O sexo coercitivo pode implicar em lesões tanto vaginais como anais, aumentando as chances de contrair uma DST/Aids, como também, uma gravidez indesejada. (BRUYN, s.d.; RADHAKRISHNA; GRINGLE; GREENSLADE, 1997).

Outros aspectos podem ser relacionados à vulnerabilidade dos jovens à Aids: a sensação de onipotência, a falta de informações adequadas, os preconceitos, as barreiras sócio - econômicas, a necessidade de exploração do novo, o pobre sistema educacional que desestimula o aprendizado, as dificuldades de escolha, a indefinição de identidade, a urgência no futuro, a carência, a baixa qualidade dos serviços de saúde, os profissionais despreparados para lidar com o adolescente, a falta de recursos institucionais para esse grupo, a necessidade de afirmação grupal,

a desagregação familiar, a dependência econômica, a baixa noção de cidadania (é um ser no início da sua construção de cidadania) e o início da atividade sexual com toda a sua insegurança, suas fantasias e muitas vezes às escondidas. (AYRES, 1996).

PAIVA (1994), em um estudo com jovens, percebeu que a primeira associação feita por eles com a Aids é de “*morte, desgraça e medo*”, que todos conhecem alguém que já morreu dessa doença, mas que eles especificamente não estão em risco pois, sabem escolher bem o parceiro (que não é prostituta, nem homossexual ou muito menos drogadito); que diminuindo o número de relações sexuais é um modo de proteção e não gostam de usar camisinha, pois tanto meninos e meninas confiam no parceiro (a).

Em muitas partes do mundo, a maioria dos novos infectados é de pessoas jovens com idade entre 15 a 24 anos, algumas vezes ainda mais jovens. Em um estudo no Zâmbia, cerca de 12% das jovens entre 15 e 16 anos atendidas em clínicas de pré-natal estavam infectadas com o HIV (REPORT..., 1998). Isto mostra que a participação feminina na disseminação do HIV é preocupante, pois além da contaminação, existe a possibilidade da transmissão materno - infantil.

Um estudo de uma ONG norte-americana, mostra que na América Latina e no Caribe, 75% das mulheres tornam-se sexualmente ativas na adolescência; 12% a 28% têm filhos entre 15 e 17 anos de idade e 25% a 50% tiveram uma gravidez indesejada . Nos países em desenvolvimento, 14 milhões de mulheres entre 15 e 19 anos de idade se tornam mães, 25% a

50% de jovens tiveram seu primogênito antes de completarem 18 anos de idade. (RUMO..., 1999).

As jovens sexualmente ativas correm vários riscos em relação à sua saúde sexual e reprodutiva, podendo prejudicar sua fertilidade futura. Alguns dados informam que pelo menos um terço de todas as novas DST, a cada ano, ocorrem em pessoas com menos de 25 anos, acarretando dor pélvica, infertilidade, gravidez ectópica, aborto espontâneo e morte do feto; mais de 50% de todas as infecções novas por HIV (mais de 7.000 por dia) ocorrem em adolescentes de 10 a 24 anos de idade e as adolescentes sofrem mais complicações com uma gravidez como anemia, toxemia, parto prematuro, parto prolongado e morte do feto, do que as mulheres com mais idade. (BRUYN, s.d.; RUMO..., 1999).

Outro grave problema é a mortalidade materna que nos países em desenvolvimento é de 2 a 5 vezes mais alta entre as mulheres com menos de 18 anos do que as que têm 18 a 25 anos. Aproximadamente 22% de todos os partos não são desejados, aumentando as chances dessa criança não ser desejada, cuidada, ser abusada, abandonada e até morrer.

A gravidez não desejada provoca 50 a 60 milhões de abortos todos os anos, onde 20 milhões são praticados em condições de risco, causando 13% de mortes maternas em todo o mundo (podendo chegar a 60% em alguns países). Dez por cento de todos os abortos ocorrem entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade e é mais provável que uma adolescente procure a opção do aborto em um período mais tardio da gestação, quando ocorrem maiores risco clínicos. O risco de ter um aborto

em condições inadequadas é de 1 em 150 na África, 1 em 250 na Ásia, 1 em 800 para a América - Latina e em alguns países 60% de todas as mulheres hospitalizadas por complicações relacionadas com o aborto são adolescentes. (BRUYN, s.d.; RUMO..., 1999).

WALTER et al. (1992), em uma pesquisa medindo comportamentos, crenças e conhecimentos relacionados à Aids, com 531 estudantes de duas escolas públicas em New York, com idades entre 13 e 21 anos, verificaram que 56,8% tiveram relação sexual no ano anterior, 67,3% referiram relações sexuais sem proteção com parceiros de baixo risco, 1,3% com parceiros de alto risco e 6,6% relataram história de DST. Este estudo sugere que influências sócio - ambientais sobre comportamentos preventivos e de risco podem provar ser a mais efetiva estratégia de prevenção da Aids entre os adolescentes.

Um estudo com 264 adolescentes e adultos jovens afro - americanos, em San Francisco, nos Estados Unidos da América, com idades variando entre 12 e 21 anos, verificou que a média de início da atividade sexual foi de 13,0 anos; 49,2% dos participantes referiram ter pouco conhecimento sobre o HIV e 45,9% percebem pouca susceptibilidade para o HIV. Este estudo concluiu que os programas de prevenção para a Aids, necessitam ser implementados cedo, antes que comportamentos de risco estejam estabelecidos, podendo dificultar mudanças (DICLEMANTE et al., 1996).

No Brasil, a distribuição dos casos de Aids de 1980-2000, segundo categoria de exposição, é em primeiro lugar sexual (heterossexual, seguida

de homossexual e bissexual) e em segundo lugar sangüínea, pelo uso de drogas injetáveis. (BOLETIM, 2000g).

Segundo o Departamento Municipal de Saúde de Peruíbe (município onde foi realizado o estudo), no ano de 1999, ocorreram uma proporção de 249 partos ou curetagem pós aborto em adolescentes de 10 a 19 anos, fato que também comprova a exposição desse grupo às DST/Aids.(PERUÍBE, 2000b).

AYRES (1996), observa que os adolescentes brasileiros estão bastante vulneráveis à Aids, tanto pela estrutura social do país, como também pela precariedade das ações programáticas voltadas para esta população.

As estatísticas das DST e da gravidez na adolescência mostram que a maioria dos adolescentes tem vida sexual ativa, como também muitos experimentam drogas, algumas das quais consumidas por via endovenosa. (CARVALHO, 1997).

Assim, a prevenção da Aids na adolescência é uma necessidade. É preciso compreender que abordar este tema é repensar também, valores e crenças que cercam a sexualidade. Esta deve ser vista como um fenômeno da existência humana e, portanto, parte da vida dos adolescentes relacionada aos aspectos educativos, culturais, psicológicos, sociais, jurídicos e políticos (CAVASIN, 1996).

Desse modo, a prevenção das DST/Aids são de suma importância e na busca do entendimento da palavra prevenção, recorreremos primeiro ao dicionário de FERREIRA (1993), que refere:

*1. Ato ou efeito de prevenir ( - se). 2. Opinião ou sentimento de atração ou de repulsão, sem base racional. Prevenir v.t. 1. Dispor com antecipação, ou de sorte que evite dano ou mal. 2. Chegar, dizer ou fazer antes de outrem. 3. Interromper, atalhar.*

Esses significados, vão ao encontro da classificação das medidas de prevenção na área da saúde que podem ser: prevenção primária, secundária e terciária. Todas possuem um conjunto de medidas de alcance individual ou coletivo que visa interromper a instalação e propagação da doença (FORATTINI, 1992a; PHILIPPI; MALAVASSI; ARONE, 1994).

A prevenção primária visa promover e manter a saúde através de mudanças de comportamento, higiene, fornecendo informações adequadas, imunizações, abastecimento de água potável, esgoto, melhora do estado nutricional; a prevenção secundária compreende a detecção precoce de doenças e infecções, promovendo a informação adequada de como restabelecer a saúde; a prevenção terciária é a terapêutica, cuida dos sintomas da doença, tentando diminuir a incapacidade do portador e aumentar o potencial de vida. (GREEN et al. 1980; VAUGHAN; MORROW, 1992; PHILIPPI; MALAVASSI; ARONE, 1994; SCHALL; STRUCHINER, 1995).

A prevenção deve ser vista com o objetivo de colaborar na formação do indivíduo enquanto cidadão, consciente, atuante, inserido numa sociedade estruturada e organizada, fornecendo-lhe os meios que garantam não só o conhecimento dos modos de transmissão das doenças, como

também dos seus direitos de decidir sobre sua própria vida e saúde não prejudicando-o na sua existência. (SOARES, 1997).

A criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que completou dez anos em 2000, é uma lei que veio proteger integralmente crianças e adolescentes, que são vistos como seres em desenvolvimento, cidadãos detentores de direitos sociais, políticos e civis. O ECA faz refletir que as crianças e os adolescentes têm prioridades absolutas e são a nova geração que definirá o futuro de todos.

O artigo 4º do ECA (Anexo K), estabelece que :

*"É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária". (SÃO PAULO, 1990).*

Existe em Peruíbe o Departamento de Promoção Social, responsável pelo Conselho Municipal de Assistência Social. Foi criado pela Lei n.º. 1.667 em 1996, que coordena os programas voltados aos Direitos da Criança e do Adolescente. Este programa está direcionado às esferas da saúde reprodutiva, apoio sócio - educativo, familiar e trabalho, prevenção do uso de drogas e tratamento dos usuários, manutenção do projeto "Atenção à Criança e ao Adolescente na rua" e apoio material, técnico e financeiro às organizações sociais que já atendam crianças e adolescentes. (PERUÍBE, 2000a).

Segundo MATIDA (1992), a Aids é problema de todos, cabendo ao Estado a responsabilidade pela assistência e à sociedade a responsabilidade pela prevenção.

A Aids representa mais um grande desafio para a humanidade, desafio tanto para a descoberta da cura, como também do entendimento das questões sociais e comportamentais trazidas pela expansão dessa doença. No decorrer dessa luta, a prevenção continua sendo a melhor maneira para deter a contaminação pelo HIV.

AYRES (1996), aponta para a necessidade de se buscar a particularidade social e cultural própria dos adolescentes, sensibilizando-os para suas susceptibilidades em adquirir a Aids.

Os adolescentes permanecem uma grande parte do seu tempo em escolas, assim esta deve ser um espaço social que possibilite as ações de promoção de saúde, objetivando contribuir para realização do indivíduo enquanto cidadão e não ser local de assistência à saúde (GREEN; KREUTER, 1991; PEREIRA et al., 1992).

Nos Estados Unidos, a cada ano aumenta a proporção de estudantes que recebem instruções sobre o HIV/Aids em escolas e há um declínio da proporção de estudantes que referem comportamento de risco ou situações de risco para o HIV. Apesar dessas mudanças, muitos adolescentes continuam engajados em comportamentos de risco para a Aids, mostrando que a educação em saúde deve ser contínua. (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1992).

Desse modo, a escola é local privilegiado para se trabalhar prevenção, principalmente com os jovens que estão expostos às doenças de transmissão sexual.

OLIVEIRA (1997) sugere que os enfermeiros devem dar atenção especial à escola como local de excelência para se trabalhar as questões de educação em saúde, levando em consideração a faixa etária, o nível de complexidade dos temas a serem trabalhados, a saúde sexual e integral do escolar, articulando outros temas que se relacionam e fazem parte do dia a dia do aluno.

GERMANO (1998), ao estudar as ações de promoção da saúde relacionadas à prevenção da Aids em unidades de ensino do Estado de São Paulo, identificou alguns problemas relacionados a estas ações preventivas, como: falta de pessoal treinado, ausência de local adequado e preconceito do pessoal da escola em relação à Aids.

FERRIANI (1991), avaliando um programa de saúde escolar, demonstrou o papel desempenhado pelo enfermeiro na saúde escolar em três níveis: na função educativa, assistencial e administrativa e que este profissional, dotado de uma ampla visão de saúde e educação, atuando junto aos escolares pode ser a ligação entre escola, comunidade e serviços de saúde.

Para MENEZHIN (1993), o enfermeiro é educador, tem conhecimentos e deve utilizar a sua principal arma que é a comunicação, para provocar a curto, médio ou longo prazo, uma mudança no modo de pensar, sentir e atuar de uma pessoa.

Ao que parece, os programas de prevenção da Aids desenvolvidos de forma verticalizada, têm contribuído, mas não o suficiente no combate a esta epidemia, levando-se em conta os altos índices de pessoas infectadas, principalmente na população jovem entre 20 a 29 anos. Frente a isso, alguns questionamentos são pertinentes :

- qual será o conhecimento que os estudantes têm atualmente sobre a Aids ?
- quais são as suas crenças, valores e atitudes em relação à Aids ?
- os estudantes utilizam recursos da saúde ?
- com quem os estudantes estarão dialogando sobre Aids ?
- qual o nível sócio - econômico desses estudantes ?

Refletindo sobre estas questões, e sobre o papel do enfermeiro como educador em saúde é que este estudo foi desenvolvido, utilizando o referencial teórico de GREEN; KREUTER (1991).

## 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

GREEN; KREUTER (1991), estabeleceram um modelo para determinação de conteúdos de programas de promoção em saúde denominado PRECEDE.

PRECEDE, segundo os autores, é uma sigla que se originou dos pressupostos básicos em que o modelo se fundamenta: “*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*”, (causas que predispoem, reforçam e possibilitam o comportamento visando o diagnóstico educativo e avaliação).

O diagnóstico educativo é a descrição dos fatores que predispoem, possibilitam e reforçam a um comportamento específico.

Os programas de educação em saúde são construídos, muitas vezes de forma verticalizada, onde o educador em saúde detém o conhecimento e cria programas de prevenção sem conhecer o público a quem se destina. Muitas vezes o que foi eleito pelo educador em saúde como um problema, não é um problema ou pelo menos uma prioridade para o público alvo. Isso pode explicar porque muitos programas de promoção em saúde não são eficazes.

A definição de promoção em saúde segundo GREEN; KREUTER (1991), é qualquer combinação planejada de apoios educacionais, organizacionais e políticos para ações e condições de viver que conduzam à saúde de indivíduos, grupos ou comunidades. É um processo que encoraja maior controle pessoal e responsabilidade pública em melhorar ou manter a saúde individual ou coletiva, sendo primordial a educação em saúde.

A educação em saúde é qualquer combinação planejada de experiências apreendidas destinadas a predispor, facilitar e reforçar comportamentos voluntários que conduzam à saúde de indivíduos, grupos ou comunidades. (GREEN; KREUTER, 1991).

A educação em saúde é um componente central da promoção em saúde. Ações sociais e políticas facilitarão apoios ambientais, organizacionais, econômicos ou outros, necessários para conversão de ações individuais em saúde ou qualidade de vida, dependendo de qual deles será necessário combinar com educação em saúde.

A linha filosófica desta teoria se fundamenta principalmente em desenvolver um processo de educação em saúde de qualidade, onde a participação voluntária do indivíduo determine suas próprias práticas de saúde. Há evidências que a durabilidade das mudanças cognitivas e comportamentais é proporcional ao grau de participação ativa do educando e não da participação passiva (MENECHIN, 1993).

A educação em saúde visa à manutenção ou mudança de comportamento voluntário de saúde, por exemplo, a atitude de usar o preservativo nas relações sexuais por saber e acreditar na importância desta na prevenção da transmissão das DST/Aids, valorizando a vida.

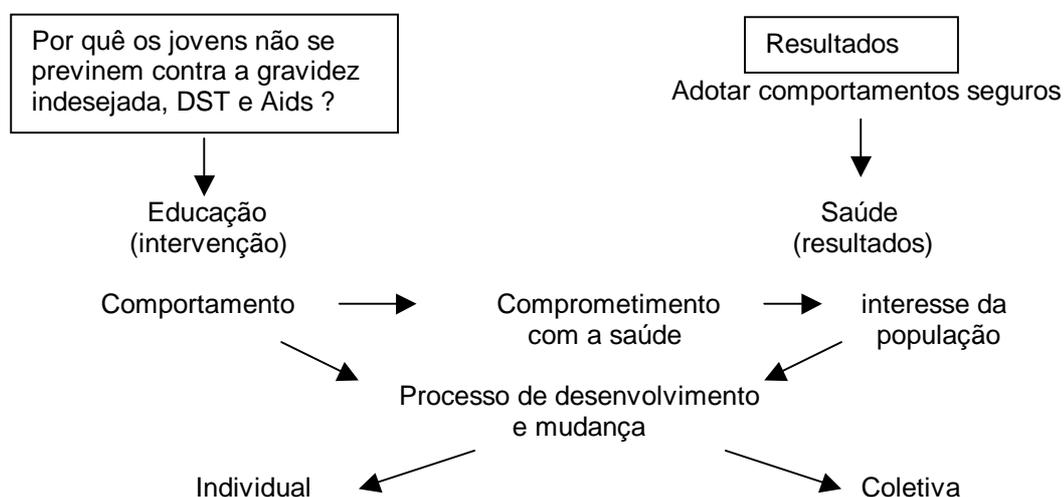
Sendo assim, é fundamental conhecer o público alvo, seus problemas e o que sabem sobre o problema escolhido, antes de intervir com programas preventivos.

O educador em saúde é orientado a iniciar pelo resultado que deseja obter e não para as intervenções. O que muitas vezes ocorre é que o

educador em saúde, em razão de sua experiência intervencionista, inicia o trabalho intervindo e esperando resultados, que nem sempre é o desejado.

O modelo PRECEDE, orienta o educador em saúde para iniciar o processo de planejamento em educação a partir do resultado final que se pretende obter (outcomes). O planejamento é feito a partir dos resultados e não das intervenções, respeitando o interesse da população alvo. O porquê vem antes do como. Pretende-se chegar à saúde por meio da adoção de comportamentos seguros, para isso é necessário um comprometimento com a saúde, um interesse da população alvo em se envolver num processo de desenvolvimento e mudança individual ou coletiva obtido com a educação em saúde.

**Figura 1** – Intervenção segundo modelo PRECEDE baseado em GREEN; KREUTER (1991).



Nesta ótica, todo processo de intervenção pressupõe um diagnóstico prévio da situação como, por exemplo, as possíveis falhas de conhecimento, as intenções de comportamento, além de crenças e valores capazes de fornecerem informações sobre a população alvo que se pretende atingir.

Um programa educativo visa à mudança de comportamento individual ou coletivo, sendo para isso necessário conhecer o público alvo, o modo como percebem e avaliam seus problemas de saúde, o ambiente onde vivem, suas crenças e seus comportamentos pré-existentes.

O modelo PRECEDE, determina conteúdos de programas de educação em saúde, a fim de intervir no processo de desenvolvimento de mudanças de comportamentos que são prejudiciais aos indivíduos ou grupos evitando o aumento de riscos de adquirir doenças, lesões, incapacidade e morte.

A falta de diagnóstico prévio da situação em que se deseja intervir é um dos erros cometidos na educação em saúde. Identificar o que o público - alvo sabe sobre determinado tema, suas crenças, seus valores, o modo de vida, são meios utilizados por educadores na elaboração de programas de educação em saúde cientificamente elaborados (GREEN; KREUTER, 1991; WALTER et al., 1992; TEMPORINI, 1995).

A relação entre conhecimentos, crenças, atitudes, valores e comportamentos, juntamente com variáveis demográficas como: idade, sexo, nível sócio - econômico, tem sido motivo de estudo e discussões por pesquisadores e profissionais da saúde. (FORATTINI, 1992c; CORDEIRO, 1994; TEMPORINI, 1995).

MOLINA et al. (1986), em um estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas em reprodução e sexualidade em adolescentes de 14 a 19 anos, de duas escolas públicas e uma particular na região metropolitana de Santiago, Chile, concluíram que a falta de informação e formação sexual é

um fator importante para facilitar atitudes que levam a condutas superficiais e de menor compromisso, e como conseqüência, uma prática sexual com menor nível de responsabilidade.

Apesar desse achado, outros pesquisadores alertam que não há uma relação direta entre conhecimento e a mudança de comportamento, salientando que apenas com o aumento do conhecimento não haverá necessariamente a alteração de comportamentos quer sejam sadios ou não. (GONZALEZ de ARTEAGA; SZCZEDRIN, 1987; GREEN; KREUTER, 1991; SMITH; DEBUS, 1992; SCHALL; STRUCHINER, 1995).

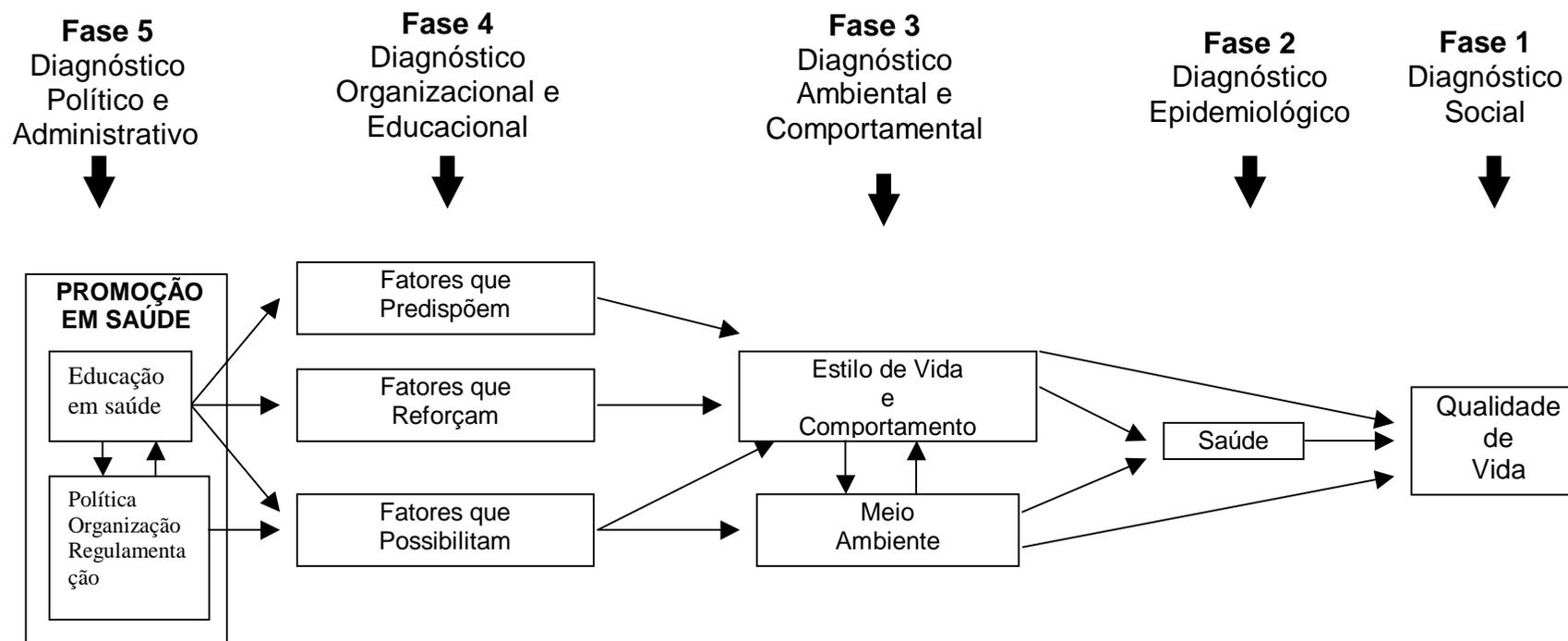
RIBEIRO (1992), chama à atenção para o fato de que se deve respeitar nos sujeitos, as diferentes formas de concepção da Aids, não existindo uma mensagem única e simples que servirá para todos. Para esta autora, isso seria de um forte autoritarismo, que não considera os diferentes sujeitos que pensam a Aids de várias formas.

Por isso, nesta teoria é importante conhecer a população à qual se pretende destinar um programa preventivo. Todo o processo educativo implica em planejamento e diagnóstico mútuos, ou seja, todas as atividades relacionadas têm uma base comum, não importando onde ocorram, podendo ser em clínicas, escolas, comunidade, lar ou locais de trabalho (GREEN;KREUTER, 1991; MENEGHIN, 1993).

A estrutura desse modelo teórico permite o planejamento e o diagnóstico do comportamento através dos fatores que predisõem, possibilitam e reforçam construídos sobre indicadores sociais,

epidemiológicos, ambientais, educacionais e organizacionais como podem ser vistos na Figura 2.

## PRECEDE



**Figura 2.** Modelo estrutural do PRECEDE para planejamento de programas de educação em saúde (GREEN; KREUTER, 1991).

### **Fase 1) Diagnóstico social**

O diagnóstico social, também chamado de avaliação de necessidades sociais ou reconhecimento social, no contexto do PRECEDE, é definido como o processo de determinar a percepção das pessoas para as suas reais necessidades ou qualidade de vida.

O primeiro passo em planejamento de promoção em saúde é investigar e documentar informações sobre os problemas sociais, econômicos, as necessidades, as aspirações, os recursos e as barreiras ampliando o entendimento do indivíduo, grupo ou comunidade.

Essas informações podem ser obtidas através de várias fontes, como por exemplo, entrevistas, indicadores sociais, econômicos, pesquisas locais ou nacionais e taxas de mortalidade. (GREEN; KREUTER, 1991).

O modelo PRECEDE esclarece que existe uma relação de causa e efeito onde a saúde pode influir na qualidade de vida e bem estar social, ao mesmo tempo que a qualidade de vida e os problemas sociais afetam a saúde.

Embora qualidade de vida seja um conceito intensamente marcado pela subjetividade, é um conceito que vem ganhando importância a cada dia principalmente na área da saúde, educação e meio ambiente. Centros de pesquisas vêm definindo e criando instrumentos como estratégias de mensuração da qualidade de vida da população.

A qualidade de vida é definida pelo autor como a percepção de indivíduos ou grupos de que as suas necessidades estão satisfeitas e que

não estão sendo negadas as oportunidades para alcançar a completa felicidade.

Essa percepção do conceito e a avaliação subjetiva da qualidade de vida pode ser conseguida individualmente, com grupos ou membros de uma comunidade, são os chamados indicadores primários de qualidade de vida obtidos através de entrevistas, questionários, escalas ou grupos de discussão.

Problemas sociais e econômicos experimentados por uma população, podem ser os de pacientes, estudantes, trabalhadores, ou consumidores, através de indicadores como taxas de desemprego, densidade domiciliar, renda familiar; podem também fornecer a qualidade de vida dessa população de forma mais objetiva.

Promoção de saúde busca promover condições que melhorem a qualidade de vida das pessoas, percebidas por elas mesmas que são afetadas pelos problemas.

Desse modo, é a partir da conscientização das preocupações sociais, econômicas, culturais e ambientais vividas por um grupo ou comunidade, que irá contribuir para que as metas de um programa de promoção em saúde sejam atingidas. Essa consciência beneficiará os trabalhadores de saúde e voluntários, os setores cuja cooperação em promoção em saúde são necessárias e as pessoas que serão afetadas diretamente pelo programa.

Cabe ao educador em saúde juntar, identificar e analisar essas informações sobre as condições sociais e o estado de saúde da população,

para indicar as prioridades que devem ser trabalhadas num programa de promoção em saúde.

## **Fase 2) Diagnóstico epidemiológico**

O diagnóstico epidemiológico é o estudo da extensão, distribuição e causas de problemas de saúde em uma determinada população.

É nesta fase que será definido o problema de saúde prioritário de uma população específica e que contribuem para os problemas sociais vistos na Fase 1. Serão estudadas as doenças da população alvo a partir da epidemiologia, os métodos pelos quais são quantificados os problemas de saúde, sua extensão, distribuição, frequência, as causas prováveis ou fatores de risco associados com o problema ou necessidades de um determinado grupo.

A avaliação epidemiológica é conduzida para determinar quais problemas de saúde são importantes e quais fatores ambientais e comportamentais contribuem para ocorrência desses problemas de saúde.

Para demonstrar a magnitude e a distribuição de problemas de saúde na população, dados epidemiológicos descritivos indicam a importância dos problemas de saúde em termos de morbidade, incapacidade e mortalidade. Estes dados podem indicar como variam os problemas de saúde entre subgrupos da população que difere em idade, raça, gênero, estilo de vida, moradia ou exposição a fator de risco comportamental ou ambiental específico, e um provável caminho para melhoria como o impacto de

imunizações, regimes de tratamento, alterações ambientais e mudanças de comportamento. (GREEN; KREUTER, 1991).

Fator de risco é aquilo que contribui, aumentando a probabilidade de desenvolvimento de doença ou problema de saúde. Características individuais, exposições genéticas, comportamentais, ambientais, e condições de vida socioculturais, podem aumentar a probabilidade de ocorrência de uma doença ou causa específica de morte.

Como exemplos de fatores de risco comportamentais temos o cigarro que leva a problemas cardiovasculares e câncer; uso de drogas que leva a problemas cardiovasculares, suicídios, homicídios e Aids; fatores biológicos que podem levar à hipertensão, câncer e diabetes; fatores ambientais como exposição à radiação que também podem levar ao câncer e fatores sociais, condições de vida relacionadas à pressão social e nível sócio - econômico que podem levar a doenças como cirrose, Aids, problemas cardiovasculares, entre outros.

Por meio da avaliação do fator de risco para problemas de saúde, a investigação epidemiológica analítica provê informação inestimável sobre a causa potencial do problema, causa que será o foco do programa de promoção de saúde. A avaliação epidemiológica identifica o problema de saúde, o fator de risco que merece prioridade entre os muitos problemas de saúde e qual o programa deve atingir.

Programas de promoção de saúde podem melhorar o estado de saúde da população no sentido de diminuir fatores de risco ambientais e comportamentais.

Pesquisas clínicas e epidemiológicas de fontes locais, regionais, estaduais e nacionais, fornecem dados sobre os problemas de saúde da população servindo de conhecimento epidemiológico atual para o educador em saúde.

Um diagnóstico epidemiológico é básico para a próxima fase do PRECEDE: identificar o componente do comportamento do problema de saúde.

### **Fase 3) Diagnóstico comportamental e ambiental**

O diagnóstico comportamental é a análise dos dados que levam ao diagnóstico das causas do comportamento e sua ligação com os problemas que foram identificados no diagnóstico social e epidemiológico.

Muitas mortes são decorrentes de comportamentos individuais ou coletivos e do estilo de vida. Estilo de vida é considerado pelo autor, como um padrão de comportamento habitual. São ações características aprendidas por um indivíduo, grupo ou comunidade cultural e socialmente e relacionadas ou não à saúde.

O diagnóstico do comportamento é dirigido para comportamentos específicos, porém problemas de saúde também têm causas não comportamentais que devem ser consideradas. GREEN; KREUTER (1991), chamam à atenção para as causas não comportamentais como a predisposição genética, idade, gênero, doenças pré - existentes, lugar de

trabalho e residência que cercam os fatores sociais e ambientais além do controle do indivíduo.

Concordamos com o autor, de que políticas de saúde que ignoram a influência dos fatores não comportamentais, colocando toda a responsabilidade de obtenção de saúde no indivíduo, significa o mesmo que “*culpar a vítima*”. As políticas públicas devem reconhecer as causas não comportamentais que levam aos problemas de saúde além dos comportamentos individuais.

Alguns fatores de risco que independam do controle individual ou coletivo, podem ser minimizados, avaliando-se prováveis riscos ambientais, por exemplo, na redução da radiação solar, na adição de flúor à água, na canalização dos rios para evitar as enchentes.

O modelo PRECEDE nessa fase estabelece que sejam definidas as causas comportamentais, não comportamentais e ambientais que causam o problema de saúde selecionado para intervenção educacional.

Revisar os fatores de risco conhecidos para a doença em questão, identificados no diagnóstico epidemiológico é fundamental, como fumar, consumo de álcool excessivo, dieta altamente gordurosa, prática sexual sem o uso do preservativo e estilo de vida sedentário são comportamentais, considerando que gênero, idade, e história familiar são não comportamentais.

Após isso, é desenvolvido um inventário mais refinado de comportamentos que serão avaliados em termos de importância, se o comportamento frequentemente acontece e se está unido claramente ao

problema de saúde, para identificar as ações ou procedimentos de tratamento para a meta em saúde.

E por último, com os comportamentos listados em termos de importância, o educador em saúde está pronto para selecionar o comportamento ou os comportamentos que serão o foco da intervenção educacional.

Quanto ao diagnóstico ambiental, ele é classificado e dividido em três componentes: o físico, o social e o psicológico. Na área da saúde, o ambiente físico inclui perigos como o barulho, com conseqüências potenciais de perda de audição; poluição da água, podendo causar gastroenterites e bolsas de derivados sangüíneos sem os testes prévios, podendo levar doenças infecciosas como hepatite e Aids. As dimensões sociais e psicológicas de saúde ambiental são combinadas e esboçadas incluindo a modificação de comportamento, problemas percebidos e relações interpessoais.

É necessário separar em uma lista os fatores comportamentais e não comportamentais e eliminar as causas não comportamentais que não podem ser modificadas. Dessa lista, elimina-se os fatores genéticos, demográficos, e históricos dos quais não pode ser esperada nenhuma expectativa de mudança, nem com extensas reformas políticas. O resultado será um inventário de fator organizacional, econômico, e ambiental do problema de saúde, meta ou qualidade de vida.

O modelo PRECEDE, mostra como identificar os objetivos comportamentais e ambientais mais proveitosos para intervenção, porque

cada fator comportamental escolhido gera um diagnóstico educacional e cada fator ambiental um diagnóstico organizacional.

#### **Fase 4 ) Diagnóstico organizacional e educacional**

O diagnóstico organizacional e educacional identifica os comportamentos e as condições ambientais que estão vinculados ao estado de saúde ou qualidade de vida, e que podem ser alterados de imediato ou que sustentam o processo de mudança. A fase 4 é agrupada em três categorias de fatores que afetam o comportamento coletivo ou individual e que se tornarão os objetivos do programa.

#### **FATORES QUE PREDISPÕEM**

O grupo de elementos considerados como "Fatores que predis põem" uma pessoa a realizar, ou não, determinado comportamento são antecedentes à ação e são responsáveis pela razão ou motivação para que a mesma ocorra. Sustentam a racionalidade para o comportamento e são constituídos por conhecimento, crenças, valores e atitudes, facilitando ou dificultando a razão pessoal ou grupal para mudança.

O conhecimento<sup>3</sup> é definido pelo dicionário de psicologia como o resultado do saber ou conhecer. Quando simples denomina-se apreensão e

---

<sup>3</sup> Epistemologia. Filos. Teoria do conhecimento. Ramo que trata da natureza e validade do conhecimento. Cabe-lhe definir o objeto das ciências, estabelecer seus limites e estudar as leis do seu desenvolvimento. (DORIN et al., 1978).

quando complexo denomina-se compreensão ou entendimento (conhecimento de relações, significados etc.), conjunto de informações conservadas e entendidas por um indivíduo ou por uma cultura. (CABRAL; NICK, 1974).

Já o dicionário de filosofia designa o conhecimento como o ato de conhecer, subjetivo; o fato de conhecer (relação do sujeito com o objeto). A palavra conhecer implica numa relação do sujeito com o objeto, onde existe uma subordinação do primeiro ao segundo. “Parece-me que se pode distinguir *conhecer*, no sentido de saber, de *compreender*, no sentido de se explicar por que aquilo é assim. Por exemplo, conhece-se, sem a compreender ainda, a anatomia de um animal, enquanto não se explica a relação e a utilização das diferentes partes que a constituem.” (LALANDE, 1993).

Em nenhuma das duas definições afirma-se que ter conhecimento de algo, levará a uma mudança de comportamento; realmente não existe uma relação direta entre conhecimento e mudança de comportamento.

Quanto à crença a definição seria: “1. Um julgamento acerca de um objeto. 2. Uma atitude envolvendo reconhecimento ou aceitação de alguma coisa como verdadeira. Quando as crenças são organizadas num sistema, são denominadas ideologias.” (DORIN et al. , 1978).

Estas definições se alinham com a concepção de GREEN; KREUTER (1991), quando definem crenças como sendo: “uma afirmação ou proposição, declarada ou implícita, emocional ou intelectualmente aceita como verdade por um indivíduo ou grupo”.

A crença é a convicção de que um fenômeno ou objeto é verdadeiro ou real. Fé, confiança e verdade são palavras que expressam ou insinuam crença. Declarações de crenças em saúde incluem: " Eu acredito que o medicamento possa funcionar" ou "Fazer exercícios físicos fará diferença".

Por outro lado, valor é um termo que possui diversos significados dependendo do contexto utilizado: "(1) conceito abstrato, por vezes meramente implícito, que define, em relação a um indivíduo ou a uma unidade social, quais são as finalidades desejáveis ou os meios aconselháveis e apropriados para atingir essas finalidades. Esse conceito abstrato de *valia* não é o resultado de uma avaliação do próprio indivíduo, mas o produto social que lhe foi imposto e que ele só lentamente *internaliza*, isto é, usa e aceita como seu critério pessoal de valor....". (CABRAL; NICK, 1974).

Para DORIN et al. (1978), valor seria: 1. "medida de quantidade em termos de algum padrão ou unidade"; 2. apreciação ou medida subjetiva da importância de um dado ou fator determinado de qualquer classe em relação a outros dados ou fatores da mesma classe".

Valor se refere ao aspecto cultural, são perspectivas sobre assuntos que refletem a consequência dos valores dos indivíduos em ações. Valores tendem a crescer e agrupar-se dentro de grupos étnicos e por gerações de indivíduos que compartilham uma história comum e uma identidade geográfica. É a base para justificar as ações dos indivíduos em moral ou cláusulas éticas. Valores justificam o certo e o errado, as dimensões boas e ruins da perspectiva das pessoas em comportamentos específicos.

Por atitude entende-se: 1. Uma reação afetiva positiva ou negativa em direção a uma proposição ou a um determinado objeto concreto ou abstrato: tolerância-preconceito, simpatia-antipatia, receptividade-repulsão; 2. "Predisposição para reagir positiva ou negativamente em relação a pessoas, objetos, conceitos ou situações. Trata-se de uma disposição a favor ou contra." (CABRAL; NICK, 1974; DORIN et al. , 1978).

A atitude representa uma fusão de elementos afetivos e comportamentais que não foram adquiridos formal e conscientemente mas, de um modo acidental, do nosso meio social. A maioria das atitudes são absorvidas daqueles que nos cercam, sem que estejamos cômnicos desse fato. Numerosos experimentos demonstraram que as atitudes podem ser adquiridas (aprendidas) por meios associativos comuns, sem que o indivíduo se aperceba disso. Uma pessoa nasce numa dada cultura, subcultura, comunidade e família, e adquire inconscientemente as atitudes predominantes desses grupos." (CABRAL; NICK, 1974).

Desse modo, tanto as crenças, quanto os valores e as atitudes podem influenciar o comportamento, sendo necessário então o estudo destas variáveis.

## **FATORES QUE POSSIBILITAM**

O grupo de elementos considerados como "Fatores que possibilitam" uma pessoa a realizar, ou não, determinado comportamento são

anteriores à ação e têm como característica as habilidades exigidas para que o comportamento desejado ocorra, são relativos ao ambiente.

Tais fatores são mantidos pelas condições do ambiente, pelos recursos materiais, pela eficiência ou ineficiência do sistema de saúde, dos profissionais de saúde, facilitando o desempenho de uma ação individual ou coletiva. Frequentemente associados às condições do ambiente, facilitam o desempenho de uma ação por indivíduos ou organizações; englobam a disponibilidade, acessibilidade do cuidado à saúde e recursos da comunidade.

Os fatores que possibilitam também incluem novas habilidades que uma pessoa, organização ou comunidade precisam para fazer uma mudança comportamental ou ambiental.

Este grupo de fatores poderá representar os objetivos imediatos da organização da comunidade e intervenções de treinamento em um programa. Eles consistem nos recursos e habilidades novas necessárias para executar uma ação de saúde e as ações organizacionais exigidas para modificar o ambiente. Os recursos, aqui citados, incluem a organização e acessibilidade para facilitar o processo de cuidar em saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo.

Habilidades individuais, ensinadas por profissionais da saúde, como por exemplo na educação em saúde escolar, podem habilitar ações de saúde que atendam os problemas característicos e específicos da idade escolar.

Promover o aprendizado e desenvolvimento de determinadas habilidades pode influenciar a comunidade, como ocorre por intermédio de ações sociais e mudanças organizacionais, facilitando ações dirigidas para influenciar os aspectos físicos ou o cuidado em saúde ambiental.

Fatores que tornam possíveis os cuidados com a saúde ou comportamentos benéficos à saúde pressupõem recursos materiais e humanos como profissionais de saúde, clínicas, hospitais, salas de atendimento de emergência e outras instalações, programas ou pessoal.

### **FATORES QUE REFORÇAM**

O grupo de elementos considerados como "Fatores que reforçam" uma pessoa a realizar, ou não, determinados comportamentos são subseqüentes à ação e, de alguma forma, patrocinam uma contínua recompensa ou incentivo contribuindo para a sua persistência ou repetição.

Qualquer recompensa ou "*castigo*" que ocorra (antes ou depois), como conseqüência de um comportamento, serve para fortalecer a motivação para aquele comportamento.

É a influência que o educando recebe de outras pessoas como pais, irmãos, companheiros, professores, empregadores, líderes da comunidade, amigos, vizinhos, profissionais da saúde, entre outros, estimulando ou desmotivando a mudança de comportamento.

Fatores que reforçam determinam se o indivíduo é ou não apoiado após à ação, pode ser um benefício social como um reconhecimento pela

ação praticada; um benefício físico como alívio da dor após o uso correto de um medicamento; um benefício econômico ou que não gere custos ao indivíduo e recompensas como uma melhor aparência, respeito próprio ou associado a uma pessoa que admira o comportamento.

Também existe o reforço negativo que é a recompensa por um comportamento prejudicial ao indivíduo. Pode incluir o “poder ou o prazer” que a droga pode fornecer ao usuário e o alívio da tensão que o cigarro propicia ao fumante; para as organizações, inclui-se os lucros que provêm do uso de produtos poluentes para o meio ambiente no processo industrial.

Para que um comportamento ocorra, normalmente as pessoas são influenciadas por um desses fatores; existem exceções decorrentes da forte motivação, podendo suprir a recompensa ou deficiência de recursos.

Qualquer plano ou programa destinados a influenciar o comportamento têm que considerar todos os três fatores. Um programa que pretenda disseminar informações de saúde que aumentem a conscientização, o interesse e o conhecimento (fatores que predisõem) sobre determinado tema, se não reconhecer a influência de fatores que possibilitam e reforçam, provável não influenciará o comportamento.

Em relação à prevenção de doenças, por exemplo, podemos encontrar jovens que tenham uma atitude negativa relacionada à Aids e acreditem que ter relação sexual com camisinha pode ser prejudicial (fator que predisõem), o que os leva a ter relação sem proteção (comportamento); esse ato pode ser elogiado ou estimulado pelos colegas de escola ou de trabalho (fator que reforça).

Por outro lado, há pessoas que não se protegem por falta de recursos financeiros em adquirir o preservativo, ou pelo fato de não o encontrar ou não ser fornecido gratuitamente em postos de saúde (fator que habilita).

Normalmente, ocorre que um indivíduo tem uma razão inicial, impulso, ou motivação (fator que predispõem) para adotar determinado comportamento. Este primeiro fator na cadeia causal pode ser suficiente para começar o comportamento, mas não será suficiente para concretizar o comportamento, a menos que essa pessoa tenha os recursos ou habilidades necessárias para tal.

O modelo PRECEDE nesta fase do diagnóstico seleciona os fatores e fixa prioridades que predispõem, reforçam e possibilitam a modificar ou ajudar a provocar a mudança comportamental e ambiental relacionada à saúde. Este processo tem três passos básicos: 1) identificar e ordenar fatores nas três categorias; 2) fixar prioridades entre as categorias e 3) estabelecer prioridades dentro das categorias.

A lista de fatores causais, inicialmente identificados e ordenados para cada objetivo comportamental, deve ser tão abrangente quanto possível, para ajudar o planejador a não negligenciar determinantes cruciais. Podem ser usados a entrevista, discussão em grupo, painel, questionários ou pesquisa na literatura que poderão fornecer informação social e cultural sobre a população alvo.

Fixar prioridades entre as categorias dos três fatores de acordo com os objetivos que se pretende alcançar, com os recursos disponíveis, e

estabelecer prioridades dentro das categorias, pode ser classificada pela importância e a necessidade do problema para o programa de saúde.

Fatores específicos selecionados neste processo são a base para apreender objetivos organizacionais da comunidade, que conduzam à seleção de materiais e métodos para implementação de um programa. Se o programa é bem projetado e cuidadosamente implementado, é alta a probabilidade de que serão conhecidos os objetivos e serão direcionados às modificações do comportamento.

Os comportamentos relativos à prevenção da Aids, parecem, *a priori*, serem opções individuais, mas são os resultados do sentido que o indivíduo, pelos meios sócio - econômicos e culturais atribui ao mundo em que vive.

Desse modo, seguindo o modelo de GREEN; KREUTER (1991), qualquer indivíduo pode correr um risco maior de infecção pelo HIV, dependendo de fatores que o predispõem (antecedem o comportamento), possibilitam (relativos ao ambiente) e reforçam (influências de pessoas ou grupos) a tais situações.

Desta forma, é preciso que um programa de prevenção da Aids não forneça apenas informação. É preciso entender os motivos que levam os adolescentes a adotarem comportamentos de risco, o que pressupõe, possibilita e reforça a manterem estes comportamentos, e o que se oferece para adoção ou manutenção de comportamentos sadios.

Se está ocorrendo no país uma epidemia de gravidez na adolescência, também está ocorrendo uma maior disseminação de DST e, entre estas, a Aids. O conhecimento dos estudantes sobre HIV/Aids parece

não interferir na adoção de comportamentos preventivos, tornando-os vulneráveis à doença.

### **Fase 5) Diagnóstico político e administrativo**

É no diagnóstico administrativo que se faz uma análise das políticas, recursos e circunstâncias que prevalecem na situação organizacional para facilitar ou impedir o desenvolvimento de programas de promoção em saúde. A formulação de prioridades, objetivos, horários, orçamentos e pessoal completa o processo PRECEDE.

Diagnóstico político se refere a uma série de objetivos e regras que encaminham as atividades de uma organização ou uma administração. Regulamento se refere ao ato de implementar políticas e seguir regras ou leis. Organização se refere ao ato de ordenar e coordenar recursos necessários para implementar um programa.

O primeiro passo no diagnóstico administrativo é avaliar os recursos requeridos pelo método educacional e estratégico proposto. Isto exige um exame dos prazos para realização dos objetivos, pois é fundamental a avaliação do tempo; quais e quantas pessoas serão necessárias.

Parte do diagnóstico educacional identifica métodos ou materiais apropriados para alguns dos objetivos educacionais. Às vezes, o material desenvolvido em um programa prévio ou por uma agência nacional ou estatal, pode produzir o material disponibilizando com pequeno ou nenhum custo. Os recursos podem ser economizados, usando materiais

educacionais previamente desenvolvidos para outro programa, reduzindo consideravelmente o orçamento, mas é preciso avaliar se os materiais são adequados para a situação local ou as circunstâncias atuais como seria desejável.

O presente trabalho se fundamenta nas considerações anteriores, sendo seu objeto de estudo os fatores relacionados à Aids entre estudantes das Escolas Estaduais do Ensino Médio do Município de Peruíbe.

### 3. FINALIDADE E OBJETIVOS

Este estudo, tem a finalidade de obter dados que possam servir de subsídios, para que os setores responsáveis pela educação e saúde do Município, construam programas preventivos de acordo com a realidade apresentada pelos estudantes do ensino médio, residentes na região, e que permitam traçar um perfil da população estudada, sobre fatores relacionados à transmissão do HIV/Aids. Para tanto, esta investigação tem como :

#### **Objetivo Geral:**

- Obter dados que possibilitem o diagnóstico dos fatores de risco relacionados à Aids entre os estudantes do ensino médio.

#### **Objetivos Específicos:**

- Identificar o perfil demográfico dos estudantes do ensino médio;
- Identificar os fatores que predisõem, possibilitam e reforçam os estudantes a comportamentos de risco para a disseminação da Aids.

## 4. MÉTODO E CASUÍSTICA

### • Delineamento do estudo e local

De acordo com o modelo PRECEDE, os diagnósticos social, epidemiológico e comportamental antecedem o diagnóstico educativo e podem ser realizados através da literatura ou da experiência do educador com os problemas da população em estudo. Sendo assim, a pesquisadora utilizou tanto a literatura, como dados do município e um questionário para obtenção de seus objetivos.

Trata-se de um estudo de nível I, exploratório e descritivo. Segundo BRINK; WOOD (1989), esta denominação é aplicada para os estudos que descrevem sistemas sociais de pequenas sociedades e grupos, como também, características demográficas de populações particulares.

Os locais de estudo foram constituídos pelas duas Escolas Estaduais de Ensino Médio do Município de Peruíbe que têm cerca de 2.200 estudantes:

- E.E.S.G. Carmem Miranda e
- E.E.P.S.G. Prof. Ottoniel Junqueira.

O município de Peruíbe<sup>4</sup> está localizado a 128 Km de São Paulo,

---

<sup>4</sup>Peruíbe, que pertence ao litoral sul paulista, já era conhecido por Aldeia dos índios Peruíbe, por volta de 1.532. Esta pertencia à capitania de Martin Afonso de Souza, onde já existia a Capela dedicada a Conceição de Nossa Senhora, quando em 1.549 chega o padre Leonardo Nunes e em 1.554, chega o padre José de Anchieta. A fundação da Vila da Conceição de Nossa Senhora, ocorreu na atual Ruínas do Abarebebê, conforme a afirmação de Frei Gaspar da Madre de Deus, que diz na sua obra (História da Capitania de São Vicente), que até 1.555, não existia nada no local chamado de Itanhaém e sim as Aldeias, onde Martin Afonso de Souza fez sua Fundação. Em meados de 1.648, os padres foram expulsos pelos portugueses, por estarem protegendo demais os indígenas, e a aldeia passou a ser conhecida como Aldeia de São João Batista. A Aldeia ficou praticamente abandonada, se tornando povoado de pescadores. Em 1.914, vem a estrada de ferro e com elas os imigrantes. Na década de 50, aumenta a atividade imobiliária, o comércio e passa a município em 1.959. Em 1.974 passa a ser reconhecida como estância Balneária, devido as suas peculiaridades naturais.(PREFEITURA MUNICIPAL DE PERUÍBE Departamento de Turismo HRR. Publicações Cartográficas. 1998. HERRERA, O. (dir.) Peruíbe. Cidade da Esperança. ed. Peruíbe. 123p. s.d. )

tendo como limites, ao norte o Município de Pedro de Toledo, ao sul o Oceano Atlântico, ao Leste o Município de Itanhaém e a oeste o Município de Itariri. Sua área é de 328 km<sup>2</sup>. Peruíbe está a 85 km de Santos, cidade portuária, que é o sexto município brasileiro com o maior número de casos de Aids; são 3.503 (1,8%) de 1980-2000. Na Fase 2 do diagnóstico epidemiológico do modelo PRECEDE, discorremos sobre a importância dos dados das pesquisas epidemiológicas e verificamos que Santos já foi considerada a "Capital da Aids" no Brasil, devido à zona de prostituição e do tráfico de drogas próxima ao porto. Ocupa o 15º lugar na distribuição da incidência dos casos de Aids<sup>5</sup> em 1999, 50,9 (taxa por 100.000 habitantes.); Cubatão é o 9º com 44,9; Guarujá é o 23º com 21,1; Praia Grande é o 24º com 26,7 e São Vicente é o 47º com 27,9. Peruíbe apresentava um coeficiente de incidência de 13,4 e um coeficiente de prevalência de Aids de 47,2 no ano de 1998; em 1995 foram notificados 12 casos de Aids. (ADAIR, 1994; SÃO PAULO, 1999; BOLETIM, 2000h, i; PERUÍBE, 2000a, b).

Essa proximidade das cidades de Peruíbe e Santos é positiva, considerando o quanto Santos já evoluiu nos programas de prevenção e de tratamento dos portadores do HIV, pois existem inúmeros serviços de saúde como: o Disque - Aids, clínicas de tratamento especializadas em DST/Aids, ONGs, Universidades, servindo como exemplo para todas as outras cidades.

---

<sup>5</sup>A distribuição da incidência dos casos de Aids: 1º Itajaí (SC) com 88,8; 2º Camboriú (SC) com 61,3 e 3º Balneário Camboriú (SC) com 54,6. BOLETIM, 2000i.

As características sócio - econômicas e demográficas de Peruíbe podem ser vistas no Quadro 1.

**Quadro 1** - Caracterização sócio - econômica e demográfica do município de Peruíbe.

Características	Peruíbe
População residente (2000) <sup>1</sup>	51.384
. sexo masculino	25.591
. sexo feminino	25.793
População flutuante <sup>5</sup>	400.000
População urbana <sup>1</sup>	50.297
População rural <sup>1</sup>	1.087
Densidade demográfica (hab./km2) <sup>5</sup>	144,0
Taxa geom. de cresc. anual (1996/2000) em % <sup>1</sup>	5,55
Taxa de mortalidade infantil/mil nascidos vivos (1999) <sup>2</sup>	20,56
Taxa de mortalidade por Aids/ cem mil habitantes (1997) <sup>2</sup>	18,55
Grupo etário: <sup>2</sup>	
. crianças (<1 a 9 anos)	9.385
. adolescentes (10 a 19 anos)	9.524
. adultos (20 a 59 anos)	22.240
. idosos (> 60 anos)	4.342
Domicílio atendido com : <sup>3</sup>	
. água tratada	82%
. esgoto canalizado	10%
. coleta de lixo	95%
Renda mensal do chefe da família em salários mínimos. (Em %, ano 1991) <sup>2</sup>	
. até 1	17,44
. de 1 a 2	25,53
. de 2 a 3	18,40
. de 3 a 5	15,79
. de 5 a 10	12,97
. mais de 10	7,33
. sem rendimento	2,14
. sem declaração	0,34
Saúde municipal <sup>3</sup>	
Unidades Básicas de Saúde	10
Hospital dia de Saúde Mental	-
Hospital Geral	01 (30 leitos)
Pronto Socorro	01
Educação <sup>4</sup>	
. creches	10
. Esc. Munic. de Ed. Infantil	10
. Esc. Munic. do Ensino Fundamental	12
. Esc. Estadual do Ensino Médio	02
. Associação de moradores <sup>3</sup>	36
. ONGs	-

Fonte 1: [www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/consulta.php?paginaatual=1&uf=35&letra=P](http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/consulta.php?paginaatual=1&uf=35&letra=P) (14 fev. 2001); 2: [www.seade.gov.br/cgi-bin/lingcv98/spd.ksh](http://www.seade.gov.br/cgi-bin/lingcv98/spd.ksh) (14 fev. 2001); 3: PERUÍBE, 2000a; 4: PERUÍBE, 2000b. e 5: PERUÍBE, 2000c.

A escolha do Município de Peruíbe obedeceu ao critério de conveniência por ser local de moradia da pesquisadora.

Para investigar se este estudo poderia ser relevante para ambas as escolas, e contribuir para a formulação do diagnóstico social do modelo PRECEDE, foi realizada uma entrevista com um questionário semi – estruturado, (Anexo A), em abril de 1998, com a diretora da Escola Carmem Miranda e com a vice-diretora (a diretora não se encontrava no momento da entrevista), da Escola Ottoniel Junqueira.

Segundo a diretora e a vice-diretora, há nas duas escolas problemas de gravidez na adolescência; quanto às drogas, parece que o problema também existe, mas não dentro e sim fora das escolas. Em uma escola, havia um estudante com tuberculose, mas nenhuma soube referir se havia estudantes infectados com o HIV. Afirmaram, também, que não havia um programa de prevenção à Aids naquele momento e que a orientação era feita pelo professor em sala de aula.

A entrevista foi um estímulo para dar prosseguimento a esse estudo, tanto pelo relato das entrevistadas como também, pelo interesse de ambas em que as escolas participassem. Em dezembro de 1998, após integralizar os créditos exigidos para o mestrado, foi solicitada a autorização por escrito das diretoras das duas escolas (Anexo B), autorizando a realização desse estudo (Anexo C e D).

- **População**

A população deste estudo foi composta por estudantes, de ambos os sexos, matriculados no ensino médio<sup>6</sup>, das Escolas Estaduais de Segundo Grau do Município de Peruíbe.

Em razão da impossibilidade de aplicar o estudo a todos os alunos, optou-se por uma amostra dos estudantes que compreendesse 15% da população.

A Escola Carmem Miranda possui 1.287 alunos e a Escola Prof. Ottoniel Junqueira possui 932, perfazendo um total de 2.219 alunos do ensino médio matriculados. Na Escola Prof. Ottoniel Junqueira, 40,5 é a média de estudantes / sala de aula, e na Escola Carmem Miranda é de 46,8 estudantes / sala de aula no ano de 1999.

Segundo funcionário da secretaria da escola Prof. Ottoniel Junqueira, ocorre o problema da evasão escolar e portanto a escola não é freqüentada por todos os alunos matriculados, apesar da procura da pesquisadora não existia a informação de quantos alunos realmente freqüentavam a escola.

Desse modo, a pesquisadora trabalhou com 360 de estudantes, de ambos os sexos, presentes nas salas de aulas sorteadas no dia da entrega dos questionários e que faziam parte do critério de inclusão.

---

<sup>6</sup> BRASIL. Lei. n.º 9.394 de 20/12/1996, estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

CAPÍTULO I - DA COMPOSIÇÃO DOS NÍVEIS ESCOLARES E DA EDUCAÇÃO BÁSICA:

Art.21. A educação escolar compõe-se de:

I - educação básica, formada pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio;

II - educação superior.

CAPÍTULO II DA EDUCAÇÃO BÁSICA

Seção IV

DO ENSINO MÉDIO Art.35.

O ensino médio, etapa final da educação básica, com duração mínima de três anos.

- **Critérios de inclusão e exclusão.**

Os critérios de inclusão, para este estudo, foram:

- ser aluno matriculado em uma das escolas estaduais do município de Peruíbe;
- estar presente no dia da coleta dos dados;
- ter interesse em participar, respondendo ao questionário;
- devolver o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo (s) pai (s) ou responsável (is), (Anexo E), se menor de 18 anos; se maior de 18 anos, devolver o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo próprio estudante.

Como critério de exclusão foi considerado a inobservância de qualquer item dos critérios de inclusão.

- **Aspecto Ético**

De acordo com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, *“toda a pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa”* (BRASIL, 1998). Sendo assim, em janeiro de 1999, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo que, após apreciação, o aprovou. (Anexo F).

- **Instrumento**

Por se tratar de uma pesquisa descritiva, além da peculiaridade do tema a ser abordado, e para obter maior confiabilidade das informações prestadas, o instrumento foi o questionário anônimo auto - aplicável, com perguntas estruturadas (Anexo I).

Questionário é definido por Nogueira apud WITT (1973), como *“sendo uma série de perguntas organizadas com o objetivo de levantar dados para uma pesquisa, cujas respostas são fornecidas pelos informantes, sem a assistência direta ou orientação do investigador”*. De acordo com BRINK; WOOD (1989), são questões estruturadas as do tipo múltipla escolha, escala Likert, entre outras.

Na construção do instrumento, algumas perguntas foram criadas e outras foram extraídas de questionários já publicados em estudos científicos, e que correspondiam ao diagnóstico educacional e organizacional e dos fatores que predisõem, possibilitam e reforçam comportamentos de risco para a Aids pelos estudantes do ensino médio.

As questões selecionadas e criadas para esta pesquisa foram do tipo múltipla escolha e escala Likert, que versam sobre conhecimentos, crenças, valores, atitudes em relação à Aids, acesso às drogas, ao álcool, aos recursos da saúde, ao nível sócio - econômico e influência da família, de grupos e da mídia sobre os estudantes.

Na fase de diagnóstico organizacional e educacional do modelo PRECEDE, são selecionadas as variáveis dos fatores que predisõem,

possibilitam e reforçam determinados comportamentos, juntamente com as prioridades de cada fator e suas respectivas questões (Quadro 2).

**Quadro 2.** Relação entre as variáveis, as prioridades e as questões.

<b>Variáveis</b>	<b>Prioridades</b>	<b>Questões</b>
	Demográfica	1 a 4
Predispõem	Conhecimento Crenças Valores Atitudes	13 a 17, 25, 46 e 47 18 a 20 26 21 a 24, 27 a 28, 50 e 51
Possibilitam	Acesso às drogas e álcool Recursos da saúde Nível sócio - econômico	29 a 36 37 a 42 5 a 12
Reforçam	Família Amigos Mídia Religião	43 a 45, 48 a 49

O questionário possui uma carta (Anexo H), com a apresentação da pesquisadora e com as instruções de como preenchê-lo, alertando não ser preciso colocar nome, mantendo, assim, o anonimato dos estudantes.

São ao todo 51 questões, que de acordo com o pré - teste realizado, demandaram aproximadamente quarenta minutos para serem respondidas.

No final do questionário foram deixadas algumas linhas, se o estudante quisesse fazer algum comentário, que podem ser vistos no Anexo J, e que contribuíram para implementar o diagnóstico social do modelo PRECEDE.

- **Coleta de dados**

Antes da coleta de dados, o instrumento foi testado, pela primeira vez, com 4 estudantes de ambas as escolas estaduais, para verificar a clareza e fazer as possíveis correções.

Para o pré - teste uma carta com instruções foi anexada ao questionário (Anexo G), explicando o objetivo do mesmo e pedindo uma opinião sobre o instrumento. Para estes alunos foi pedido sigilo, evitando comentários sobre o estudo, antes da entrega oficial no dia determinado.

Neste pré – teste, os estudantes referiram que o questionário estava claro, sugerindo pequenas alterações que foram analisadas pela pesquisadora e alteradas.

Por sugestão da Banca no exame de qualificação, o questionário foi diminuído de sessenta e quatro para cinqüenta e uma questões.

Sendo assim, foi realizado um segundo pré – teste, com dez estudantes do ensino médio de uma escola estadual de Itanhaém (município vizinho). Só após este procedimento e não tendo mais alterações a serem feitas, é que foi marcado o dia da coleta de dados com a população alvo.

A coleta de dados, realizada pela própria pesquisadora, ocorreu em dois dias do mês de junho de 1999, marcados em conjunto com as diretoras das duas escolas, sendo destinado um dia para cada escola. Antes da entrega do questionário, foi explicado aos participantes o objetivo do estudo, da liberdade em participar dele, pois o mesmo não tinha relação com notas escolares.

Dois dias antes da aplicação do questionário, a própria pesquisadora foi em cada sala de aula sorteada e explicou o objetivo dessa pesquisa, e perguntou a idade de cada um dos estudantes. Para os alunos menores de 18 anos, foi dado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser entregue aos pais ou responsáveis, pedindo a autorização por escrito e que deveria ser devolvida no dia da aplicação do questionário.

Para os alunos maiores de 18 anos, também foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pedindo a autorização, deles mesmos, por escrito, para participar. O Termo de Consentimento foi devolvido no dia da coleta de dados, momentos antes da entrega do questionário, ocasião em que todos os estudantes responderam ao mesmo tempo e devolveram em seguida, para a pesquisadora.

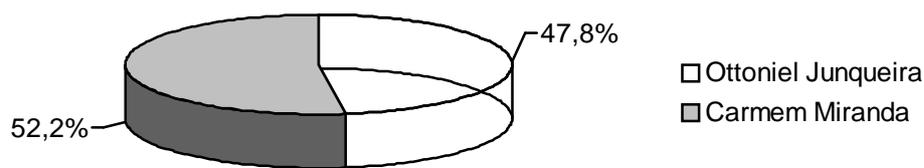
- **Análise estatística**

O banco de dados foi construído no programa Access. Para a análise do banco de dados foi especialmente desenvolvido um programa no Visual Basic. Os dados são apresentados descritivamente em tabelas e gráficos contendo frequência absoluta (n) e relativa (%).

## 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desse estudo 360 estudantes do ensino médio das escolas estaduais do município de Peruíbe. Após a identificação da amostra, os resultados são apresentados segundo as variáveis do Quadro 2, visto anteriormente.

**Gráfico 1** – Distribuição dos estudantes do ensino médio por escolas. Peruíbe. 1999.



Da **Identificação da amostra**: no Gráfico 1, verificamos que participaram do estudo 188 (52,2%) estudantes da Escola Carmem Miranda e 172 (47,8%) estudantes da Escola Professor Ottoniel Junqueira. Dentre os participantes, notamos que é menor a proporção da primeira série (25,8%), sendo que a maioria (71,6%) estuda no período da tarde, seguida pelos estudantes da terceira série (35,6%) e da segunda série (38,6%), onde 51,1% e 42,5% respectivamente, estudam no período noturno (Tabela 1).

**TABELA 1** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo série / período de estudo. Peruíbe. 1999.

Série	Período							
	Manhã		Tarde		Noite		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1º	26	18,8	58	71,6	9	6,4	93	25,8
2º	56	40,6	23	28,4	60	42,5	139	38,6
3º	56	40,6	-	-	72	51,1	128	35,6
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

As **características demográficas** da população estudada podem ser vistas na Tabela 2, 3 e 4 a seguir.

**TABELA 2** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo idade / sexo. Peruíbe. 1999.

Idade/Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
14 -  18	74	51,0	126	59,4	<b>200</b>	<b>56,0</b>
18 -  22	44	30,3	52	24,5	<b>96</b>	<b>26,8</b>
22 -  26	13	9,0	9	4,2	<b>22</b>	<b>6,2</b>
26 -  e mais	1	0,7	11	5,3	<b>12</b>	<b>3,4</b>
Ignorado	13	9,0	14	6,6	<b>27</b>	<b>7,6</b>
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>357</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 3** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo sexo. Peruíbe. 1999.

Sexo	N.º	%
Masculino	145	40,3
Feminino	212	58,9
Ignorado	3	0,8
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 4** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo estado civil / sexo. Peruíbe. 1999.

Estado Civil/Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Solteiro	134	92,4	188	88,7	<b>322</b>	<b>90,2</b>
Casado/Amigado	8	5,5	21	9,9	<b>29</b>	<b>8,1</b>
Divorciado/Separado	2	1,4	2	0,9	<b>4</b>	<b>1,1</b>
Ignorado	1	0,7	1	0,5	<b>2</b>	<b>0,6</b>
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>357</b>	<b>100,0</b>

A maioria dos estudantes (56,0%), tem entre 14 e 17 anos, caindo para 26,8% os que possuem idade entre 18 e 21 anos. O ensino médio é dividido em 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> séries, onde os estudantes ingressam por volta dos 14 anos (caso não tenham repetido no ensino fundamental) e saem aos 18 anos (se não repetirem nenhum ano). A maioria da população estudada está nesta faixa etária.

Quanto ao gênero pode-se verificar que predomina o sexo feminino (58,9%) sobre o sexo masculino (40,3%).

Quanto ao estado civil, conforme o esperado, a maioria (90,2%) dos estudantes é composta por solteiros: 92,4% dos meninos e 88,7% das meninas; estão casados ou amigados apenas 9,9% das meninas e 5,5% dos meninos.

**TABELA 5** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo cor. Peruíbe. 1999.

<b>Cor</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Branca	259	71,9
Negra/mulata	62	17,2
Amarela	19	5,3
Outra*	13	3,6
Ignorado	7	2,0
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

\*Os que responderam outra, citaram: um jambo, seis pardos, cinco deixaram em branco e uma resposta foi invalidada.

Quanto à distribuição da cor atribuída pelos próprios estudantes, a maioria referiu ter a cor branca (71,9%), seguida pela cor negra/mulata (17,2%), amarela (5,3%), outras (3,6%). (Tabela 5).

A composição racial dessa amostra pode ser classificada como diversa, apesar da maioria referir ter a cor branca, pois definir cor é muito subjetivo, variando de informante para informante, e no Brasil há uma

tendência ao embranquecimento da pele, marcada pelas discriminações sociais. (PARKER, 1994d).

Quanto aos fatores que predispõem os estudantes a vivenciar situações de risco iniciamos com: o conhecimento, as crenças, os valores e as atitudes.

## 5.1 FATORES QUE PREDISPÕEM

### 5.1.1 Conhecimentos

Dos resultados relacionados a conhecimentos, observamos as Tabelas 6, 7 e 8 inicialmente.

**TABELA 6** – Distribuição dos estudantes do ensino médio se já tiveram aula ou palestra na escola sobre Aids. Peruíbe. 1999.

<b>Respostas</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Sim	308	85,5
Não	51	14,2
Em branco	1	0,3
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 7** – Distribuição dos estudantes do ensino médio se sabem como o vírus da Aids se transmite. Peruíbe. 1999.

<b>Respostas</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Sim	317	88,0
Não	-	-
Tenho dúvidas	41	11,4
Em branco	2	0,6
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 8** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo se sabem colocar e retirar uma camisinha corretamente / sexo. Peruíbe. 1999.

Colocar camisinha / Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sim	123	84,8	124	58,5	<b>247</b>	<b>69,2</b>
Não	2	1,4	28	13,2	<b>30</b>	<b>8,4</b>
Tenho dúvidas	18	12,4	58	27,3	<b>76</b>	<b>21,3</b>
Em branco	2	1,4	2	1,0	<b>4</b>	<b>1,1</b>
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>357</b>	<b>100,0</b>

Percebemos que a maioria dos estudantes (85,5%) já tiveram aula ou palestra na escola sobre HIV/Aids, onde apenas 14,2% nunca tiveram.

Disseram que sabem como ocorre a transmissão do vírus da Aids 88,0% dos estudantes, sendo que 11,4% ainda têm dúvidas. Mesmo os 14,2% dos estudantes que nunca tiveram aula ou palestra sobre HIV/Aids na escola, responderam negativamente esta questão, demonstrando que obtiveram este conhecimento fora da escola.

Quando questionados se sabem colocar e retirar uma camisinha corretamente, percebemos que a maioria dos meninos (84,8%) e a maioria das meninas (58,5%) sabe; 12,4% dos meninos e 27,3% das meninas ainda têm dúvidas e somente 1,4% dos meninos e 13,2% das meninas responderam que não sabem.

CORDEIRO (1994), encontrou em um estudo com 1.021 estudantes do ensino médio de escolas estaduais de São Paulo, que 37,0% sabem e conhecem bem o modo de usar a camisinha; 55,5% têm dúvidas (conhecem mais ou menos/conhecem pouco o modo) e 7,5% não sabem o modo correto de colocar o preservativo.

A porcentagem de estudantes com dúvidas sobre o modo correto de colocar o preservativo masculino, sugere que oficinas de orientação sexual podem contribuir no ensino desse método tanto anticoncepcional quanto preventivo das DST/Aids. Quanto menor a idade, mais natural é ter dúvidas, sobre o modo correto de colocar a camisinha, como também é natural, as meninas terem maiores dúvidas que os meninos, visto que o preservativo é “masculino”. Isso mostra a necessidade de as meninas receberem mais orientações sobre este assunto, evitando que na hora da relação sexual um parceiro desmotive o outro a usar a proteção.

**TABELA 9** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo práticas sexuais. Peruíbe. 1999.

Práticas sexuais	Respostas									
	Seguro		Não Seguro		Tenho dúvidas		Ignorado		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Penetração vaginal com camisinha	305	84,7	6	1,7	35	9,7	14	3,9	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Penetração vaginal sem camisinha	4	1,1	313	87,0	13	3,6	30	8,3	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Sexo oral com camisinha	225	62,5	30	8,3	74	20,6	31	8,6	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Sexo oral sem camisinha	23	6,4	246	68,3	56	15,6	35	9,7	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Penetração anal com camisinha	267	74,2	31	8,6	41	11,4	21	5,8	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Penetração anal sem camisinha	5	1,4	292	81,1	33	9,2	30	8,3	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Masturbação mútua	87	24,2	66	18,3	182	50,6	25	6,9	<b>360</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>	<b>916</b>	<b>36,3</b>	<b>984</b>	<b>39,0</b>	<b>434</b>	<b>17,2</b>	<b>186</b>	<b>7,5</b>	<b>2520</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 9, observa-se que os estudantes foram questionados sobre práticas sexuais, onde é possível perceber que a maioria dos estudantes soube definir quais práticas são consideradas seguras: 84,7% a penetração

vaginal com camisinha; 62,5% o sexo oral com camisinha e 74,2% a penetração anal com camisinha; como também a maioria soube definir como práticas sexuais inseguras: 87,0% a penetração vaginal sem camisinha; 68,3% o sexo oral sem camisinha e 81,1% a penetração anal sem camisinha. As dúvidas permaneceram sobre: 50,6% a masturbação mútua; 20,6% o sexo oral com camisinha; 15,6% o sexo oral sem camisinha; 11,4% a penetração anal com camisinha e 9,2% sem camisinha.

A conscientização do grau de risco conferidas pelas práticas sexuais em relação ao HIV, foi um dos itens apontados por GIR (1994), em um estudo comparativo realizado entre estudantes universitários e especialistas (médicos ginecologistas, infectologistas e a literatura). Alguns dados apontaram que tanto os estudantes como os especialistas consideraram como de médio risco o sexo oral sem camisinha e o sexo vaginal e anal com camisinha. A masturbação mútua, no entanto, que foi super estimada pelos estudantes, é considerada de baixo risco para os especialistas.

Como a masturbação mútua (sem lesões e secreções contaminadas), é uma das formas de prevenção do HIV, fica clara a necessidade de orientação sexual sobre essa prática para os estudantes, pois a falta de informação pode explicar porque 50,6% e 18,3% têm dúvidas e não sabem, respectivamente, se esta prática é segura ou não.

Segundo HASS (1979), em seus estudos com adolescentes norte-americanos, a masturbação é a atividade sexual que os adolescentes têm maior dificuldade em discutir abertamente, encontrando muitas respostas

evasivas e pejorativas, como *vício solitário* (grifo do autor), emoções negativas e conflitantes relacionadas ao auto-erotismo.

**TABELA 10** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo conhecimentos relacionados ao HIV/Aids. Peruíbe. 1999.

Conhecimentos	Verdadeiro		Falso		Não Sei		Ignorado		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
A transmissão da AIDS pode ocorrer com o compartilhamento de agulhas e seringas de usuários de drogas injetáveis	355	98,6	1	0,3	3	0,8	1	0,3	360	100,0
A transmissão da AIDS pode ocorrer através da mãe contaminada para o feto	307	85,3	14	3,9	34	9,4	5	1,4	360	100,0
A transmissão da AIDS pode ocorrer estudando com pessoa contaminada	7	1,9	334	92,8	13	3,6	6	1,7	360	100,0
É possível reconhecer a pessoa portadora da AIDS por sua aparência	66	18,3	214	59,5	76	21,1	4	1,1	360	100,0
Uma pessoa com AIDS pode parecer saudável	271	75,3	49	13,6	34	9,4	6	1,7	360	100,0
A transmissão da AIDS pode ocorrer com o uso comum de piscinas	16	4,4	262	72,8	78	21,7	4	1,1	360	100,0
É possível a transmissão da AIDS através da picada de insetos	43	12,0	206	57,2	108	30,0	3	0,8	360	100,0
A transmissão da AIDS pode ocorrer por relação sexual (sexo vaginal ou anal) com usuário de droga injetável	334	92,8	8	2,2	14	3,9	4	1,1	360	100,0
A transmissão da AIDS <b>não</b> ocorre em assentos de ônibus ou privadas	221	61,4	91	25,3	39	10,8	9	2,5	360	100,0
A transmissão da AIDS pode ocorrer tendo relação sexual com parceiro (a) contaminado(a)	357	99,1	1	0,3	0	0,0	2	0,6	360	100,0
O uso de banheiros, copos, talheres ou toalhas, após sua utilização por um portador da AIDS, implica em risco de transmissão	48	13,3	242	67,2	63	17,5	7	2,0	360	100,0
O ato de doar sangue pode contaminar com o vírus da AIDS quem está doando sangue	182	50,5	137	38,1	37	10,3	4	1,1	360	100,0
A transmissão da AIDS pode ocorrer por aperto de mão, abraço ou beijo no rosto de pessoa contaminada	7	2,0	345	95,8	5	1,4	3	0,8	360	100,0
A transmissão da AIDS <b>não</b> ocorre usando drogas injetáveis com <b>seringas descartáveis</b>	194	53,8	132	36,7	33	9,2	1	0,3	360	100,0

Os estudantes foram questionados sobre conhecimentos relacionados ao HIV/Aids, como pode ser visto na Tabela 10, e a maioria, 98,6%, sabe que a transmissão da Aids pode ocorrer com o compartilhamento de agulhas e seringas de usuários de drogas injetáveis; 85,3% sabem que a Aids pode ser transmitida através da mãe contaminada para o feto; 92,8% que a transmissão da Aids não ocorre estudando com pessoa contaminada; 59,5% que não é possível reconhecer a pessoa portadora da Aids por sua aparência; 75,3% que uma pessoa com Aids pode parecer saudável; 72,8% que a transmissão da Aids não ocorre com o uso comum de piscinas; 57,2% que não é possível a transmissão da Aids através da picada de insetos; 92,8% que a transmissão da Aids pode ocorrer por relação sexual (sexo vaginal ou anal) com usuário de droga injetável; 61,4% que a transmissão da Aids não ocorre em assentos de ônibus ou privadas; 99,1% que a transmissão da Aids pode ocorrer tendo relação sexual com parceiro (a) contaminado (a); 67,2% que o uso de banheiros, copos, talheres ou toalhas, após sua utilização por um portador da Aids não implica em risco de transmissão; 95,8% que a transmissão da Aids não ocorre por aperto de mão, abraço ou beijo no rosto de pessoa contaminada.

É preocupante, entretanto, notar que 50,5% pensam que o ato de doar sangue pode contaminar com o vírus da Aids quem está doando sangue. Chama à atenção o fato de apenas 53,8% dos estudantes responderem que a transmissão da Aids não ocorre usando drogas injetáveis com seringas descartáveis, como apenas 59,5% responderem que não é possível reconhecer a pessoa portadora da Aids por sua aparência e

57,2% responderem que não é possível a transmissão da Aids através da picada de insetos.

Apesar de a maioria dos estudantes possuir conhecimentos corretos, uma grande parte ainda persiste com dúvidas ou até falsos conhecimentos sobre o HIV/Aids, indicando que sempre e de forma contínua é necessário ensinar sobre a Aids nas escolas.

A Sociedade Civil Bem – Estar Familiar (BEMFAM, 1992), encontrou que mais de 80% dos jovens, de ambos os sexos, entre 15 a 24 anos, de três capitais brasileiras: Rio de Janeiro, Curitiba e Recife, concordaram que *“uma pessoa pode estar contaminada com o vírus da AIDS e não apresentar sintomas”*; 90% conhecem bem as principais vias de transmissão da Aids: relações sexuais e sangue (através de transfusão, seringas, agulhas e objetos cortantes não esterilizados), porém mesclados com noções erradas de que se pode pegar Aids doando sangue, usando banheiros públicos, convivendo com portadores do HIV, pelo beijo, picadas de mosquito, etc.

SILVA et al. (2000), realizaram um mapeamento com calouros e veteranos de uma universidade de Santa Catarina e concluíram que embora os alunos cheguem à universidade com algum tipo de informação, a grande maioria pensa que ainda existe grupo de risco; os que não são homossexuais ou usuários de drogas pensam que têm pouco ou nenhum risco de contrair o HIV; ainda existem muitas dúvidas quanto à transmissão sangüínea (se há transmissão de Aids no ato da transfusão sangüínea); dúvidas sobre a transmissão vertical, sendo que a maioria não mencionou a

transmissão por aleitamento; e dúvidas quanto à transmissão pelo convívio com portadores do HIV.

CORDEIRO (1994), em seu estudo com jovens do ensino médio, encontrou que 53,5% dos estudantes acreditam que podem se contaminar com HIV quem doa sangue; 29,7% através da picada de insetos; 12,6% com copos e talheres e 18,1% através do beijo na boca.

PALÁCIO SANCHES (1997), constatou em estudos com adolescentes de escolas de segundo grau de Cajamarca, Peru, que 36,8% disseram não ter conhecimentos corretos a respeito dos mecanismos de transmissão da Aids em relações sem proteção.

**TABELA 11** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo métodos já usados para evitar a Aids / quem já teve relação sexual. Peruíbe. 1999.

Métodos	Sim		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Camisinha	193	96,0	8	4,0	<b>201</b>	<b>100,0</b>
Diafragma	2	1,8	107	98,2	<b>109</b>	<b>100,0</b>
Espuma, geléia	1	1,0	107	99,0	<b>108</b>	<b>100,0</b>
Ducha	11	10,3	96	89,7	<b>107</b>	<b>100,0</b>
Gozar fora	81	62,3	49	37,7	<b>130</b>	<b>100,0</b>
Pílula anticoncepcional	35	30,4	80	69,6	<b>115</b>	<b>100,0</b>
Outro modo*	9	100,0	-	-	<b>9</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>42,6</b>	<b>447</b>	<b>57,4</b>	<b>779</b>	<b>100,0</b>

\* Outro modo = 1 para abstinência; 1 para espermicida; 5 para injeções para evitar gravidez; 1 para sexo oral e 1 para minha namorada.

Para os estudantes que já iniciaram a atividade sexual, foi indagado quais métodos já usaram para evitar a Aids, como se observa na Tabela 11, a grande maioria, 96,0%, já usou a camisinha, lembrando que anteriormente apenas 69,2% disseram saber usá-la corretamente.

Como método para evitar a Aids, 62,3% referiram o coito interrompido ou “gozar fora”, e 30,4% dos estudantes apontaram a pílula anticoncepcional. Esses dados demonstram a falta de informação correta sobre DST/Aids e a exposição dos mesmos tanto a uma gravidez indesejada, como também às doenças de transmissão sexual.

SCHOR (1995), num estudo sobre adolescência e anticoncepção, encontrou que 42,8% das adolescentes de 10 a 19 anos, da região sul do município de São Paulo, quando questionadas se conheciam algum método anticoncepcional citaram a camisinha; das que não citaram, mas foram indagadas se conheciam a camisinha foram 46,3%.

BÉRIA et al. (1996), encontraram que 96% dos meninos e 72% das meninas referiram usar camisinha e 13% dos meninos e 24% das meninas declararam que pararam de ter relação sexual para se proteger da Aids.

Para a BEMFAM (1992), a camisinha foi o método mais utilizado por 84% dos meninos e 71% das meninas, entre 15 a 24 anos, de três capitais brasileiras: Curitiba, Rio de Janeiro e Recife, seguido por “evitar a multiplicidade de parceiros”, 24% dos meninos e 41% das meninas.

SILVA; SILVEIRA (2000), num estudo com 262 jovens, na faixa etária entre 15 e 20 anos, do ensino médio de três escolas estaduais do município de Guarulhos constataram que: 90% dos meninos e 46% das meninas acham que para prevenir a Aids o mais seguro é não ter relação sexual, método preventivo totalmente seguro, e que só foi citado em nosso estudo por um estudante; ou a monogamia mútua com parceiros HIV negativos, alternativa que não foi citada em nosso estudo.

Apesar de não ter sido mencionada em nosso estudo, a relação sexual com penetração anal, foi encontrada em pesquisa com alunos do primeiro grau de escolas públicas de bairros de São Paulo, indicando o início dessa prática sexual aos 13 anos: 1,6% para as meninas e 26,0% para os meninos. Essa prática sexual utilizada como método anticoncepcional para a gravidez, também estava sendo utilizada na prevenção da Aids. (PAIVA, 1996).

O muco liberado pelas glândulas uretrais e bulbouretrais, pode carregar espermatozoides e estando contaminado com o HIV pode levá-lo para o parceiro (a), nas relações sexuais com penetração e sem o uso da camisinha. Estudos mostram que os espermicidas, espuma ou geléia, não são efetivos na prevenção da transmissão do HIV. Nem o diafragma, o capuz cervical, usados isoladamente mostraram segurança, apesar de proteger contra infecções cervicais ou do trato reprodutivo superior. Duchas não previnem nada e pílula ou hormônios injetáveis não afetam o risco de transmissão do HIV. (GUYTON, 1988; BERER; RAY 1997).

SCHOR (1995), afirma que a camisinha associada aos espermicidas é o método mais indicado na prevenção da Aids e da gravidez não planejada para a população adolescente.

**TABELA 12** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo como avaliam os próprios conhecimentos relacionados a Aids / Sexo. Peruíbe. 1999.

Avaliação do Conhecimento / Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Conheço muito bem o assunto	26	17,9	29	13,7	<b>55</b>	<b>15,4</b>
Conheço bem o assunto	65	44,8	119	56,1	<b>184</b>	<b>51,5</b>
Conheço pouco o assunto	41	28,3	60	28,3	<b>101</b>	<b>28,3</b>
Conheço muito mal o assunto	4	2,8	1	0,5	<b>5</b>	<b>1,4</b>
Não conheço nada sobre o assunto	1	0,7	-	-	<b>1</b>	<b>0,3</b>
Em branco	8	5,5	3	1,4	<b>11</b>	<b>3,1</b>
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>357</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 12, mostra que grande parte dos meninos, 44,8% e a maioria das meninas, 56,1%, referem conhecer bem o assunto Aids; 28,3% dos meninos e 28,3 das meninas conhecem pouco o assunto; 17,9% dos meninos e 13,7% das meninas conhecem muito bem o assunto e apenas 2,8% dos meninos e 0,5% das meninas conhecem muito mal o assunto.

CORDEIRO (1994), verificou, entre estudantes do ensino médio, que 31% conhecem bem o assunto e 57,6% conhecem mais ou menos o assunto, ao contrário dos nossos dados, onde, sobre este tópico, encontramos 51,5% e 28,3%, respectivamente.

Já o estudo de SILVA; SILVEIRA (2000), mostra que 58% dos meninos e 30% das meninas acham que conhecem bem o assunto sobre Aids, diferentemente de nossos resultados onde as meninas é que dizem conhecer mais sobre o tema.

**TABELA 13** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo como avaliam o próprio risco em adquirir o HIV/Aids / Sexo. Peruíbe. 1999.

Avaliação do Risco / Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Nenhum risco	35	24,1	72	34,0	<b>107</b>	<b>30,0</b>
Pequeno risco	35	24,1	48	22,6	<b>83</b>	<b>23,2</b>
Risco moderado	29	20,0	28	13,2	<b>57</b>	<b>16,0</b>
Risco alto	17	11,8	12	5,6	<b>29</b>	<b>8,1</b>
Não sei	20	13,8	46	21,8	<b>66</b>	<b>18,5</b>
Em branco	9	6,2	6	2,8	<b>15</b>	<b>4,2</b>
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>357</b>	<b>100,0</b>

Percebemos através das respostas dos estudantes sobre como avaliam o próprio risco em adquirir o HIV que 30,0% acham que não correm nenhum risco, sendo que as meninas pensam que correm menos riscos que os meninos. Consideram que correm um pequeno risco 23,2% dos estudantes sendo muito próximos os dados relativos a meninos e meninas: 24,1% e 22,6%, respectivamente. Referem risco moderado 16,0% dos estudantes, 20,0% dos meninos e 13,2% das meninas; 8,1% referem um risco alto, 11,8% dos meninos e 5,6% das meninas e 18,5% não souberam referir se correm riscos, sendo 13,8% dos meninos e 21,8% das meninas. (Tabela 13).

É interessante observar que sempre as meninas pensam que correm um menor risco do que os meninos para a contaminação com o HIV. Isso pode ocorrer por pensarem que mantêm relações sexuais com parceiros que para elas são fixos, como namorado, noivo, o que nem sempre é verdade, pois o parceiro, muitas vezes mantêm relações sexuais com outras (os) parceiras (os).

CORDEIRO (1994), encontrou valores ainda maiores onde de 1.061 respostas de estudantes de nível médio, 32,2% referem não correr risco

algum; 34,5% referem correr pequeno risco; 20,4% risco médio e 12,9% um grande risco. Esses dados podem indicar que está ocorrendo uma mudança de comportamento, onde os jovens podem estar adotando práticas de sexo seguro.

O estudo de SILVA; SILVEIRA (2000), verificou que 67% dos meninos e 37% das meninas não acreditam que correm riscos de contrair o HIV. Em nossos resultados, 24,1% dos meninos e 34,0% das meninas referem não correr nenhum risco. Estes mesmos autores, estudando 6 portadores assintomáticos do HIV, na faixa etária de 23 a 26 anos, do ensino médio de três escolas estaduais do município de Guarulhos, concluíram o quanto os jovens estão vulneráveis, pois foram contaminados na adolescência, não tinham informações suficientes ou não davam importância ao fato de poder contrair o HIV, pois se consideram onipotentes e invulneráveis.

Enquanto 74% a 79% dos jovens do sexo masculino, de 15 a 24 anos, nas cidades do Rio de Janeiro, Curitiba e Recife consideram ser de alto risco de contrair o HIV a população de jovens solteiros sexualmente ativos, apenas 5% dos homens solteiros, sexualmente ativos, nas três cidades se consideraram de alto risco. Para as jovens do sexo feminino foi de 62% a 69% que acham de alto risco a população de jovens solteiras com atividade sexual e apenas 2% a 6% se consideraram de alto risco, apesar de serem solteiras e terem vida sexual ativa. (BEMFAM, 1992).

Como a transmissão do HIV, está intrinsecamente relacionada ao comportamento, principalmente se pensarmos na transmissão sexual, os adolescentes que iniciam a atividade sexual, podem apresentar o

“*pensamento mágico*”, criando fantasias, onipotências e negação da realidade, achando que com eles a Aids nunca vai acontecer. (BEMFAM, 1992).

### 5.1.2 Crenças

Dos resultados relacionados às crenças, observamos os dados nas tabelas a seguir.

**TABELA 14** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo crenças relacionadas a Aids. Peruíbe. 1999.

Crenças	Respostas								Total	
	Sim		Não		Tenho dúvidas		Ignorado			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Não adianta fazer nada se é destino da pessoa ter AIDS	69	19,2	248	68,8	37	10,3	6	1,7	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Qualquer pessoa está arriscada a pegar a AIDS	316	87,7	32	8,9	9	2,5	3	0,9	<b>360</b>	<b>100,0</b>
A AIDS é uma doença muito perigosa	349	96,9	4	1,1	5	1,4	2	0,6	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Ter sorte evita a AIDS	35	9,7	306	85,0	14	3,9	5	1,4	<b>360</b>	<b>100,0</b>
O único modo de evitar a AIDS é ter fé em Deus	38	10,5	305	84,7	11	3,1	6	1,7	<b>360</b>	<b>100,0</b>
A camisinha usada corretamente evita a AIDS	334	92,8	13	3,6	10	2,8	3	0,8	<b>360</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>	<b>1141</b>	<b>52,8</b>	<b>908</b>	<b>42,0</b>	<b>86</b>	<b>4,0</b>	<b>25</b>	<b>1,2</b>	<b>2160</b>	<b>100,0</b>

A maioria dos estudantes apresentam crenças positivas relacionadas à prevenção da Aids, pois 68,8% não acreditam que não adianta fazer nada se é destino da pessoa ter Aids; 87,7% acreditam que qualquer pessoa está arriscada a pegar a Aids; 96,9% acreditam que a Aids é uma doença muito perigosa; 85,0% não acreditam que ter sorte evita a Aids; 84,7% não

acreditam que o único modo de evitar a Aids é ter fé em Deus e 92,8% acreditam que a camisinha usada corretamente evita a Aids.(Tabela 14).

CORDEIRO (1994), em seu estudo, encontrou índices mais altos, onde 94,3% dos estudantes acreditam que *“não é destino da pessoa ter Aids”*; 90,4% acreditam que *“qualquer pessoa está arriscada a pegar Aids”*; 22,3% acreditam que para evitar a Aids *“adianta ter sorte”* e 43,4% acreditam que para não contrair a Aids *“adianta ter fé em Deus”*. Nesse mesmo estudo 96,7% dos estudantes consideram *“a Aids como uma doença muito perigosa”*, dado similar encontrado por nós.

Estudo de PAIVA (1996), com alunos de primeiro grau do período noturno de escolas públicas de bairros de São Paulo, encontrou porcentagens mais altas: 27%, acreditam que *“não há nada que se possa fazer para evitar pegar o vírus da Aids”*.

**TABELA 15** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo medo de contrair o HIV se tivessem relação sexual (sexo vaginal ou anal), sem camisinha, com uma pessoa que conhece bem / Sexo. Peruíbe. 1999.

Medo / Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Teria muito medo	36	24,8	54	25,4	<b>90</b>	<b>25,2</b>
Teria medo	29	20,0	64	30,2	<b>93</b>	<b>26,0</b>
Teria pouco medo	32	22,1	43	20,3	<b>75</b>	<b>21,0</b>
Não teria medo	27	18,6	24	11,3	<b>51</b>	<b>14,3</b>
Não sei	20	13,8	26	12,3	<b>46</b>	<b>12,9</b>
Ignorado	1	0,7	1	0,5	<b>2</b>	<b>0,6</b>
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>357</b>	<b>100,0</b>

Observamos que 51,2% dos estudantes teriam muito medo ou teriam medo; 35,3% teriam pouco ou não teriam medo e 12,9% não sabem se teriam medo de contrair o HIV se tivessem relação sexual (sexo vaginal ou anal), sem camisinha, com uma pessoa que conhecem bem. As meninas

referem mais medo que os meninos: 55,6% e 44,8%, respectivamente, apesar de anteriormente as meninas referirem correr menos riscos que os meninos.(Tabela 15).

CORDEIRO (1994), encontrou índices próximos onde, de 1.063 respostas dadas por estudantes do ensino médio do estado de São Paulo, 26,7% referiram que teriam muito medo; 30,2% teriam medo, mais ou menos; 28,5% teriam pouco medo e 14,6% não teriam medo de contrair o HIV.

SILVA; SILVEIRA (2000), encontraram em seus estudos que, 48% dos meninos e 40% das meninas não teriam medo de contaminar-se em caso de manterem relação sexual com uma pessoa que conhece bem.

As primeiras campanhas contra a Aids tentaram passar o medo como modo de fazer as pessoas se protegerem contra a doença. Depois de alguns anos constatou-se que não foi uma escolha acertada, pois o número de infectados continuava a crescer. Esta questão corrobora que não é impondo medo às pessoas que se fará prevenção, pois 40,7% dos meninos e 31,6% das meninas referem que teriam pouco ou nenhum medo em ter relação sexual sem camisinha com parceiro (a) que conhecem bem.

**TABELA 16** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo suas próprias crenças e as dos amigos relacionadas a Aids. Peruíbe. 1999.

Crenças	Respostas									
	Concordo		Discordo		Tenho dúvidas		Ignorado		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Eu não posso pegar AIDS mesmo fazendo sexo sem camisinha porque só mantenho relações sexuais com pessoas seguras	38	10,5	303	84,2	15	4,2	4	1,1	360	100,0
Eu posso pegar AIDS se não usar camisinha	344	95,5	14	3,9	1	0,3	1	0,3	360	100,0
Eu posso pegar AIDS se não uso camisinha com meu namorado (a)	295	81,9	38	10,6	22	6,1	5	1,4	360	100,0
Eu não posso pegar AIDS, mesmo se não uso camisinha, porque escolho meus parceiros (as) cuidadosamente	39	10,8	296	82,3	21	5,8	4	1,1	360	100,0
Eu posso pegar AIDS tão facilmente quanto qualquer outra pessoa se mantenho relações sexuais sem camisinha	330	91,6	23	6,4	6	1,7	1	0,3	360	100,0
A maioria de meus amigos (as) <b>sempre usa</b> camisinha quando mantém relações sexuais	167	46,4	65	18,1	125	34,7	3	0,8	360	100,0
A AIDS fez com que a maioria de meus amigos (as) se tornassem muito cuidadosos na escolha de parceiros (as) sexuais	184	51,1	77	21,4	97	26,9	2	0,6	360	100,0
A maioria de meus amigos (as) acredita que ter poucos parceiros (as) sexuais é importante	182	50,6	115	31,9	60	16,7	3	0,8	360	100,0
A maioria de meus amigos (as) acredita que é importante falar a respeito de AIDS e uso de camisinha	316	87,8	22	6,1	18	5,0	4	1,1	360	100,0
A maioria dos meus amigos (as) discute a respeito de AIDS e uso de camisinha com seus parceiros sexuais	210	58,3	54	15,0	91	25,3	5	1,4	360	100,0
A maioria de meus amigos (as) pensa que usar camisinha é um “pé no - saco”	108	30,0	207	57,5	41	11,4	4	1,1	360	100,0
A maioria de meus amigos(as) acredita que <b>não é</b> necessário usar camisinha	46	12,8	277	76,9	33	9,2	4	1,1	360	100,0
<b>Total</b>	<b>2259</b>	<b>52,3</b>	<b>1491</b>	<b>34,5</b>	<b>530</b>	<b>12,3</b>	<b>40</b>	<b>0,9</b>	<b>4320</b>	<b>100,0</b>

Ainda com relação às crenças, na Tabela 16, observamos que a maioria dos estudantes, 84,2% discordaram da afirmativa *“eu não posso pegar Aids mesmo fazendo sexo sem camisinha porque só mantenho relações sexuais com pessoas seguras”*; 14,7% concordaram ou tinham dúvidas; a maioria, 95,5%, concordou que *“eu posso pegar Aids se não usar camisinha”*; 81,9% concordaram que *“eu posso pegar Aids se não uso camisinha com meu namorado (a)”*, 16,7% discordaram ou tinham dúvidas; a maioria, 82,3%, discordou que *“eu não posso pegar Aids, mesmo se não uso camisinha, porque escolho meus parceiros (as) cuidadosamente”*, 16,6% concordaram ou tinham dúvidas; a maioria, 91,6%, concordou que *“eu posso pegar Aids tão facilmente quanto qualquer outra pessoa se mantenho relações sexuais sem camisinha”*, 8,1% discordaram ou tinham dúvidas; a maioria, 51,1%, concordou que *“a Aids fez com que a maioria de meus amigos (as) se tornassem muito cuidadosos na escolha de parceiros (as) sexuais”*, 48,3% discordaram ou tinham dúvidas; a maioria, 50,6%, concordou que *“a maioria de meus amigos (as) acredita que ter poucos parceiros (as) sexuais é importante”*, 48,6% discordaram ou tinham dúvidas; a maioria, 87,8%, concordou que *“a maioria de meus amigos (as) acredita que é importante falar a respeito de Aids e uso de camisinha”*, 11,1% discordaram ou tinham dúvidas; a maioria, 58,3%, concordou que *“a maioria de meus amigos (as) discute a respeito de Aids e uso de camisinha com seus parceiros sexuais”*, 40,3% discordaram ou tinham dúvidas; a maioria, 57,5%, discordou que *“a maioria de meus amigos (as) pensa que usar camisinha é um “pé – no - saco”*, 41,4% concordaram ou tinham dúvidas e a maioria,

76,9%, discordou que *“a maioria de meus amigos (as) acredita que não é necessário usar camisinha”*, mas 22,0% concordaram ou tinham dúvidas quanto a esta afirmação.

Estes números confirmam que a maioria dos estudantes possuem crenças positivas em relação à prevenção da Aids, mas alguns dados ficaram distantes de atingir a maioria absoluta, como é o caso em que apenas 46,4% dos estudantes concordaram que *“a maioria de meus amigos (as) sempre usa camisinha quando mantém relações sexuais”*, e 52,8% discordaram ou terem dúvidas quanto a isto. Essa informação é muito importante, porque adiante veremos que são os amigos as pessoas que eles elegem para dialogar sobre Aids.

### 5.1.3 Valores

Em relação aos valores dos estudantes, verificamos à Tabela 17, que a maioria tanto dos meninos quanto das meninas, referiu ser muito importante a fidelidade do homem com índices de 66,9% e 84,9%, respectivamente; valores ainda mais altos foram encontrados para a fidelidade da mulher, apontada por 77,9% dos meninos e 81,1% das meninas.

CORDEIRO (1994), encontrou que 85,2% dos estudantes consideram como muito importante a fidelidade do homem e 85,9% a fidelidade da mulher.

**TABELA 17**– Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo o grau de importância de valores relacionados a Aids / Sexo. Perúibe. 1999.

Valores / Sexo	Respostas																											
	Muito importante				Importante				Pouco importante				Sem importância				Não sei				Ignorado				Total			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Fidelidade do homem	97	66,9	180	84,9	18	12,4	18	8,5	6	4,1	3	1,4	2	1,4	5	2,4	9	6,2	3	1,4	13	9,0	3	1,4	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>
Fidelidade da mulher	113	77,9	172	81,1	17	11,7	17	8,0	3	2,1	3	1,4	3	2,1	5	2,4	2	1,4	3	1,4	7	4,8	12	5,7	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>
Virgindade do homem	20	13,8	27	12,7	20	13,8	38	17,9	23	15,8	49	23,1	51	35,2	70	33,0	10	6,9	15	7,2	21	14,5	13	6,1	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>
Virgindade da mulher	40	27,6	46	21,7	24	16,5	35	16,5	18	12,4	46	21,7	39	27,0	64	30,2	9	6,2	9	4,2	15	10,3	12	5,7	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>
Abstinência do homem	19	13,1	19	9,0	20	13,8	26	12,3	16	11,0	34	16,0	37	25,5	72	34,1	30	20,7	45	21,2	23	15,9	16	7,5	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>
Abstinência da mulher	27	18,6	21	9,9	17	11,7	31	14,6	15	10,3	30	14,2	38	26,2	70	33,0	31	21,5	44	20,8	17	11,7	16	7,5	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

Isso é positivo se pensarmos que uma das formas de prevenção da Aids é a monogamia mútua, com parceiros negativos. Para os HIV positivos, isso também é muito importante evitando a possibilidade de contaminação com subtipos diferentes do HIV. Porém, para os (as) adolescentes que estão iniciando sua vida sexual, conhecendo parceiros sexuais diferentes o uso do preservativo é indispensável.

Em muitas partes do mundo, quando um dos parceiros sexuais pede para usar camisinha, suscita um sinal de desconfiança. Alguns homens pensam que se a mulher pede para usar é porque está pensando em ser infiel, e quanto mais jovens as mulheres menor o poder de comunicação e negociação do uso do preservativo.(RADHAKRISNA; GRINGLE; GREENSLADE, 1997).

Ao se analisar o aspecto virgindade, observamos que 49,3% dos estudantes consideram como muito importante a virgindade da mulher e 26,5% a virgindade do homem, e como "sem importância", 57,2% e 68,2% respectivamente.

CORDEIRO (1994), encontrou em seu estudo que 19,8% dos estudantes consideram como muito importante a virgindade da mulher e 13,4% a virgindade do homem e como "sem importância" 38,8% e 43,2% respectivamente.

Fazemos parte de uma cultura sexual e de gênero que é patriarcal - judaico – cristã (PAIVA, 1996). Esses dados indicam que ainda existe uma forte diferença para ambos os sexos quanto à liberdade sexual e que a mulher ainda está presa aos valores tradicionais impostos pela sociedade.

A BEMFAM (1992), encontrou que a grande maioria (68% a 89%) dos entrevistados, de ambos os sexos, entre 15 e 24 anos, em três capitais brasileiras, afirma que *"o homem deve chegar ao casamento com experiência sexual"*, apenas 26% a 48% responderam que *"a mulher pode ter relações sexuais com vários homens antes de casar"*; se a mulher deve casar virgem, as porcentagens são maiores entre as próprias mulheres, chegando até 57%, enquanto que para os homens foi de 50% em Recife.

FRUET (1995), em entrevista com 15 adolescentes de duas escolas estaduais de primeiro e segundo grau, aponta que a mulher adolescente ainda esta presa a padrões de comportamento, *"deve ser comportada, se dar ao respeito e não ser fácil"*, demonstrando que os jovens ainda não assimilaram códigos sociais novos para viverem a sua sexualidade.

PALÁCIO SANCHEZ (1997), estudando 359 adolescentes do ensino médio em Cajamarca, Peru, encontrou que 54,3% dos adolescentes do sexo masculino e 76,0% das adolescentes do sexo feminino apresentam um discurso judaico - cristão, onde a virgindade da mulher é considerada um requisito para o casamento e prova de decência ou indecência desta.

Com relação à abstinência sexual tanto masculina quanto feminina, a maioria, 59,6% e 59,2% respectivamente, dos estudantes referiram não ter importância.

CORDEIRO (1994), encontrou índices mais baixos onde 35,2% e 35,0% respectivamente, consideram sem importância a abstinência sexual masculina e feminina.

Para os meninos, tanto a fidelidade, quanto a virgindade e a abstinência sexual da mulher, obtiveram resultados percentuais maiores do que comparado aos homens, demonstrando valores ainda arraigados a uma cultura predominantemente masculina.

#### 5.1.4 Atitudes

A investigação referente às atitudes dos estudantes, são descritas a seguir.

**TABELA 18** – Distribuição dos estudantes do ensino médio se já tiveram relação sexual (sexo vaginal ou anal) / sexo. Peruíbe. 1999.

Relação sexual/ Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sim	109	75,2	100	47,2	<b>209</b>	<b>58,6</b>
Não	25	17,2	99	46,7	<b>124</b>	<b>34,7</b>
Ignorado	11	7,6	13	6,1	<b>24</b>	<b>6,7</b>
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>357</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 18, verificamos que a maioria, 58,6%, dos estudantes já tiveram relação sexual, sendo a maioria dos meninos 75,2% e grande parte das meninas 47,2%. Cabe ressaltar que 56,0% dos estudantes possuem entre 14 e 18 anos de idade.

CORDEIRO (1994), de 1.053 respostas de estudantes de primeiras e terceiras séries do ensino médio de escolas estaduais de São Paulo, obteve que 44,3% dos estudantes já tiveram relação sexual e 50,1% nunca tiveram.

BÉRIA et al. (1996), num estudo com 2.510 adolescentes entre 10 e 19 anos, de escolas estaduais e uma particular de Pelotas (Rio Grande do Sul), encontraram que 67,0% dos meninos e 37,0% das meninas já tiveram

relação sexual. Em nosso estudo encontramos porcentagens mais altas, podendo indicar que a cada ano aumenta o número de adolescentes que iniciam precocemente a vida sexual.

Quanto mais cedo ocorre o início da atividade sexual, menos condições as adolescentes possuem de se protegerem e de buscar um tratamento adequado. Ficam mais expostas ao risco de uma gravidez indesejada, de contrair o HIV ou outra DST e isso é agravado pelas normas sociais, falta de recursos financeiros e de pessoas preparadas em atender essa faixa da população. (SCHOR, 1995).

A orientação sobre o uso de métodos anticoncepcionais, particularmente, o uso do preservativo tanto masculino quanto feminino que também protege contra as DST/Aids, não estimula à prática sexual. SCHOR (1995), diz que :

*“encarar a realidade deve ser preocupação constante dos pesquisadores da área, no sentido de alertar, orientar e até participar da sociedade civil, divulgando que negar informação, acesso à orientação e aquisição de métodos anticoncepcionais aos adolescentes não é meio de se impedir o início da vida sexual e muito menos a gravidez não planejada e as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a Aids”.*

Da tabela 19 à 22, foram comparadas as idades de início da atividade sexual, se houve relação sexual nos últimos trinta dias, a frequência das relações e a frequência do uso da camisinha por todos aqueles que referiram, na tabela 18, já terem praticado relação sexual.

**TABELA 19**– Distribuição dos estudantes do ensino médio que já tiveram relação sexual segundo a idade de início da atividade sexual / sexo. Peruíbe. 1999.

Idade de início da Ativ. Sexual / Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
6 -  10	8	7,3	-	-	<b>8</b>	<b>3,8</b>
10 -  14	54	49,5	15	15,0	<b>69</b>	<b>33,0</b>
14 -  18	45	41,4	70	70,0	<b>115</b>	<b>55,1</b>
18 -  22	2	1,8	10	10,0	<b>12</b>	<b>5,8</b>
22 e mais	-	-	3	3,0	<b>3</b>	<b>1,4</b>
Ignorado	-	-	2	2,0	<b>2</b>	<b>1,0</b>
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>

Ao se observar a idade do início da atividade sexual dos estudantes, verifica-se que 49,5% dos meninos iniciaram a atividade sexual dos 10 aos 13 anos; uma grande parte, 41,4%, dos 14 aos 17 anos; 7,3% dos 6 aos 9 anos e 1,8% dos 18 aos 21 anos; a maioria das meninas, 70,0%, iniciou a atividade sexual entre 14 e 17 anos; 15,0% entre 10 e 13 anos; 10,0% entre 18 e 21 anos; 3,0% com 22 anos e mais.

Assim como em nosso estudo, PAIVA (1996), encontrou que estudantes com idades entre 14 e 21 anos, do primeiro grau noturno de escolas estaduais de alguns bairros de São Paulo, começaram cedo o início da vida sexual; para os meninos, 39,5% aos 13 anos; 25,6% aos 14 anos; 12,4% aos 15 anos e 8,5% aos 16 anos; para as meninas, 8,7% aos 13 anos; 10,0% aos 14 anos; 24,7% aos 15 anos e 20,0% aos 16 anos.

Num estudo com jovens do sexo feminino, entre 10 e 19 anos, SCHOR (1995), verificou que 45,2% tiveram a primeira relação sexual aos 15 anos, 38,7% entre os 16 e 17 anos e 16,1% entre os 18 e 19 anos.

No estudo de BÉRIA et al. (1996), a idade mediana de início foi de 15 anos para os meninos e 18 anos para as meninas. Alguns estudos norte-

americanos mostram que 80% dos meninos e 70% das meninas já tiveram algum tipo de atividade sexual antes de completar 20 anos e que 17% dos meninos e 6% das meninas tiveram atividade sexual antes dos 15 anos de idade. (HAYES, 1987).

Estudo com jovens de ambos os sexos, com idades entre 15 e 24 anos, de três capitais brasileiras: Curitiba, Rio de Janeiro e Recife, encontrou que a idade média da primeira relação sexual foi de 15 anos para os meninos e 17 anos para as meninas. (BEMFAM, 1992).

Outros estudos mostram que em 1996, 40,0% a 60,0% dos adolescentes da América do Norte eram sexualmente ativos aos 16 anos; em 1994, 40,0% dos adolescentes de El Salvador e do Brasil tiveram relações sexuais aos 15 anos e em 1996 as estimativas eram de que 50,0% dos adolescentes menores de 17 anos eram sexualmente ativos na América Latina. No Peru, a porcentagem de mulheres que tiveram relação sexual muito cedo, juntamente com o baixo rendimento escolar, ocasionaram as maiores taxas de natalidade. (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1998).

Isso reforça dois pontos fundamentais: o primeiro diz respeito à diferença de gênero, onde meninos, em razão de uma cultura patriarcal, iniciam a atividade sexual mais cedo que as meninas, e o segundo ponto é que a educação sexual juntamente com os programas de prevenção em DST/Aids devem começar já no ensino fundamental.

**TABELA 20** – Distribuição dos estudantes do ensino médio que já tiveram relação sexual segundo a prática da atividade sexual (sexo vaginal ou anal) nos últimos trinta dias / sexo. Perúbe. 1999.

Ativ. Sexual últimos 30 dias / Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sim	52	47,7	67	67,0	<b>119</b>	<b>56,9</b>
Não	55	50,5	31	31,0	<b>86</b>	<b>41,1</b>
Ignorado	2	1,8	2	2,0	<b>4</b>	<b>2,0</b>
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>

Quando indagados sobre atividade sexual nos últimos 30 dias, 50,5% dos meninos referiram que não a praticaram e 47,7% referiram que sim; para as meninas 67,0% responderam que sim e 31,0% responderam que não.

BÉRIA et al. (1996), encontraram valores próximos a estes. Em seu estudo, para os entrevistados sexualmente ativos, a frequência de relações sexuais mostrou-se maior nas meninas dos que nos meninos, dentre os quais, 40% com 17 anos, referiram relações sexuais nos últimos trinta dias enquanto que entre as meninas, com a mesma faixa etária, o índice foi de 70%.

CORDEIRO (1994), em pesquisa com 454 estudantes, obteve, para ambos os sexos, índices de 49,6% de respostas positivas e 48,0% de negativas quanto à atividade sexual nos últimos trinta dias.

Estudo realizado pela BEMFAM (1992), com jovens de ambos os sexos, com idades entre 15 e 24 anos, de Curitiba, Rio de Janeiro e Recife, encontrou que mais de 41% dos meninos e mais de 51% das meninas, nas três cidades, declararam atividade sexual nos últimos trinta dias.

O fato das meninas apresentarem maior atividade sexual nos últimos trinta dias, nos remete mais uma vez, à possibilidade de que as meninas

possuem parceiros fixos, com um envolvimento afetivo - emocional (namorado ou noivo), enquanto os meninos não possuem parceiras fixas e sim esporádicas, diminuindo as possibilidades de uma atividade sexual freqüente.

**TABELA 21** – Freqüência da atividade sexual (sexo vaginal ou anal) nos últimos trinta dias por estudantes do ensino médio que já tiveram relação sexual / sexo. Peruíbe. 1999.

Freqüência da Ativ. Sexual últimos 30 dias / Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1 -  5 vezes	29	26,6	32	32,0	<b>61</b>	<b>29,2</b>
5 -  10 vezes	7	6,4	10	10,0	<b>17</b>	<b>8,1</b>
10 -  15 vezes	4	3,7	4	4,0	<b>8</b>	<b>3,8</b>
15 -  20 vezes	4	3,7	3	3,0	<b>7</b>	<b>3,4</b>
20 -  25 vezes	-	-	2	2,0	<b>2</b>	<b>1,0</b>
25 -  30 vezes	2	1,8	2	2,0	<b>4</b>	<b>1,9</b>
Ignorado	63	57,8	47	47,0	<b>110</b>	<b>52,6</b>
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>

Com relação à freqüência das relações sexuais, a maioria dos meninos, 57,8%, e 47,0% das meninas não responderam esta questão, talvez por inibição.

Dos que responderam, 26,6% dos meninos e 32,0% das meninas referiram uma freqüência de 1 a 4 vezes por mês; 6,4% dos meninos e 10,0% das meninas responderam de 5 a 9 vezes; 3,7% dos meninos e 4,0% das meninas responderam de 10 a 14 vezes; 3,7% dos meninos e 3,0% das meninas responderam de 15 a 19 vezes; 2,0% das meninas responderam de 20 a 24 vezes e 1,8% dos meninos e 2,0% das meninas responderam de 25 a 29 vezes.(Tabela 21).

Estudo realizado pela BEMFAM (1992), indicou que em todas as cidades, metade das mulheres e aproximadamente dois terços dos homens tiveram de uma a três relações sexuais por mês, sendo que a maior porcentagem está em torno de duas relações.

**TABELA 22** – Freqüência do uso da camisinha nas relações sexuais (sexo vaginal ou anal) por estudantes do ensino médio que já tiveram relação sexual / sexo. Peruíbe. 1999.

Freqüência do uso da camisinha / Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Todas as vezes	64	58,7	37	37,0	<b>101</b>	<b>48,3</b>
Algumas vezes	36	33,0	44	44,0	<b>80</b>	<b>38,3</b>
Nunca uso	7	6,4	16	16,0	<b>23</b>	<b>11,0</b>
Ignorado	2	1,8	3	3,0	<b>5</b>	<b>2,4</b>
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0 ?</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>

Com relação à freqüência do uso da camisinha, a maioria dos meninos (58,7%) respondeu que usa todas as vezes que tem relação sexual e apenas 37,0% das meninas; 33,0% dos meninos e 44,0% das meninas usam algumas vezes; 6,4% dos meninos e 16,0% das meninas nunca usam. (Tabela 22).

Os nossos dados são semelhantes ao encontrados por BÉRIA et al. (1996), cujo estudo mostrou que o uso do preservativo foi acima de 50% para os meninos, mas para as meninas acima de 15 anos ficou abaixo de 50%.

PAIVA (1996) encontrou dados diferentes, com alunos de primeiro grau noturna de escolas estaduais de São Paulo, com idades entre 14 e 21 anos, onde 48,3% dos meninos e 50,0% das meninas nunca usavam

camisinha; 29,3% e 25,0% usavam raramente; 10,3% e 11,1% usavam freqüentemente e, 12,1% e 13,9% usavam todas as vezes, respectivamente.

CORDEIRO (1994), encontrou que de 445 estudantes de escolas de ensino médio, 33,0% usam camisinha em todas as relações sexuais; 37,3% usam em algumas relações sexuais e 29,7% não costumam usar.

BROWN; DICLEMENTE; PARK (1992), estudando fatores relevantes para o uso constante da camisinha e a intenção do uso da camisinha entre adolescentes que receberam educação sobre a prevenção do HIV, verificaram que de 266 estudantes sexualmente ativos, somente 29% referiam o uso constante; 23% referiam uso inconstante e 48% nunca usaram a camisinha. O uso constante da camisinha foi mais freqüente para o gênero masculino, aqueles com uma pequena história de comportamento de risco e com uma forte intenção de usar a camisinha futuramente.

É possível perceber que 75,2% dos meninos e 47,2% das meninas já tiveram relação sexual. As idades de início da atividade sexual foram entre 10 e 13 anos para os meninos com 49,5% e entre 14 e 17 anos para as meninas com 70,0%.

Nos últimos 30 dias 47,7% dos meninos e 67,0% das meninas referiram relação sexual. É importante verificar que 58,7% dos meninos e apenas 37,0% das meninas referiram o uso da camisinha todas as vezes que têm atividade sexual. Se pensarmos que, há aproximadamente 20 anos a Aids está entre nós, são poucos os que usam o preservativo constantemente.

**TABELA 23** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo a atitude frente à doença relacionada à mídia. Peruíbe. 1999.

<b>Respostas</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Acompanho atentamente o assunto (notícias, livros, folhetos) e procuro discuti-lo frente à outras pessoas	199	55,3
Acompanho irregularmente o assunto, geralmente quando surge algum fato marcante	83	23,1
Apenas converso sobre o assunto com amigos	61	16,9
Nunca pensei no assunto	10	2,8
A AIDS não existe	0	0,0
Ignorado	7	1,9
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

Apesar do exposto anteriormente, 55,3% dos estudantes referem acompanhar atentamente o assunto sobre Aids, 23,1% acompanham irregularmente, 16,9% conversam com os amigos e 2,8% não pensam no assunto. (Tabela 23).

A Ipas<sup>7</sup>, em um Fórum Africano sobre a Saúde Reprodutiva da Adolescente, ocorrido na Etiópia, em 1997, com o intuito de avaliar a necessidade de examinar os vínculos entre os adolescentes, o HIV/Aids e o aborto, concluíram, pelas respostas dos participantes adolescentes daquele evento que 88% se preocupam com o HIV/Aids, a gravidez indesejada e o aborto em suas regiões; que 40% sabiam de meninas que tinham HIV/Aids; que 36% conheciam jovens que tinham morrido da Aids e que 65% manifestaram ser muito provável que uma adolescente que suspeita estar com HIV recorra a um aborto. (RADHAKRISHNA; GRINGLE; GREENSLADE, 1997).

<sup>7</sup> Ipas é uma organização não governamental com sede em Chapel Hill, Carolina do Norte, Estados Unidos, que trabalha em muitos países para melhorar a vida da mulher mediante enfoque na saúde reprodutiva.

**TABELA 24** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo atitudes relacionadas à Aids. Peruíbe. 1999.

Atitudes	Respostas									
	Não teria vergonha		Teria vergonha		Não sei se teria vergonha		Ignorado		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.	%	N.º	%
Carregar camisinha no bolso (bolsa)	301	83,6	18	5,0	36	10,0	5	1,4	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Pedir uma camisinha emprestado a um amigo (a)	229	63,6	87	24,2	41	11,4	3	0,8	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Ir a farmácia e comprar camisinhas	262	72,8	59	16,4	33	9,2	6	1,6	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Dizer a um namorado (a) firme que você não quer fazer sexo sem camisinha	318	88,3	20	5,6	18	5,0	4	1,1	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Dizer a um namorado (a) com que você queira manter relação sexual que você quer usar camisinha	297	82,5	23	6,4	34	9,4	6	1,7	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Recusar manter relações sexuais com seu namorado (a) se ele(a) não quiser usar camisinha	295	82,0	25	6,9	36	10,0	4	1,1	<b>360</b>	<b>100,0</b>
Dizer a um namorado (a) casual que você não quer fazer sexo sem camisinha	306	85,0	22	6,1	27	7,5	5	1,4	<b>360</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 24, a maioria dos estudantes (83,6%) referiu que não teria vergonha de carregar camisinha no bolso ou bolsa; 63,6% não teriam vergonha de pedir uma camisinha emprestada a um amigo (a); 72,8% não teriam vergonha de ir a uma farmácia e comprar camisinhas; 88,3% não teriam vergonha de dizer a um namorado (a) firme que não quer fazer sexo sem camisinha; 82,5% não teriam vergonha de dizer a um namorado (a) com quem queiram manter relação sexual que quer usar camisinha; 82,0% não teriam vergonha de recusar manter relações sexuais com seu namorado (a)

se ele (a) não quisesse usar camisinha e 85,0% não teriam vergonha de dizer a um namorado (a) casual que não quer fazer sexo sem camisinha.

CORDEIRO (1994), encontrou dados próximos aos nossos, onde 71,2% dos estudantes comprariam camisinha sem ter vergonha.

Isso é importante, pois indica que os estudantes parecem saber se posicionar em situações que poderiam se tornar de risco para a Aids.

**TABELA 25** – Distribuição das alunas do ensino médio se pediriam ao parceiro para usar camisinha. Peruíbe. 1999.

	<b>Respostas</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	Confio nele (a)	5	2,4
	Não quero engravidar (b)	17	8,0
	Não quero pegar aids (c)	19	9,0
	Não quero pegar outras doenças venéreas (d)	13	6,1
	a + b + c	2	0,9
	a + b + c + d	21	9,9
	a + c + d	2	0,9
	b + c	20	9,4
	b + c + d	86	40,6
	b + d	7	3,3
	c + d	12	5,7
	Ignorado	8	3,8
	<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>
<b>Não</b>	Confio nele (e)	27	12,7
	Teria vergonha de pedir (f)	1	0,5
	Teria medo de magoá-lo (g)	3	1,4
	Teria medo de perdê-lo (h)	-	-
	Ele se recusaria a usar (i)	-	-
	Ele poderia pensar mal de mim (j)	4	1,9
	Ele se sentiria incomodado (k)	5	2,4
	Estragaria o momento (l)	3	1,4
	e + i + l	1	0,5
	e + k	2	0,9
	Ignorado	166	78,3
	<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

Para a população de alunas foi questionado se pediriam para o parceiro usar camisinha e grande parte (40,6%) disse que sim por não querer

engravidar, não querer pegar Aids e outras doenças venéreas. Também foi questionado às alunas porque não pediriam ao parceiro para usar camisinha e 12,7% responderam por confiar nele; 78,3% não responderam esta questão ao contrário da anterior onde apenas 3,8% não responderam. As que responderam apresentaram dados muito baixos que podem ser vistos na Tabela 25.

CORDEIRO (1994), encontrou que 198 (44,1%) alunas responderam *sim* pediriam para o parceiro usar camisinha, por não querer engravidar, pegar Aids e outras doenças venéreas e que 27 (73,0%) não pediriam por confiar no parceiro.

Em um estudo sobre o perfil de mulheres com Aids notificadas no Centro de Vigilância Epidemiológica pelo Instituto Emílio Ribas, aponta a exposição sexual em 53 casos (50,5%), reforçando a importância, não só da contaminação através de relações heterossexuais, como também, revelando que a grande maioria foi contaminada pelo próprio parceiro fixo; a drogadição apareceu em segundo lugar com 14 casos, 13,3%. (TAKAHASHI; SHIMA; SOUZA, 1998).

A primeira categoria de exposição à Aids, entre mulheres maiores de 13 anos no Brasil de 1983 a 1990 foi o uso de drogas injetáveis, com 1.204 (40,9%) casos, mas de 1991 ao ano 2000 caiu para o segundo lugar, ficando em primeiro a exposição heterossexual com 23.930 (51,7%) casos da doença. (BOLETIM, 2000j).

**TABELA 26** – Distribuição dos alunos do ensino médio segundo o que pensariam, na hora da relação sexual, se as parceiras sexuais pedissem para ele usar camisinha. Peruíbe. 1999.

Respostas	Sim		Não		Não tenho opinião		Ignorado		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.	%	N.º	%	N.º	%
Está doente?	17	11,7	63	43,5	9	6,2	56	38,6	145	100,0
Acha que estou doente?	16	11,0	64	44,2	9	6,2	56	38,6	145	100,0
Não quer engravidar?	86	59,3	10	6,9	3	2,1	46	31,7	145	100,0
Pede para todos usarem ou é só comigo?	27	18,6	43	29,7	16	11,0	59	40,7	145	100,0
Acha que todos devem usar ?	104	71,7	2	1,4	3	2,1	36	24,8	145	100,0
Acha que isso é comum?	93	64,1	8	5,5	3	2,1	41	28,3	145	100,0
<b>Total</b>	<b>343</b>	<b>39,4</b>	<b>190</b>	<b>21,8</b>	<b>43</b>	<b>5,0</b>	<b>294</b>	<b>33,8</b>	<b>870</b>	<b>100,0</b>

Quanto aos meninos, na Tabela 26, os dados mostram que, grande parte deles, 43,5% não se perguntariam “ela está doente?”; 44,2% não pensariam que “ela acha que eu estou doente?”; 59,3% pensariam que “ela não quer engravidar?”; 29,7% não pensariam que “ela pede para todos usarem ou é só comigo?”; 71,7% pensariam que “ela acha que todos devem usar?” e 64,1% pensariam que “ela acha que isso é comum?”.

CORDEIRO (1994), encontrou índices mais altos, onde 77,5% dos alunos não pensariam que ela está doente; 67,8% não pensariam que ela acha que eu estou doente; 92,1% pensariam que ela não quer engravidar; 68,1% não pensariam que ela pede para todos usarem ou é só comigo; 92,9% pensariam que ela acha que todos devem usar e 87,3% pensariam que ela acha que isso é comum.

Muitos rapazes não responderam essa questão, talvez por ter sido a última pergunta do questionário e/ou por se sentirem cansados e/ou não terem entendido a questão. Mesmo assim essas informações não apareceram nos comentários.

FRUET (1995), através da entrevista com 15 adolescentes de escolas estaduais de primeiro e segundo graus, verificou que eles têm informações corretas, que sabem não ser possível identificar se uma pessoa é portadora do HIV apenas pela aparência, mas mesmo assim, não usam o preservativo porque conhecem o parceiro; é difícil ter controle sobre o desejo, o impulso sexual; usam o pensamento mágico de que são imunes; podem convencer o parceiro (a) a não se prevenir; a camisinha atrapalha, tira o prazer; é cara; não é segura, só evita gravidez ou só deve ser usada com prostitutas.

Nem sempre o que se pensa é o que se faz. Proteger-se do HIV é um processo que depende de vários contextos, algum deles, como a percepção do risco, do que é sexo seguro e não seguro, de decidir tomar atitudes de proteção, do tipo de vínculo, da qualidade do afeto, do momento, e das dificuldades materiais e sociais que cercam o adolescente, foram encontradas nas avaliações dos estudos de PAIVA, 1996.

## **5.2 FATORES QUE POSSIBILITAM**

### **5.2.1 Acesso ao álcool e às drogas**

Segundo WEINTRAUB (1995), é a curiosidade que leva o jovem a experimentar drogas pela primeira vez, como também é nessa fase que

iniciam a vida sexual, sendo portanto duas novidades em suas vidas. O início da vida sexual precoce, a facilidade em obter as drogas, o forte apelo sexual, a pressão de grupos, contribui para que os jovens utilizem drogas que aumentam a libido e o prazer.

Por se saber que tanto o álcool como qualquer tipo de droga, injetável ou não, pode alterar o comportamento e portanto facilitar situações de risco para o HIV/Aids, foi questionado aos estudantes o hábito de sua utilização.

**TABELA 27** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo ingestão de bebidas alcoólicas / sexo. Peruíbe. 1999.

Álcool / Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sim	75	51,7	86	40,6	<b>161</b>	<b>45,1</b>
Não	68	46,9	126	59,4	<b>194</b>	<b>54,3</b>
Em branco	2	1,4	-	-	<b>2</b>	<b>0,6</b>
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>357</b>	<b>100,0</b>

O álcool é usado pela maioria dos meninos (51,7%) e grande parte das meninas (40,6%); 46,9% dos meninos e 59,4% das meninas referem não fazer uso. (Tabela 27).

O álcool é considerado uma droga psicotrópica (atua na psique ou mente, afetando a função cognitiva), age no SNC provocando mudanças no comportamento porque, primeiro, é um estimulante que pode causar euforia, desinibição e loquacidade (maior facilidade para falar) e, segundo, pode causar depressão, falta de coordenação motora, descontrole e sono. Consumido em exagero pode provocar estado de coma e com o tempo, leva à dependência. (CEBRID, s.d. b; WEINTRAUB, 1995).

SCHOR (1995), encontrou que 22,5% das adolescentes da região sul do município de São Paulo, com idades entre 10 e 19 anos têm o hábito de beber.

A BEMFAM (1992), verificou que dois terços dos homens e um pouco mais da metade das mulheres, nas cidades de Curitiba, Rio de Janeiro e Recife, reportaram o uso de bebidas. Em Curitiba o consumo é o mais alto; a maioria declarou beber ocasionalmente e uma pequena proporção bebe todos os dias.

Estudo de PALÁCIO SANCHES (1997), com 359 estudantes de Cajamarca, Peru, mostrou que 49,5% dos meninos e 16,0% das meninas, ingerem bebidas alcoólicas. O resultado do grupo feminino esta muito abaixo do encontrado por nós.

Segundo dados epidemiológicos de 1995, o alcoolismo e o uso de drogas representaram, em conjunto, cerca de 20% das internações por transtornos mentais no Brasil (93% eram homens), chegando a 28% na região Sul. O alcoolismo foi a causa básica de 3.621 óbitos (89% do sexo masculino), dos quais 35% ocorreram antes dos 40 anos de idade. (BRASIL, 1996).

**TABELA 28** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo uso de drogas injetáveis / sexo. Perúibe. 1999.

Drogas injetáveis / Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sim	1*	0,7	-	-	2	0,6
Não	140	96,5	200	94,3	340	95,2
Em branco	4	2,8	12	5,7	15	4,2
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>357</b>	<b>100,0</b>

\* O que respondeu sim deixou em branco qual tipo de droga injetável usava.

Quanto às drogas injetáveis, a maioria (96,5%) dos meninos e 94,3% das meninas responderam não utilizar. Isso é muito positivo visto que a mais efetiva forma de transmissão do HIV é através do sangue; 2,0% dos meninos e 5,7% das meninas não responderam esta questão (Tabela 28).

Ao questionar se já compartilharam a mesma seringa ou agulha com outra pessoa ao usar droga injetável e se lavavam seringas e agulhas antes de reutilizar, não obtivemos respostas positivas, reforçando o resultado da tabela acima. Como também, não obtivemos repostas positivas sobre que tipo de produto utilizam para lavar as seringas e agulhas.

**TABELA 29** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo o uso de drogas antes da relação sexual. Perúibe. 1999.

<b>Respostas</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Álcool (a)	<b>50</b>	<b>65,8</b>
Maconha (b)	<b>7</b>	<b>9,2</b>
Cocaína (c); crack (d); LSD (e); heroína (f)	-	-
Outra (g)*	<b>1</b>	<b>1,3</b>
a + b	<b>11</b>	<b>14,5</b>
a + b + c; a + b + c + d; a + b + c + e; a + b + e; a + b + g; a + c; b + c; **	<b>7</b>	<b>9,2</b>
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

\* O que respondeu Outra (g) citou o cigarro.

\*\* Cada conjunto de respostas teve apenas uma citação.

Apesar desses resultados, na Tabela 29, constatamos que alguns estudantes referem utilizar drogas ou álcool antes da relação sexual: 65,8% referem o uso do álcool; 14,5% o uso do álcool e maconha<sup>8</sup>; 9,2% da

<sup>8</sup> **Maconha:** derivada da planta *Cannabis sativa*, causa efeitos físicos (hiperemia das conjuntivas, xerostomia e taquicardia) e psíquicos (sensação de bem estar, calma, relaxamento, vontade de rir, ou confusão mental, angústia, perda da atenção, tremores e suores). Provoca euforia, libera a sexualidade e retarda a ejaculação.

**LSD:** abreviação de dietilamina do ácido lisérgico, alucinógeno sintético, usado por via oral, pode ser misturado com tabaco e fumado, causa alucinações tanto visuais quanto auditivas, até delírios. Pode aumentar a percepção do prazer.

**Heroína:** substância semi-sintética, obtida através de uma modificação química na substância morfina, que por sua vez vem do pó do ópio proveniente da planta *Papaver somniferum* (papoula do oriente). É depressora do sistema nervoso central, deprimindo os centros da dor, tosse e vigília. Inibidor sexual.

**Cocaína:** substância natural derivada da *Erythroxylon coca*, um sal cloridrato de cocaína (pó), pode ser aspirado ou dissolvido em água para uso endovenoso; preparado de forma diferente, se transforma na pedra do crack ou na

maconha; 9,2% o álcool, maconha e a cocaína; álcool, maconha, cocaína e crack; álcool, maconha, cocaína e LSD; álcool, maconha, LSD; álcool, maconha e cigarro; álcool e cocaína e maconha e cocaína, 1,3% para cada item, respectivamente.

BÉRIA et al. (1996), sobre as drogas não injetáveis, verificaram que 5% dos meninos e 4,3% das meninas referem já ter utilizado; quanto às drogas injetáveis a porcentagem foi de 0,4% para os meninos compartilhando ou não seringas e para as meninas foi de 0,07 e 0,2%.

Segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, s.d. a), em um levantamento entre estudantes de 1º e 2º graus das dez maiores cidades do país, em 1997, 7,6% declararam que já haviam experimentado a maconha e 1,7% declararam fazer uso pelo menos de 6 vezes por mês.

A maconha foi consumida alguma vez, entre jovens de 15 a 24 anos, por 3% a 8% das mulheres e 10% a 19 % dos homens nas cidades de Curitiba, Rio de Janeiro e Recife; tiveram experiências com outras drogas (cocaína, heroína, cheirinho da loló (mistura de clorofórmio e éter ou qualquer outra substância, substitui o nome lança perfume), LSD, xarope (substância preparada com grande quantidade de açúcar ficando viscoso), dos homens 13% em Curitiba, 19% no Rio, e 40% em Recife, entre as mulheres 5% no Rio, 7% em Curitiba e 12% em Recife. (CEBRID, s.d. c e d; BEMFAM, 1992).

---

pasta da merla, ambos só pode ser fumados. Após três a quatro fumadas a pessoa já corre o risco de se tornar dependente. Causa excitação e um prazer indescritível, no auge do efeito, torna o usuário um agressor sexual em potencial.

Anfetaminas: psicoestimulante, aumenta a energia e a desinibição, melhorando o desempenho sexual, psicoestimulados podem sofrer lesões de pele e mucosas. CEBRID, s. d. a, e, f, g e h; WEINTRAUB, 1995.

Segundo o CEBRID (s.d. g), a cocaína é a droga mais utilizada pelos UDI no Brasil, sendo o fator de risco mais importante para a transmissão do HIV.

No Brasil, 20,5% dos casos de Aids registrados de 1991 ao ano 2000, referem-se à categoria de usuário de drogas injetáveis (UDI). (BOLETIM, 2000g).

Levantamentos realizados com estudantes de primeiro e segundo graus de escolas públicas de dez capitais brasileiras, em 1987 com 16.149 e em 1989 com 30.758, mostraram que 21,2% e 26,2%, respectivamente, já usaram drogas psicotrópicas uma vez na vida; 2,7% em 1987 e 3,5% em 1989 são usuários freqüentes. As seis drogas mais consumidas foram, por ordem de importância, o álcool, o tabaco, os solventes (substância volátil capaz de dissolver coisas), os ansiolíticos (depressores do SNC, trata ansiedade), as anfetaminas (estimulantes do SNC) e a maconha. De uma amostra de 24.634 estudantes entrevistados em 1993, 23% já haviam utilizado drogas pelo menos uma vez e 19% consumiam álcool com freqüência. (CARLINI; COTRIM; SILVA FILHO, s.d. a, b, c).

Estes estudos, concluíram que era necessário mais atenção em prevenção primária e secundária, orientação aos pais e professores sobre o significado do uso experimental e que alunos que já usaram poderiam opinar em programas de prevenção. Outro fato importante que este grupo de pesquisadores chama a atenção, é o de que se deve estar atento às particularidades de cada cidade do interior, apesar das redes públicas das cidades do interior do Paraná e de São Paulo, apresentarem usos

semelhantes aos das capitais de Estados, muitas vezes a falta de perspectivas profissionais, educacionais, de lazer, maior disponibilidade de drogas e um menor controle de forças repressivas poderiam funcionar como facilitadores ao uso das drogas.

Concordamos com a literatura que coloca como estratégia básica de intervenção para os UDIs a “*harm reduction, a diminuição dos danos que as drogas podem causar quando consumidas*”, juntamente com todo um trabalho de aconselhamento em relação à Aids, casas de apoio, programas de mudança de comportamento, distribuição de hipoclorito de sódio para desinfecção de seringas e agulhas e programas de trocas de seringas e agulhas em postos de saúde e Centros de Referência. (MESQUITA, 1995; BUCHER, 1995).

**TABELA 30** – Distribuição dos estudantes do ensino médio que já usaram álcool ou drogas antes da relação sexual, segundo afirmações relacionadas ao uso do álcool e das drogas. Peruíbe. 1999.

Uso	Respostas								Total	
	Discordo		Concordo		Indiferente		Ignorado		N. o	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
Gosto de beber álcool (ou usar drogas) antes de fazer sexo	56	73,8	12	15,7	5	6,6	3	3,9	76	100,0
Sexo é mais divertido se fico “alto” com o álcool ou drogas antes de praticá-lo	59	77,6	10	13,2	3	3,9	4	5,3	76	100,0
É mais fácil começar uma relação sexual com alguém se bebi alguns drinks ou usei drogas antes	54	71,0	16	21,0	1	1,3	5	6,7	76	100,0
Eu relaxo muito mais facilmente fazendo sexo se tiver bebido ou usado drogas antes	55	72,4	13	17,1	3	3,9	5	6,6	76	100,0
É mais fácil ter uma conversa íntima com meu parceiro (a) sexual se tiver bebido ou usado drogas antes	52	68,4	17	22,4	1	1,3	6	7,9	76	100,0
Eu prefiro fazer sexo quando bebi ou usei drogas antes	62	81,6	5	6,6	3	3,9	6	7,9	76	100,0
Eu acho sexo mais excitante após beber ou usar drogas	54	71,0	12	15,9	3	3,9	7	9,2	76	100,0
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>73,7</b>	<b>85</b>	<b>16,0</b>	<b>19</b>	<b>3,6</b>	<b>36</b>	<b>6,7</b>	<b>532</b>	<b>100,0</b>

Para os estudantes que referiram já ter utilizado álcool ou drogas antes da relação sexual, Tabela 30, foram feitas algumas afirmações relacionadas ao uso dessas drogas.

A maioria dos estudantes discordou das afirmações: “gosto de beber álcool (ou usar drogas) antes de fazer sexo” (73,8%); “sexo é mais divertido se fico “alto” com álcool ou drogas antes de praticá-lo” (77,6%); “é mais fácil

*começar uma relação sexual com alguém se bebi alguns drinks ou usei drogas antes* (71,0%); *“eu relaxo muito mais facilmente fazendo sexo se tiver bebido ou usado drogas antes”* (72,4%); *“é mais fácil ter uma conversa íntima com meu parceiro (a) sexual se tiver bebido ou usado drogas antes”* (68,4%); *“eu prefiro fazer sexo quando bebi ou usei drogas antes”* (81,6%); *“eu acho sexo mais excitante após beber ou usar drogas”* (71,0%).

**TABELA 31** – Distribuição dos estudantes do ensino médio que já tiveram relação sexual (sexo vaginal ou anal), sem camisinha, com um homem ou uma mulher que usa drogas injetáveis / sexo. Peruíbe. 1999.

Relação sexual com usuário de droga injetável / Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sim	7	6,4	6	6,0	13	6,2
Não	90	82,6	84	84,0	174	83,3
Não sei	7	6,4	8	8,0	15	7,2
Em branco	5	4,6	2	2,0	7	3,3
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>

Apesar da população estudada referir não utilizar drogas injetáveis, foi questionado se os mesmos já tiveram relação sexual (sexo vaginal ou anal), sem camisinha, com alguém que faz uso de drogas injetáveis e a maioria (82,6%) dos meninos e 84,0% das meninas responderam que não; 6,4% dos meninos e 6,0% das meninas responderam que sim; 6,4% dos meninos e 8,0% das meninas responderam que não sabem e 4,6% dos meninos e 2,0% das meninas não responderam esta questão (Tabela 31).

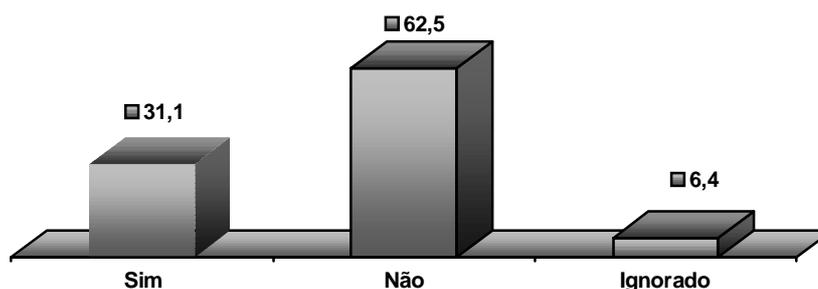
### 5.2.2 Recursos da saúde

Ter acesso aos serviços de saúde é um direito de todas as pessoas, assistido por lei. Os adolescentes muitas vezes, podem achar que não são

mais crianças, portanto não precisam mais ir ao médico, ou não possuem condições de freqüentar um Centro de Saúde, ou porque esse não existe e se existe pode ser particular, não podendo pagar ou de difícil acesso.

Desse modo, questionamos se os estudantes possuem plano de saúde, se possuem quem paga, se utilizam a saúde pública e se os locais que utilizam possuem recursos materiais e humanos suficientes e se estão em locais de fácil acesso.

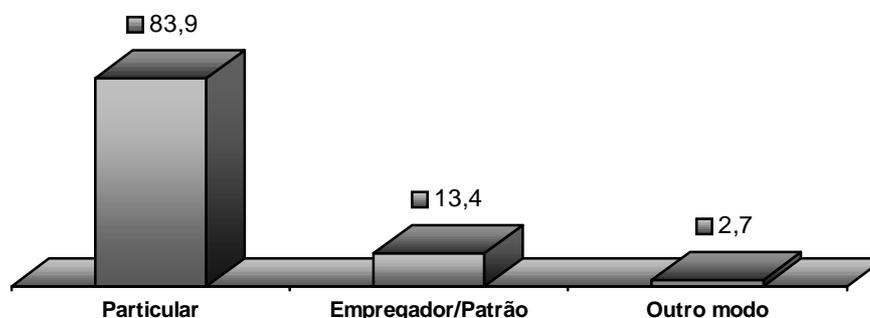
**Gráfico 2** - Distribuição dos estudantes do ensino médio se possuem plano de saúde, seguro saúde ou convênio médico privados. Peruíbe. 1999.



Com relação aos recursos da saúde, como pode ser visto no Gráfico 2, 225 (62,5%) estudantes referem não ter plano de saúde ou seguro saúde ou convênio médico privados, 112 (31,1%) referem ter e 23 (6,4%) não responderam esta questão.

Esses dados indicam que a maior parte (62,5%) da população estudada, é dependente do sistema público de saúde o SUS (Sistema Único de Saúde).

**Gráfico 3** - Distribuição dos estudantes do ensino médio que possuem plano de saúde, seguro saúde ou convênio médico segundo quem paga este plano. Peruíbe. 1999.



Dos que possuem plano ou seguro saúde ou convênio médico, 94 (83,9%) estudantes pagam de forma particular (eles próprios ou família), 15 (13,4%) pelo empregador ou patrão e 3 (2,7%) responderam outro modo, mas não especificaram como, Gráfico 3.

**TABELA 32**– Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo quais recursos da saúde pública utilizam. Peruíbe. 1999.

Respostas	N.º	%
Posto de saúde (a)	91	25,3
Hospital (b)	33	9,2
Pronto socorro (c)	127	35,3
Não utiliza (d)	38	10,5
Outro* (e)	3	0,8
Ignorado (f)	16	4,4
a + b	8	2,2
a + b + c	14	3,9
a + c	24	6,7
a + c + e	2	0,6
a + e	1	0,3
b + c	3	0,8
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

\* Os que responderam Outra (e) não citaram como.

Os estudantes foram questionados se utilizam recursos da saúde pública, na Tabela 32, observamos que 35,3% utilizam o pronto socorro; 25,3% o posto de saúde; 10,5% não utilizam os recursos de saúde pública; 9,2% utilizam o hospital; 6,7% o posto de saúde e o pronto socorro; 4,4% não

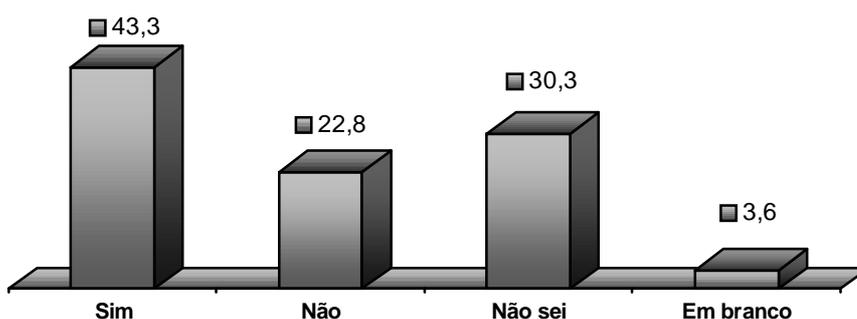
responderam a questão; 3,9% usam o posto de saúde, o hospital e o pronto socorro; 2,2% usam o posto de saúde e o hospital; 0,8% usam o hospital e o pronto socorro respectivamente; 0,6% utilizam o posto de saúde, o pronto socorro e outros e 0,3% refere utilizar o posto de saúde e outro.

Ainda que 31,1% dos pesquisados tenham declarado possuir planos de saúde da rede particular, apenas 10,5% referem não utilizar os recursos da saúde pública valendo-se, assim, dos dois sistemas.

É importante notar que 60,6% dos estudantes referem utilizar o pronto socorro e os postos de saúde, mostrando que estes locais devem contar com profissionais preparados em atender este público.

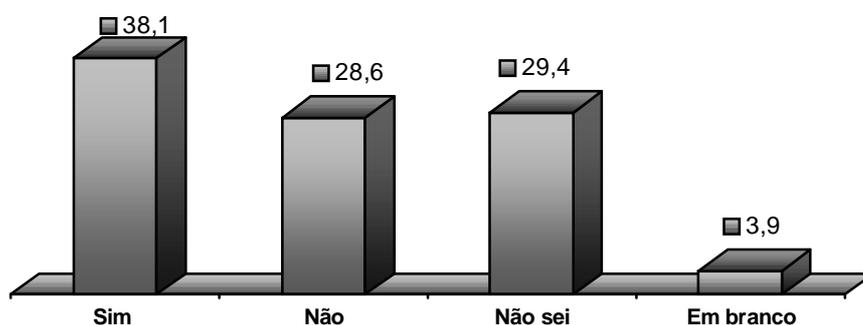
Um inquérito entre 5.223 adolescentes, de escolas públicas e particulares da Cidade do Recife, com idades entre 10 a 20 anos, revelou que os adolescentes desconhecem a necessidade de assistência primária à saúde, sugerindo a criação de programas regionalizados, que conheçam melhor o comportamento desses jovens, após um investigação preliminar dos seus costumes, das suas atitudes e da comunidade em que eles vivem (ROCHA et al., 1982).

**Gráfico 4** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo opinião sobre recursos materiais suficientes nos serviços de saúde utilizados por eles. Peruíbe. 1999.



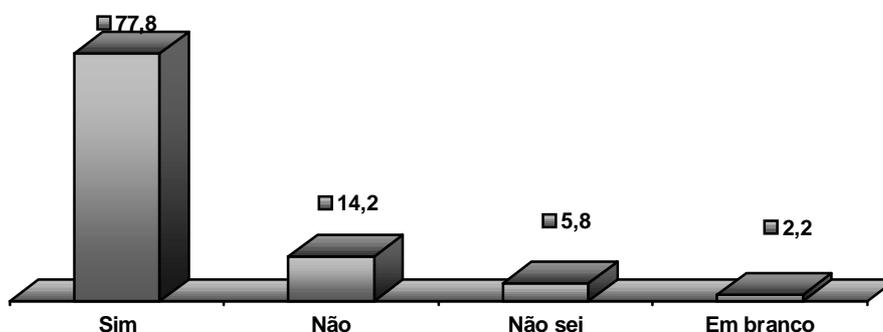
Pelo Gráfico 4, verifica-se que 156 (43,3%) estudantes responderam que os recursos materiais são suficientes, 109 (30,3%) responderam que não sabem, 82 (22,8%) responderam que não são suficientes e 13 (3,6%) deixaram esta questão em branco.

**Gráfico 5** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo opinião sobre recursos humanos suficientes nos serviços de saúde utilizados por eles. Peruíbe. 1999.



Sobre os recursos humanos, 137 (38,1%) estudantes responderam que são suficientes; 103 (28,6%) que não são suficientes, 106 (29,4%) que não sabem e 14 (3,9%) deixaram em branco, como se observa pelo Gráfico 5.

**Gráfico 6** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo facilidade de acesso ao serviço de saúde utilizado por eles. Peruíbe. 1999.



A maioria dos estudantes, 280 (77,8%), refere que os serviços de saúde estão em locais de fácil acesso; 51 (14,2%) referem que não, 21 (5,8%) não souberam referir e 8 (2,2%), não responderam esta questão, como se observa no Gráfico 6.

É importante ressaltar que quanto menor o nível sócio - econômico, e menor a idade, menos orientação os jovens possuem sobre a importância do cuidado primário de saúde. Se for menina e estiver grávida, desconhece a importância do pré - natal para uma gestação mais saudável e sem complicações. (BEMFAM, 1992).

MULLER; BARROS FILHO (1996), destacam que ao se trabalhar com adolescentes é preciso considerar as diferenças de gênero, além das diferenças sociais, culturais, regionais (da cidade, do campo, das periferias), tanto para uma atuação clínica, como para uma ação com grupos populacionais.

TILSLEY (1998), chama a atenção dos profissionais da saúde, que um dos primeiros passos para orientar os adolescentes sobre a importância da saúde sexual seria dar conselhos de forma aceitável, não fazer julgamentos de valor e orientar sobre o sigilo profissional.

### 5.2.3 Nível sócio - econômico

Iniciamos a análise do nível sócio – econômico dos participantes verificando a proporção de alunos com vínculo trabalhista, como se observa à Tabela 33.

**TABELA 33** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo trabalho. Peruíbe. 1999.

<b>Respostas</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Sim	163	45,3
Estou desempregado	93	25,8
Estou de licença médica / afastado	-	-
Nunca trabalhei	92	25,5
Outro motivo*	6	1,7
Ignorado	6	1,7
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

\* Os seis que responderam outro motivo: quatro citaram trabalhar em casa, um apenas de fim de semana e um toca na banda municipal da cidade.

Responderam que trabalham 45,3% dos estudantes; que estão desempregados 25,8% e, que nunca trabalharam 25,5%.

**TABELA 34** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo a idade em que começaram a trabalhar. Peruíbe. 1999.

<b>Idades (em anos)</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
4 -  8	3	0,8
8 -  12	30	8,3
12 -  16	164	45,5
16 e mais	47	13,1
Ignorado	116	32,2
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

Aos que já exerceram algum tipo de trabalho, foi questionada a idade em que começaram a trabalhar, e pela Tabela 34, verificamos que grande parte (45,5%) iniciou entre os 12 e 15 anos; 13,1% com 16 anos e mais; 8,3% entre 8 e 11 anos; 32,2% das respostas são ignoradas e 0,8% entre 4 e 7 anos de idade.

**TABELA 35** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo grupo de ocupação que exercem atualmente. Peruíbe. 1999.

<b>Ocupação</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Trabalhadores do comércio e assemelhados	<b>48</b>	<b>30,8</b>
Trab. serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene e embelezamento, segurança, aux. de saúde e trabalhos assemelhados	<b>45</b>	<b>28,8</b>
Trabalhadores produção industrial, operadores máquinas, condutores veículos e trabalhos assemelhados	<b>21</b>	<b>13,5</b>
Trabalhadores serviços administrativos e trab. assem.	<b>21</b>	<b>13,5</b>
Trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados	<b>8</b>	<b>5,2</b>
Membros dos poderes legislativo, executivo, judiciário, func. público, supervisor, diretor de empresa e trab. assem.	<b>4</b>	<b>2,5</b>
Trab. agropecuários, florestais, pesca e trab. assem.	<b>3</b>	<b>1,9</b>
Ignorados	<b>6</b>	<b>3,8</b>
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 35, podemos verificar o grupo de ocupação<sup>9</sup> exercida pelos estudantes atualmente, através da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), 2000.

Em relação às ocupações desempenhadas pelos estudantes, observamos que 30,8% são trabalhadores do comércio; 28,8% trabalham com turismo, hospedagem; 13,5% na produção industrial; 13,5% com serviços administrativos; 5,2% exercem profissões científicas, técnicas, artísticas; 2,5% são funcionários públicos; 1,9% na agropecuária e pesca.

<sup>9</sup> Ocupação: é o agrupamento de tarefas, operações e outras manifestações que constituem as obrigações atribuídas a um trabalhador e que resultam na produção de bens e serviços.

**TABELA 36** – Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo quanto ganham por mês em salário mínimo (SM). Peruíbe. 1999.

<b>Ganho em SM</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
1 SM*	54	35,1
2 SM	43	27,9
3 SM	34	22,1
4 SM	11	7,1
5 SM	3	1,9
6 SM e mais	8	5,3
Ignorado	1	0,6
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>

\* 1 SM equívalia a R\$ 130,00 na data da coleta dos dados.

Dos alunos que responderam estar trabalhando no momento, 35,1% ganham até 1 SM; 27,9% até 2 SM; 22,1% até 3 SM; 7,1% até 4 SM; 5,3% de 6 SM ou mais; 1,9% até 5 SM. (Tabela 36).

**TABELA 37**– Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo total da renda familiar em salário mínimo (SM). Peruíbe. 1999.

<b>SM</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
1 -  5 SM	93	25,8
5 -  10 SM	104	29,0
10 -  15 SM	34	9,4
15 -  20 SM	27	7,5
20 SM e mais	30	8,3
Ignorado	72	20,0
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

\* 1 SM equívale a R\$ 130,00 na data da coleta dos dados.

De acordo com as informações dadas pelos entrevistados, 29,0% das famílias dos estudantes têm renda mensal entre 5 e 9 SM; 25,8% até 4 SM; 20,0% não informaram a renda; 9,4% entre 10 e 14 SM; 8,3% recebem 20 SM ou mais e 7,5% entre 15 e 19 SM (Tabela 37).

Como podemos verificar, uma grande parte dos estudantes (45,5%) começou a trabalhar em idade precoce, 12 a 15 anos; atualmente 45,3% dos estudantes trabalham; 25,8% estão desempregados, indicando a necessidade do trabalho infantil na contribuição da renda familiar, pois 63%

dos estudantes que trabalham ganham entre 1 a 2 salários e 25,8% das famílias têm renda mensal entre 1 a 4 salários mínimos.

A qualidade de vida das crianças e dos adolescentes é quase sempre, dependente da renda familiar, conseqüentemente, o poder aquisitivo da família afetará diretamente a qualidade dessa condição de vida como habitação, alimentação, vestuário, higiene e saúde, influenciando no crescimento e no desenvolvimento. (CHIPKEVITCH, 1995a).

Para o IBGE (2001c), a mão-de-obra infantil está mais concentrada em pequenos empreendimentos familiares, especialmente no setor agrícola, e desenvolvendo trabalhos sem remuneração. Em 1999, a atividade agrícola detinha 80,4% das crianças ocupadas de 5 a 9 anos de idade e 63,2% das ocupadas de 10 a 14 anos de idade. O número de crianças de 5 a 14 anos de idade ocupadas continuou apresentando tendência de declínio. De 1995 para 1999, o contingente ocupado de 5 a 9 anos de idade baixou de 519 mil para 375 mil e a sua participação no total deste grupo etário caiu de 3,2% para 2,4%. O grupo de 10 a 14 anos de idade ocupado passou de 3,3 milhões para 2,5 milhões e a sua participação no total desta faixa etária diminuiu de 18,7% para 14,9%. Constatou-se ainda que o diferencial entre os gêneros foi mantido. Ainda segundo o IBGE, de 1995 para 1999, a proporção de crianças ocupadas no contingente de 5 a 14 anos de idade passou de 14,5% para 11,8% entre os meninos e de 7,8% para 6,0% entre as meninas.

Ao contrário do que ocorre em Peruíbe, cidade caracterizada como urbana e não rural, 94,3% dos estudantes trabalham no comércio, no turismo, entre outros e apenas 1,9% trabalham na agropecuária.

**TABELA 38** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo total de pessoas que residem com eles. Peruíbe. 1999.

<b>Total de pessoas</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
1	61	17,0
2	54	15,0
3	80	22,2
4	83	23,0
5	41	11,4
6	19	5,2
7	15	4,2
8	6	1,8
9	1	0,2
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

Quanto à composição familiar nos domicílios, 23,0% dos estudantes informaram que residem com até 4 pessoas; 22,2% com 3 pessoas; 17,0% com uma pessoa; 15,0% com duas pessoas; 11,4% com 5 pessoas; 5,2% com 6 pessoas; 4,2% com 7 pessoas; 6,1% com 8 pessoas e 0,2% com até 9 pessoas, como mostrado à Tabela 38.

Segundo dados de 1999 do IBGE (2001d), a média de pessoas que vivem no mesmo domicílio no Brasil é de 3,4 habitantes, o mesmo dado encontrado na população estudada que é de 3,39%.

**TABELA 39** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo parentesco das pessoas que moram com eles. Peruíbe. 1999.

<b>Parentesco</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Pai e mãe	166	46,1
Mãe e / ou outros	57	15,8
Pai e / ou outros	10	2,8
Outros (Avós, tios, irmãos)	20	5,5
Pai e madrasta	3	0,8
Mãe e padrasto	14	4,0
Marido e / ou esposa	18	5,0
Ignorado	72	20,0
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

Aos estudantes foi questionado qual era o parentesco das pessoas que moravam com eles, e pela Tabela 39, observamos que 46,1% moram com pai e mãe; 15,8% moram com mãe e / ou outros; 5,5% com outros (avós, tios e irmãos); 5,0% com marido e/ou esposa; 4,0% com mãe e padrasto; 2,8% com pai e / ou outros; 0,8% com pai e madrasta e 20,0% não responderam esta questão.

PALÁCIO SANCHEZ (1997), em pesquisa com 359 estudantes de Cajamarca, Peru, encontrou que 69,1% vivem com pai e mãe; 17,5% vivem com pai ou com mãe e 13,4% com outras pessoas. Apesar do modelo idealizado "*pai - mãe - filhos*" ainda ser dominante na sociedade, estes dados revelam que um processo de mudança da estrutura familiar vem ocorrendo no mundo todo.

Como dito na introdução, o ambiente familiar, em conjunto com outros fatores vai ajudar no desenvolvimento sexual dos (as) adolescentes, e a desagregação familiar pode contribuir para expô-los à Aids. Segundo HENRÍQUEZ et al. (1984), existem alguns fatores que poderiam estar alterando a crise<sup>10</sup> de desenvolvimento normal dos adolescentes. A família exerce um papel fundamental na etapa de crescimento e desenvolvimento do adolescente propiciando ao equilíbrio do indivíduo, já que ela é o primeiro vínculo social que molda sua personalidade e sua conduta, constituindo o veículo de inter - relação entre ele e seu meio social. Sendo assim, quando existe um outro membro morando com a família, além do pai, mãe e filho, pode ocorrer uma ambigüidade de autoridade, uma desautorização da

---

<sup>10</sup> Para Henríquez o nascimento, a adolescência, o matrimônio, a velhice e a morte são considerados pontos críticos de transição, são universais, individuais e dependentes de fatores intrínsecos e extrínsecos.

autoridade dos pais, facilitando a desorientação do adolescente, contribuindo para uma ruptura de esquemas estabelecidos e de valores, provocando reações interpessoais negativas (angústia, depressão, agressividade, rebeldia, etc.), constituindo um outro motivo de instabilidade na conduta do adolescente.

**Tabela 40** - Distribuição dos pais dos estudantes do ensino médio segundo grupos de ocupações que exercem atualmente. Peruíbe. 1999.

Ocupação	N.º	%
Trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados	39	10,1
Membros dos poderes legislativo, executivo, judiciário, funcionário público, supervisor, diretor de empresa e trab. assem.	9	2,3
Trabalhadores serviços administrativos e trab. assem.	18	4,7
Trabalhadores do comércio e assemelhados	50	13,0
Trabalhadores serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene e embelezamento, segurança, aux. de saúde e trab. Assemelhados	76	19,7
Trabalhadores agropecuários, florestais, pesca e trab. Assem.	5	1,3
Trabalhadores produção industrial, operadores máquinas, condutores veículos e trab. assem.	69	17,9
Membros das Forças Armadas, policiais e bombeiros militares	1	0,2
Autônomos	11	2,8
Desempregados	5	1,3
Não trabalham	79	20,5
Ignorados	24	6,2
<b>Total</b>	<b>386</b>	<b>100,0</b>

Para os estudantes que informaram residir com pai e/ou mãe foi indagado a que grupos de ocupações os genitores pertenciam e obtivemos, de acordo com a Tabela 40, que 19,7% trabalham com turismo, hospedagem; 17,9% na produção industrial; 13,0% são trabalhadores do comércio; 10,1% exercem profissões científicas, técnicas, artísticas; 4,7% com serviços administrativos; 2,8% autônomos (não especificaram a ocupação) 2,3% são funcionários públicos; 1,3% na agropecuária e pesca; e 1,3% estão desempregados.

**TABELA 41** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo tipo de residência. Peruíbe. 1999.

<b>Respostas</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Casa	348	96,7
Apartamento	5	1,4
Barraco	2	0,5
cortiço	-	-
Outro*	4	1,1
Ignorado	1	0,3
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

\* Os quatro que responderam outro: dois deixaram em branco, um mora em chalé e dois moram em sítio.

Quanto ao tipo de residência dos estudantes, podemos verificar pela Tabela 41, que a maioria (96,7%) reside em casa; 1,4% residem em apartamentos; 1,1% responderam outro tipo de residência, sendo que 2 não especificaram qual o tipo; 1 respondeu chalé; 1 respondeu sítio e 0,5% informou residir em barracos.

**TABELA 42** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo a propriedade da residência onde moram. Peruíbe. 1999.

<b>Respostas</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Própria	284	78,8
Alugada	46	12,8
Cedida	21	5,8
Invadida	2	0,6
Não sei	3	0,8
Outro*	2	0,6
Ignorado	2	0,6
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

\* Os dois que responderam outro: um deixou em branco e um citou a residência como temporária.

A residência da população deste estudo é em sua maioria (78,8%) própria; 12,8% alugada; 5,8% cedida; 0,8% não soube referir; 0,6% invadida; 0,6% outro modo. (Tabela 42).

### 5.3 FATORES QUE REFORÇAM

#### 5.3.1 Família / Amigos / Mídia e a Religião

Os resultados apresentados a seguir estão relacionados aos fatores que podem reforçar determinados comportamentos como a influência da família, dos amigos, da mídia e da religião.

**TABELA 43** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo com quem conversam sobre HIV/Aids. Peruíbe. 1999.

n = 360		
Fontes de informação	f	%
Amigo (a)	255	70,8
Mãe	196	54,4
Namorado (a)	158	43,9
irmãos	145	40,3
Professor (a)	110	30,6
Pai	107	29,7
Profissional da saúde	63	17,5
Não conversa	23	6,4
Padre / pastor	15	4,2
Outro (a) pessoa	15	4,2
Esposa / companheira	9	2,5
Ignorado	8	2,2
Marido / companheiro	-	-

Com relação às pessoas escolhidas pelos estudantes para conversar sobre HIV/Aids, podemos verificar pela Tabela 43, dos 360 estudantes, 70,8% citaram os amigos; 54,4% a mãe; 43,9% o (a) namorado (a); 40,3% os irmãos; 30,6% os professores; 29,7% o pai; 17,5% o profissional da saúde; 6,4% não conversam sobre o assunto; 4,2% o padre ou pastor; 4,2% outras pessoas; 2,5% a esposa ou companheira; 2,2% ignorados e não houve resposta para marido ou companheiro.

É interessante notar que apesar de apenas 8,1% dos estudantes serem casados, somente 2,5% referiu conversar com a esposa/companheira e

nenhuma estudante referiu conversar com o marido/ companheiro sobre a Aids.

BÉRIA et al. (1996), relatam em seu estudo, que 31% dos meninos e 42% das meninas conversam sobre Aids com o (a) parceiro (a).

CORDEIRO (1994), em seu trabalho, encontrou índices mais elevados que os nossos, referindo que 18,4% de seus entrevistados conversam com profissionais da saúde; 28,4% com médicos e 6,6% não conversam sobre Aids. Este mesmo autor, no entanto, relata índices menores que os nossos quando informa que, entre a população de seu estudo, 12,6% conversam com amigos; 11,9% com namorado (a); 10,4% com a mãe; 3,2% com o pai; 2,4% com o professor e 2,0% com irmãos.

Pesquisando as influências exercidas pela família, escola, amigos e meios de comunicação, com 15 adolescentes de duas escolas estaduais de primeiro e segundo grau de Campinas, FRUET (1995), descobriu que eles referem ter um relacionamento "*aberto*" com os pais; conversam principalmente com a mãe, mas o diálogo versa sobre as conseqüências da atividade sexual, como gravidez ou Aids e não sobre as questões afetivas e emocionais; as conversas sobre experiências sexuais são tidas com os amigos, diferindo dos dados encontrados por nós onde os amigos foram considerados os primeiros para conversar sobre HIV/Aids.

GONÇALVES (2000), com base em dados de pesquisa bibliográfica, alerta que a família continua norteando os valores e os princípios morais que os adolescentes vão seguir por toda a vida, ainda que possam reformular alguns preceitos familiares herdados. Constatou também, que apesar da

família brasileira estar inserida numa cultura erotizada, não são todos os pais que conseguem dialogar sobre sexo com seus filhos, e quando o fazem, iniciam esta conversa tardiamente. O autor sugere que os pais abordem este tema a partir da infância, de forma natural, evitando tantos constrangimentos na pré adolescência entre pais e filhos.

Conseguir dialogar com pais, amigos, ter informações corretas sobre Aids, ser solidário aos portadores, saber o quanto está vulnerável é um dos primeiros passos para a construção de um ser consciente de si mesmo e de que faz parte de um grupo social. (PAIVA, 1996).

**TABELA 44** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo seguir ou não a opinião das pessoas com quem eles conversam sobre HIV/AIDS. Perúibe. 1999.

<b>Respostas</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Sim	181	50,3
Não	46	12,8
As vezes	111	30,8
Ignorado	22	6,1
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

Foi questionado aos estudantes se eles seguem o que as pessoas com quem conversam sobre o HIV/Aids dizem ou aconselham e podemos observar, pela Tabela 44, que 50,3% responderam que sim; 30,8% que às vezes seguem e 12,8% informaram que não seguem.

Como os amigos (70,8%), constituíram os primeiros a conversarem com os adolescentes sobre HIV/Aids e 50,3% dizerem que seguem a opinião dessas pessoas, isso mostra que estes poderiam ser agentes multiplicadores, ou seja, aqueles que são orientados pelos educadores na prevenção da Aids a repassar aos seus pares. A identidade de grupo, o mesmo vocabulário, as

oportunidades de livre expressão de problemas e sentimentos é que podem ser facilitadores nesse diálogo. (PÁLÁCIO SANCHEZ, 1997).

Alguns estudos com outras populações vêm demonstrado ser bastante positiva esta abordagem.(KOLLER et al., 2000; TOLEDO et al., 2000; DANTAS et al., 2000; OLIVEIRA; MATSUMOTO; MONTRONE, 2000; FARHAT et al., 2000).

**TABELA 45** - Distribuição dos estudantes do ensino médio segundo fontes de informações consideradas importantes na formação do conhecimento atual sobre Aids. Peruíbe. 1999.

<b>Fontes de informação</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Programa de televisão	255	70,8
Jornais, revistas e livros	236	65,6
Amigos e colegas de escola ou trabalho	173	48,1
Mãe	154	42,8
Professores	153	42,5
Profissional da saúde	121	33,6
Pai	100	27,8
Programa de rádio	75	20,8
Disque Aids	27	7,5
Outro (as)*	22	6,1
Ignorado	12	3,3

\*Os que citaram outro (as) não informaram quais.

Quanto às fontes de informações sobre Aids consideradas importantes na formação do conhecimento atual sobre a doença, as mais citadas foram as apresentadas na Tabela 45: 70,8% citaram programas de televisão; 65,6% jornais, revistas e livros; 48,1% amigos, colegas de escola ou trabalho; 42,8% a mãe; 42,5% os professores; 33,6% os profissionais da saúde; 27,8% o pai; 20,8% programa de rádio e 7,5% o disque Aids;

CARVALHO (1997), numa pesquisa com estudantes do terceiro ano do ensino médio e portadores do HIV, com relação às informações preventivas a respeito da Aids, encontrou que 64,9% dos estudantes e 100% dos que eram portadores reportaram a televisão como sendo o principal responsável pela

divulgação dos meios de prevenção; a família foi citada por 19,4% dos estudantes e em nenhuma vez pelos portadores do HIV.

PALÁCIO SANCHEZ (1997), com estudantes de segundo grau de Cajamarca, Peru, encontrou que 30,4% dos adolescentes receberam orientação sexual dos pais - professores; 23,4% dos professores; 22,3% dos pais; 8,9% de amigos; 3,9% dos profissionais da saúde e meios de comunicação e 49,3% afirmaram que compete aos pais dar a orientação sexual. Fontes de informação sobre sexo (44,3%) vieram de revistas, livros, programas de TV ou amigos e 22,3% referiram que só os amigos foram a fonte de informação, especialmente para os meninos; 4,5% referem procurar informações com profissionais da saúde.

CORDEIRO (1994), com estudantes do ensino médio, encontrou que 9,8% citaram os amigos, colegas de escola e trabalho; 9,1% professores; 8,2% médico ou outro profissional da saúde.

Para mais de 90,0% dos jovens, a televisão foi a principal fonte de informação, nas campanhas de prevenção da Aids. As emissoras de televisão descobriram no público jovem uma fatia de mercado considerável. Por este motivo, passaram a criar vários programas destinados a essa faixa etária. O próprio Programa Nacional de Aids do Ministério da Saúde, utilizou a televisão nas campanhas de educação e informação sobre a doença. Os jornais também passaram a ter espaços maiores e várias revistas foram criadas apenas para este público. Assim, os meios de comunicação de massa passaram a ser um caminho para o esclarecimento de dúvidas, porém em muitos casos têm passado informações distorcidas, superficiais e

preconceituosas. A imprensa e os adolescentes perpetuam um círculo vicioso onde a mídia reproduz o que os jovens dizem e estes do que lhes foi passado pelos meios de comunicação. (BEMFAM, 1992; PARKER, 1994c; FRUET, 1995).

GONÇALVES (2000), chama a atenção para a escola como importante canal de formação, informação e discussão para os adolescentes, onde, entre os diversos métodos didáticos - pedagógicos, deve ser escolhido um que incentive a motivação. A escola deve estar atenta para não transformar a educação sexual em adiestramento para evitar a Aids. O adolescente têm que ser consciente, tendo uma postura reflexiva sobre si, sobre o seu corpo, o do parceiro, sabendo sobre a Aids e seus riscos.

GONÇALVES et al., (2000), em um estudo com jovens que freqüentam o Centro de Testagem Anônima para o HIV, de um município da grande São Paulo, na faixa etária entre 13 a 18 anos, colheram 406 testes anti - HIV, sendo que 4 resultados foram reagentes (HIV positivos) e 402 não reagentes (negativos). Dos positivos, 2 eram do sexo masculino e 2 do sexo feminino e concluíram que as escolas ainda seguem um modelo antigo de transmissão de informação que não muda comportamento e não se preocupa com o processo biopsicosocial dos estudantes.

**TABELA 46** - Distribuição dos estudantes do ensino médio quanto à adoção de algum tipo de religião. Peruíbe. 1999.

<b>Respostas</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Católica	229	63,6
Protestante	3	0,8
Evangélica	58	16,1
Judaica	1	0,3
Espírita	19	5,4
Muçulmana	-	-
Nenhuma	17	4,7
Outras*	17	4,7
Ignorado	16	4,4
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

\* Os dezoito que responderam outro: três deixaram em branco, um cristão, um ocultista, dois budistas e dez Testemunha de Jeová.

Pensando na influência que as religiões exercem sobre seus adeptos e no modo explícito como a Igreja católica censura o uso da camisinha, é que foi questionado aos estudantes se possuem algum tipo de religião e se seguem o que elas dizem.

Quanto ao tipo de religião, 63,6% dos estudantes afirmam serem católicos; 16,1% evangélicos; 5,4% espíritas; 4,7% referem seguir outras religiões; 4,7% consideram-se sem religião; 4,4% não responderam a esta questão; 0,8% protestantes e 0,3% religião judaica, como mostra a Tabela 46.

De acordo com os dados encontrados por nós, a maioria dos estudantes (63,6%) refere ser católica, e segundo dados de 1991 do IBGE (2001b), a Igreja católica é a que possui mais adeptos, com um total de 121.812.771 seguidores; os evangélicos (tradicional e pentecostal) são 12.567.987; os espíritas são 1.644.355 e 6.946.221 são pessoas que não possuem religião.

**TABELA 47** - Distribuição dos estudantes do ensino médio quanto à concordância ou não com o que prega a sua religião. Peruíbe. 1999.

<b>Respostas</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Concordo e pratico tudo	53	14,7
Concordo e pratico quase tudo	154	42,8
Concordo mais não pratico nada	94	26,1
Discordo mais pratico tudo	3	0,8
Discordo mais pratico quase tudo	10	2,8
Discordo e não pratico nada	27	7,5
Ignorado	19	5,3
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 47, verificamos que grande parte dos estudantes (42,8%) concorda e pratica quase tudo o que sua religião prega; 26,1% concordam mas não praticam nada; 14,7% concordam e praticam tudo; 7,5% discordam e não praticam nada; 5,3% das respostas foram ignoradas; 2,8% discordam mas praticam quase tudo e 0,8% discordam mas praticam tudo.

É interessante notar que apesar de 63,6% dos estudantes dizerem pertencer à religião católica e 27,2% a outras religiões, verifica-se que 42,8% concordam e praticam quase tudo o que prega sua religião e 14,7% concordam e praticam tudo, porém apenas 1,3% citaram o padre ou o pastor para conversar sobre HIV/Aids.

O fato de a maioria dos pesquisados (90,9%), referir possuir alguma religião e grande parte (42,8%), seguir quase tudo o que ela prega, nos faz refletir sobre a importância desse meio na prevenção do HIV/Aids, e que estas religiões podem ser mais um espaço para criação de programas preventivos na população em estudo.

GIL (1998), concluiu que a Igreja Católica, segundo a opinião de 1.036 estudantes universitários da Grande São Paulo, influência muito em relação ao

uso da camisinha e que compete à igreja conversar com os fiéis a esse respeito.

Segundo GALVÃO (1997), no início da epidemia, tanto a Igreja Católica quanto as Pentecostais (Assembléia de Deus e Igreja Universal do Reino de Deus), como o restante da sociedade civil, trataram a Aids como sendo uma decadência moral do indivíduo, e só depois perceberam que era na verdade uma doença e que todo um trabalho deveria ser desenvolvido. Já nos anos 90, segunda década da epidemia, a Aids fez com que as diferentes religiões repensassem suas práticas tradicionais de serviços, assistência, tratamento e apoio espiritual, criando casas de apoio e de atendimento domiciliário para pessoas com HIV/Aids. Alguns exemplos dessas casas são: a Casa Vida (para crianças) da Igreja católica; o Centro de Convivência Infantil Filhos de Oxum (para crianças), ligada ao Candomblé, a PRAIDS (para crianças e adultos), ligada aos protestantes, todas em São Paulo; no Rio de Janeiro existe o Centro de Acolhimento Sagrado Coração de Jesus (para mulheres e crianças) e o Centro de Acolhimento Santo Antônio (para menores e adultos do sexo masculino) e em Recife o ASAS (Associação de Ação Solidária) formada por católicos e protestantes que funciona como um hospital dia.

Desse modo, GALVÃO (1997) salienta que a pauperização da epidemia, o empobrecimento da população e o sucateamento da rede pública de saúde, tornam as iniciativas das diferentes religiões, que estão preocupadas em minimizar o sofrimento das pessoas portadores do HIV/Aids e oferecer uma qualidade de vida melhor, de suma importância para a sociedade como um todo.

Quanto ao porquê dos adolescentes terem atividade sexual sem proteção, SCHOR (1995), sustenta com a literatura, que prevenir a relação sexual, o ato sexual, quebra a visão romântica, irreal, o aspecto mágico e espontâneo da relação, fazendo-os negar ou subestimar o risco de uma gravidez, ou de uma DST/Aids. Existente também, o conflito entre igreja/família, que exige postergar a relação sexual após o casamento e a mídia que estimula o sexo como objeto de consumo e prestígio para os jovens.

Embora não ampliando os resultados dessa amostra à população de estudantes de Peruíbe, é possível demonstrar a diversidade social que caracteriza esse grupo e que interfere nos modos de redução de risco para o HIV/Aids.

## 6. CONCLUSÃO

Este estudo permite concluir que:

- 200 (56,0%) estudantes têm entre 14 e 17 anos de idade; 145 (40,3%) são do sexo masculino e 212 (58,9%) do sexo feminino; dentre estes, 259 (71,9%) são brancos e 322 (90,2%) solteiros;

- 85,5% dos estudantes já tiveram palestra sobre Aids na escola; 88,0% sabem como o vírus da Aids se transmite; 69,2% sabem como colocar e retirar uma camisinha corretamente; a maioria soube referir quais práticas sexuais são seguras e não seguras, com exceção da masturbação mútua onde 50,6% têm dúvidas; a maioria tem conhecimentos corretos relacionados à Aids, porém 50,5% ainda acredita, erroneamente, que a doação de sangue pode contaminar o doador; 62,3% referem utilizar o coito interrompido na prevenção da Aids; 30,4% a pílula anticoncepcional; 51,5% referem conhecer bem o assunto Aids; 53,2% consideram não correr nenhum risco ou pequeno risco; 24,1% consideram correr um risco moderado a alto risco; as meninas pensam que correm menos riscos que os meninos;

- a maioria dos estudantes apresenta crenças positivas relacionadas à prevenção da Aids; 51,2% dos estudantes teriam medo de contrair o HIV se tivessem relação sexual (sexo vaginal ou anal), sem camisinha, com uma

pessoa que conhecem bem; as meninas referem mais medo que os meninos e 35,3% não teriam medo;

- os estudantes consideram como muito importante ou importante: a fidelidade do homem (87,7%); a fidelidade da mulher (89,3%); a virgindade do homem (29,7%); a virgindade da mulher (40,6%); a abstinência sexual masculina (23,5%) e a abstinência sexual feminina (26,9%);

- os estudantes consideram como pouco importante ou sem importância: a fidelidade do homem (4,5%); a fidelidade da mulher (3,9%); a virgindade do homem (54,1%); a virgindade da mulher (46,8%); a abstinência sexual masculina (44,5%) e a abstinência sexual feminina (42,8%);

- 58,6% dos estudantes referiram que já tiveram relação sexual (75,2% dos meninos e 47,2% das meninas); 49,5% dos meninos iniciaram a atividade sexual entre os 10 e 13 anos e 70,0% das meninas entre os 14 e 17 anos de idade; 56,9% dos estudantes relataram atividade sexual nos últimos 30 dias (47,7% dos meninos e 67,0% das meninas) e 41,1% afirmaram que não tiveram (50,5% dos meninos e 31,0% das meninas); 29,2% referiram relações sexuais de 1 a 4 vezes (sexo vaginal ou anal); 48,3% afirmam fazer uso da camisinha todas as vezes que têm relação sexual (58,7% dos meninos e apenas 37,0% das meninas); 38,3% algumas vezes e 11,0% nunca usam; 55,3% dos estudantes referem acompanhar atentamente o assunto sobre Aids; 63,6% a 88,3% dos estudantes referem atitudes positivas relacionadas à prevenção do HIV; 40,6% das alunas pediriam para

o parceiro usar camisinha porque não quiserem engravidar, pegar Aids e outras doenças venéreas e 12,7% das alunas não pediriam por confiar no parceiro; se as parceiras pedissem para os meninos usarem camisinha, 59,3% pensariam que “ela não quer engravidar”, 71,7% pensariam que “ela acha que todos devem usar; 64,1% pensariam que “ela acha que isso é comum”;

- 45,1% dos estudantes afirmaram que fazem uso de bebidas alcoólicas (51,7% dos meninos e 40,6% das meninas), 54,3% que não fazem uso; 95,2% não usam drogas injetáveis e 0,3% referem fazer uso; 65,8% referem fazer uso do álcool antes da relação sexual; 14,5% do álcool e maconha; 9,2% da maconha; dos estudantes que referiram já ter utilizado álcool ou drogas antes da relação sexual, 68,4% a 77,6% não concordam com o uso dessas substâncias; dos estudantes que já tiveram relação sexual 83,3% afirmaram que nunca tiveram relação sexual sem camisinha com usuário de droga injetável; 6,2% que já tiveram e 7,2% que não sabem;

- 62,5% dos estudantes declararam que não têm plano ou seguro saúde ou convênio médico e 31,1% que possuem; dos que possuem 83,9% pagam de forma particular (eles próprios ou família) e 13,4% pelo empregador ou patrão; 60,6% dos estudantes utilizam recursos da saúde pública como o pronto socorro e os postos de saúde; 43,3% dos estudantes responderam que os recursos materiais são suficientes; 30,3% não sabem e 22,8% responderam que não são suficientes; 38,1% dos estudantes responderam

que os recursos humanos são suficientes; 28,6% que não são e 29,4% não sabem; 77,8% referem que os serviços de saúde estão em locais de fácil acesso; 14,2% referem que não e 5,8% não sabem.

- 45,3% dos estudantes trabalham; 25,8% estão desempregados e 25,5% nunca trabalharam; 45,5% começaram a trabalhar entre os 12 e 15 anos; 13,1% com 16 anos e mais; 8,3% entre 8 e 11 anos; quanto à ocupação, 30,8% dos estudantes são trabalhadores do comércio; 28,8% trabalham com turismo, dos estudantes que estão trabalhando atualmente 63,3% ganham entre 1 e 2 SM; 25,8% das famílias dos estudantes têm renda mensal entre 1 a 4 SM; 20,0% não informaram a renda; 9,4% entre 10 e 14 SM; 8,3% recebem 20 SM ou mais e 7,5% entre 15 e 19 SM; 43,2% dos estudantes residem com 3 a 4 pessoas; 17,0% com uma pessoa; 15,0% com duas pessoas; 11,4% com 5 pessoas; quanto ao parentesco, 46,1% moram com pai e mãe; dos 64,7% estudantes que moram com pai e/ou mãe, 72,0% trabalham; 96,7% dos estudantes residem em casa; 78,8% residem em casa própria; 12,8% alugada; 5,8% cedida.

- os estudantes citaram como as pessoas escolhidas para conversarem sobre HIV/Aids: os amigos (70,8%); a mãe (54,4%); o (a) namorado (a) (43,9%); os irmãos (40,3%); os professores (30,6%); o pai (29,7%); o profissional da saúde (17,5%); não conversam com ninguém (6,4%); o padre ou pastor (4,2%); outras pessoas (4,2%); a esposa ou companheira (2,5%); 50,3% responderam seguir o que essas pessoas dizem; 30,8% seguem às

vezes e 12,8% não seguem; 70,8% citaram a televisão como fonte de informação considerada mais importante na formação do conhecimento atual sobre a doença; 65,6% jornais, revistas e livros; 48,1% amigos, colegas de escola ou de trabalho; 42,8% a mãe; 42,5% os professores; 33,6% os profissionais da saúde; 27,8% o pai; 20,8% programa de rádio;

- quanto ao tipo de religião: 63,6% dos estudantes são católicos; 16,1% são evangélicos; 5,4% são espíritas; 42,8% dos estudantes concordam e praticam quase tudo que prega sua religião; 26,1% concordam mas não praticam nada; 14,7% concordam e praticam tudo; 7,5% discordam e não praticam nada;

- e que o modelo PRECEDE de GREEN; KREUTER (1991), é efetivo para a avaliação dos fatores que predisõem, possibilitam e reforçam grupos específicos, a vivenciar situações de risco para a Aids, sendo de fundamental importância para a construção de programas preventivos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando estudante da graduação, sempre me questionei sobre o porquê das pessoas contraírem doenças que são preventivas. No desenvolvimento da minha profissão, como enfermeira assistencial, por três anos, em um hospital geral, este questionamento foi crescendo, pois convivia diariamente com pacientes portadores de várias patologias.

Ao cuidar de pacientes portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), percebi que tão importante quanto cuidar do doente era prevenir esta doença. O interesse maior foi centralizado nos jovens, mais precisamente nos adolescentes, pois estes foram indiretamente os incentivadores para o desenvolvimento desse estudo.

Fazer um diagnóstico da situação em que se pretende intervir é fundamental para construção de programas preventivos.

A prevenção da epidemia da Aids no local e população estudada deve levar em consideração o **diagnóstico social** representado aqui pelo interesse das diretoras, do pessoal das secretarias, de alguns professores consultados e da comunidade de estudantes em participar de um programa preventivo em Aids; o **diagnóstico epidemiológico**, realizado pela verificação dos dados publicados pela UNAIDS, pelo Ministério da Saúde, pela Coordenação Nacional de DST/Aids, entre outras e o **diagnóstico ambiental e comportamental** que aponta para o fato de os adolescentes estarem iniciando a vida sexual cada vez mais precocemente e serem, em razão de sua vulnerabilidade, alvo certo para o uso de drogas.

Percebe-se, neste estudo, que a população alvo está exposta aos fatores de risco para a Aids, pois uma grande parte possui dúvidas ou tem conhecimentos errôneos sobre os modos de transmissão do HIV, não se considera em situação de risco, mas pensa que conhece bem e está atenta à Aids. A maioria possui crenças positivas sobre a prevenção da doença, porém seus valores ainda estão arraigados a uma cultura de desigualdade entre os sexos, o que prejudica a prevenção.

Desse modo, entendemos que é primordial a orientação sexual nas escolas, desde o ensino fundamental até o final do ensino médio, transmitindo informações corretas a respeito das DST/Aids, chamando atenção e esclarecendo o que a mídia, principalmente a televisiva informa, a fim de evitar interpretações errôneas. É fundamental, também, que as escolas façam pesquisas tanto quantitativas quanto qualitativas, sobre o comportamento sexual dos adolescentes, no sentido de aprofundar o conhecimento dos jovens e a partir daí, darem início a um programa de prevenção, intervindo no combate à epidemia da Aids, onde todos os membros da escola - diretoria, secretarias, pais, professores e os alunos - sejam participantes ativos, pois...

*“Quando tudo está perdido  
Sempre existe um caminho  
Quando tudo está perdido  
Sempre existe uma luz...”*

*Renato Russo*

**ANEXOS**

**Anexo A**

Peruíbe Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome da (o) Diretora (o) : \_\_\_\_\_

Nome da Escola : \_\_\_\_\_

Quantos são os docentes do segundo grau ? \_\_\_\_\_

Quantos são os alunos matriculados ? \_\_\_\_\_

Os docentes recebem algum tipo de programa de prevenção de doenças para ensinar os alunos ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Quais docentes recebem esse programa ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qual é o programa ? \_\_\_\_\_

Existe interesse da escola e dos professores em participar de um estudo da EEUSP (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo) para qualificação de uma tese de mestrado ?  
\_\_\_\_\_Existe a possibilidade de ter um único dia para aplicar o instrumento ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_A escola está tendo algum tipo de problema relacionado com drogas, doenças, gravidez na adolescência, políticas de ensino ou qualquer outro problema que a senhora (o ) considere importante relatar ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anexo B**

Peruíbe, 01 de Dezembro de 1.998.

Ex.ma. Sra.

Prof.a. Dra.

DD. Diretora

Senhora Diretora,

Como projeto de pesquisa inserido no Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), pretendo desenvolver uma investigação sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em Perúibe.

Para tanto, necessito aplicar um questionário aos alunos do ensino médio (1º, 2º e 3º séries), a fim de caracterizar o perfil sócio - econômico e identificar: conhecimentos, crenças, valores e atitudes em relação a AIDS.

Para a consecução do projeto, necessitamos da colaboração de V.Ex.a., no sentido de permitir a aplicação do referido instrumento junto aos alunos da sua escola, no mês de Fevereiro de 1.999.

Cumpre-me salientar que a aplicação deverá ser em grupo, requerendo um tempo máximo de 30 minutos.

Contando com a aquiescência de V. Ex.a., e no aguardo de seu pronunciamento, antecipadamente agradeço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Paolo Meneghin  
Orientador

---

Luciane Ferreira do Val  
Orientanda

## Anexo C



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
COORDENADORIA DE ENSINO DO INTERIOR  
DELEGACIA DE ENSINO DE ITANHAÉM  
E.E.S.G. "CARMEN MIRANDA"

Av. Profª Terezinha R. Kalil, 1221, Jardim. Brasil- Peruíbe - São Paulo - CEP 11.750  
Fone/Fax (013) 455-1144

**A U T O R I Z A Ç Ã O**

Eu, Profª Marizia da Silva Braga, R.G. 4.564.124, MEC. Nº 9707993, diretora da Escola Estadual "Carmen Miranda", autorizo a aluna Luciane Ferreira do Val, R.G. 22.136.263-0, a comparecer nesta Unidade Escolar para aplicar questionário com os alunos do Ensino Médio, a fim de caracterizar o perfil e identificar: conhecimentos, crenças, valores e atitudes em relação a AIDS.

Peruíbe, 11 de dezembro de 1998.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'mBraga'.

*Marizia da Silva Braga*  
R.G. 04.564.124  
Diretor de Escola

## Anexo D

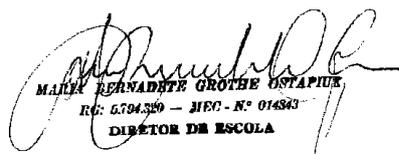
**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO**

**COORDENADORIA DE ENSINO DO INTERIOR**  
D. E. Itanhaém  
E. E. P. S. G. "Prof.º Ottoniel Junqueira"  
Rua Alfredo Gomes, 185 - Centro, Tel. 455-1720  
Peruíbe / SP - CEP 11750-000

**A U T O R I Z A Ç Ã O**

Eu , Prof.ª Maria Bernadete Grothe Ostapiuk, R.G. 5.794.320, MEC. Nº 014843, diretora da Escola Estadual "Prof. Ottoniel Junqueira", autorizo a aluna Luciane Ferreira do Val, R.G. 22.136.263-0, a comparecer nesta Unidade Escolar para aplicar questionário com os alunos do Ensino Médio, a fim de caracterizar o perfil e identificar: conhecimentos, crenças, valores e atitudes em relação a AIDS.

Peruíbe, 21 de janeiro de 1.999.

  
MARIA BERNADETE GROTHE OSTAPIUK  
RG: 5.794.320 - MEC - Nº 014843  
DIRETORA DA ESCOLA

**Anexo E****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO (S) PAI (S) OU  
RESPONSÁVEL (IS) OU ALUNOS MAIORES DE 18 ANOS**

Prezado Pai (s) ou responsável (is) ou alunos maiores de 18 anos :

Meu nome é Luciane Ferreira do Val. Estou desenvolvendo um estudo com alunos do ensino médio sobre a Aids. A finalidade é conhecer o que pensam hoje os jovens sobre a Aids para contribuir com a elaboração de programas preventivos. Para tanto, será aplicado um questionário, onde não é preciso colocar o nome.

Todos os dados obtidos através do questionário, serão mantidos em sigilo, e será assegurada a privacidade dos alunos que participarem do estudo.

Os (as) senhores (as) têm a liberdade de não querer que seus (suas) filhos (as) respondam ao questionário, e os alunos também têm o direito de não participarem do estudo sem nenhum tipo de prejuízo. Se for esse o caso, é só devolver a carta em branco.

**Estando esclarecido (a) sobre a finalidade do estudo, por favor assine logo abaixo.**

**Eu, \_\_\_\_\_, declaro**  
**(nome do pai/mãe ou responsável ou aluno maior de 18 anos)**

**Estar ciente dos objetivos da pesquisa e permito que meu filho (a) responda ao questionário ou como aluno maior de 18 anos aceito em responder ao questionário.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
dia      mês      ano

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Luciane Ferreira do Val  
mestranda - EEUSP

## Anexo F

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3066-7503 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: ee@edu.usp.br

São Paulo, 15 de abril de 1999.

Ilma. Sra.  
**LUCIANE FERREIRA DO VAL**Ref.: Processo nº 05/99

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “*Identificação dos fatores determinantes para transmissão da AIDS, entre estudantes do ensino médio do Município de Perulbe*”, informamos que o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende as exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Margareth Angelo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

**Anexo G**

Peruíbe, 21 de Janeiro de 1998.

Prezado estudante:

Venho solicitar sua preciosa colaboração, no teste prévio do questionário destinado a estudantes do ensino médio, para caracterizar o perfil sócio - econômico e identificar: conhecimentos, crenças, valores e atitudes em relação a Aids. Esse estudo tem por finalidade, subsidiar programas preventivos, de acordo com a realidade apresentada pelos próprios alunos das escolas da rede estadual de ensino.

Para tanto, peço que responda ao questionário anexo e, em folha à parte, anote qualquer falha observada, mencionando o respectivo número da questão. Assim:

- comente, apresentando possíveis críticas e sugestões;
- destaque as questões mais importantes, a seu ver;
- aponte as questões julgadas supérfluas, que poderiam ser eliminadas;
- acrescente aspectos que, a seu ver, foram omitidos;
- evidencie as questões difíceis de serem entendidas.

A sua opinião é muito importante e, sem dúvida, se constituirá em valiosa contribuição para o aperfeiçoamento do questionário.

Agradecendo antecipadamente a sua colaboração, apresento meus cordiais cumprimentos.

**Luciane Ferreira do Val**  
**mestranda - EEUSP**

**Anexo H****INSTRUÇÕES :**

Prezado (a) aluno (a)

Sou aluna do curso de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

Como projeto de mestrado, tenho interesse em caracterizar o perfil sócio - econômico dos estudantes do ensino médio e identificar conhecimento, crenças, valores e atitudes em relação a Aids.

A seguir estão algumas perguntas que poderão auxiliar-me neste estudo. A melhor resposta para cada uma das perguntas, é o que realmente acontece na sua vida, pois esta é uma forma de conhecer melhor o comportamento dos jovens e ajudá-los no combate a essa epidemia da Aids. Então peço que seja bastante sincero em suas respostas.

**Você não precisa colocar seu nome no questionário**, garantindo o sigilo do mesmo.

Por favor, responda sempre o que de fato você faz ou como faz, e não o que acha certo fazer ou gostaria de fazer e não consulte o colega.

Sua cooperação é muito importante.

**Para responder ao questionário:**

- Responda a todas as questões, por favor, não deixe nenhuma sem responder, a não ser quando orientado a pular partes do questionário.
- Assinale com um X no local que corresponder a sua resposta.
- Responda as perguntas na ordem, leia a questão inteira antes de responder.
- Ignore os números que estão entre ( ), são apenas para me auxiliar no banco de dados.

**Obrigada pela colaboração.**

**Anexo I**  
**PARTE I**

- 1) Data de **nascimento** : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (1)
- 2) Qual o seu sexo ?
- ( ) masculino (1)                      ( ) feminino (2)
- 3) Qual é a sua cor ?
- ( ) Branca (1)  
( ) Negra/ Mulata (2)  
( ) Amarela (3)  
( ) outra: \_\_\_\_\_ (4)
- 4) Qual é seu estado conjugal ? **(não conta o papel e sim a situação real)**
- ( ) solteiro (a) (1)  
( ) casado (a) / amigado (a) (2)  
( ) divorciado (a) ou separado (a) (3)  
( ) viúvo (a) (4)
- 5) Você trabalha ?
- ( ) sim (1)  
( ) estou desempregado (a) (2)  
( ) estou de licença médica/afastado (a) (3)  
( ) nunca trabalhei (5) **(pule para questão 9)**  
( ) outro (s) motivo (s): \_\_\_\_\_ (4)
- 6) Com que idade você começou a trabalhar ?  
\_\_\_\_\_ anos completos (1)
- (Apenas responda as questões 8 e 9 se você estiver trabalhando)**
- 7) Que trabalho você faz atualmente ?  
\_\_\_\_\_ (1)
- 8) Quanto você ganha por mês em reais ?
- ( ) até R\$ 130,00 (1)  
( ) de R\$ 131,00 a 260,00 (2)  
( ) de R\$ 261,00 a 390,00 (3)  
( ) de R\$ 391,00 a 520,00 (4)  
( ) de R\$ 521,00 a 650,00 (5)  
( ) de R\$ 651,00 ou mais (6)
- 9) Qual é a **renda mensal total** familiar ? **(em reais, some junto a sua renda se tiver e a da família)**  
R \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

10) Enumerar as pessoas que moram na casa com você:

Pessoas	Idade (anos ou meses)	Sexo	Parentesco	Que trabalho faz ?	
1					(1)
2					(2)
3					(3)
4					(4)
5					(5)
6					(6)
7					(7)
8					(8)

11) Que tipo de residência você mora ?

- ( ) casa (1)  
 ( ) apartamento (2)  
 ( ) barraco (3)  
 ( ) cortiço (4)  
 ( ) outro: \_\_\_\_\_ (5)

12) A residência onde mora é:

- ( ) própria (1)  
 ( ) alugada (2)  
 ( ) cedida (3)  
 ( ) invadida (4)  
 ( ) não sei (5)  
 ( ) outro: \_\_\_\_\_ (6)

## **PARTE II**

13) Você já teve alguma aula ou palestra na escola sobre AIDS ?

- ( ) sim (1)                      ( ) não (2)

14) Você sabe como o vírus da AIDS se transmite ? (**dê apenas uma resposta**)

- ( ) sim (1)                      ( ) não (2)                      ( ) tenho dúvidas (3)

15) Você sabe como colocar e retirar a camisinha corretamente ? (**dê apenas uma resposta**)

- ( ) sim (1)                      ( ) não (2)                      ( ) tenho dúvidas (3)

16) Assinale com um X cada item abaixo se você considera seguro, não seguro ou tenho dúvidas sobre as seguintes práticas sexuais: (**Responda mesmo que você nunca tenha tido relação sexual**):

	<b>Seguro</b>	<b>Não seguro</b>	<b>Tenho dúvidas</b>	
A- Penetração vaginal com camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1)
B- Penetração vaginal sem camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2)
C- Sexo oral com camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3)
D- Sexo oral sem camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4)
E- Sexo anal com camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5)
F- Sexo anal sem camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6)
G- Masturbação mútua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7)

17) Abaixo estão algumas afirmações sobre as maneiras pelas quais uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da AIDS. **(Responda uma por uma cada questão com um X sobre o quadrado correspondente, se você acha Verdadeiro, Falso ou Não Sei, se não sabe a resposta).**

	Verdadeiro	Falso	Não sei	
A- A transmissão da AIDS pode ocorrer com o compartilhamento de agulhas e seringas de usuários de drogas injetáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1)
B- A transmissão da AIDS pode ocorrer através da mãe contaminada para o feto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2)
C- A transmissão da AIDS pode ocorrer estudando com pessoa contaminada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3)
D- É possível reconhecer a pessoa portadora da AIDS por sua aparência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4)
E- Uma pessoa com AIDS pode parecer saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5)
F- A transmissão da AIDS pode ocorrer com o uso comum de piscinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6)
G- É possível a transmissão da AIDS através da picada de insetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7)
H- A transmissão da AIDS pode ocorrer tendo relação sexual com parceiro (a) contaminado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(8)
I- A transmissão da AIDS <b>não</b> ocorre em assentos de ônibus ou privadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(9)
J- A transmissão da AIDS pode ocorrer por relação sexual (sexo vaginal ou anal) com usuário de droga injetável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(10)
K- O uso de banheiros, copos, talheres ou toalhas, após sua utilização por um portador da AIDS, implica em risco de transmissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(11)
L- O <b>ato de doar sangue</b> pode contaminar com o vírus da AIDS quem está doando sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(12)
M- A transmissão da AIDS pode ocorrer por aperto de mão, abraço ou beijo no rosto de pessoa contaminada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(13)
N- A transmissão da AIDS <b>não</b> ocorre usando drogas injetáveis com <b>seringas descartáveis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(14)

18) Eu acredito que: **(responda um por um cada item com um X no quadrado correspondente):**

	Sim	Não	Tenho dúvidas	
A- Não adianta fazer nada se é destino da pessoa ter AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1)
B- Qualquer pessoa está arriscada a pegar a AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2)
C- A AIDS é uma doença muito perigosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3)
D- Ter sorte evita a AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4)
E- O único modo de evitar a AIDS é ter fé em Deus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5)
F- A camisinha usada corretamente evita a AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6)

19) Se você tivesse relação sexual (sexo vaginal ou anal), sem camisinha, com uma pessoa que você conhece bem, teria medo de pegar AIDS ? **(dê apenas uma resposta)**

- ( ) teria muito medo (1)  
 ( ) teria medo (2)  
 ( ) teria pouco medo (3)  
 ( ) não teria medo (4)  
 ( ) não sei (5)

20) Assinale com um X no quadrado correspondente se você concorda, discorda, ou tenho dúvida em cada afirmação abaixo **(responda mesmo que você nunca tenha tido relação sexual).**

	Concordo	Discordo	Tenho Dúvidas	
A- Eu não posso pegar AIDS mesmo fazendo sexo sem camisinha porque só mantenho relações sexuais com pessoas seguras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1)
B- Eu posso pegar AIDS se não usar camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2)
C- Eu posso pegar AIDS se não uso camisinha com meu namorado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3)
D- Eu não posso pegar AIDS, mesmo se não uso camisinha, porque escolho meus parceiros (as) cuidadosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4)
E- Eu posso pegar AIDS tão facilmente quanto qualquer outra pessoa se mantenho relações sexuais sem camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5)
F- A maioria de meus amigos (as) <b>sempre usa</b> camisinha quando mantém relações sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6)
G- A AIDS fez com que a maioria de meus amigos (as) se tornassem muito cuidadosos na escolha de parceiros (as) sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7)

**Continuação.** Assinale com um X no quadrado correspondente se você concorda, discorda, ou tenho dúvida em cada afirmação abaixo (**responda mesmo que você nunca tenha tido relação sexual**).

	Concordo	Discordo	Tenho Dúvidas	
H- A maioria de meus amigos (as) acredita que ter poucos parceiros (as) sexuais é importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(8)
I- A maioria de meus amigos (as) acredita que é importante falar a respeito de AIDS e uso de camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(9)
J- A maioria de meus amigos (as) discute a respeito de AIDS e uso de camisinha com seus parceiros sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(10)
K- A maioria de meus amigos (as) pensa que usar camisinha é um “pé-no-saco”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(11)
L- A maioria de meus amigos(as) acredita que <b>não é</b> necessário usar camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(12)

21) Você alguma vez você já teve relação sexual (sexo vaginal ou anal) ?

( ) sim (1)                      ( ) não (2) (**caso não pule para questão 26**)

22) Uns dizem que os jovens tem relação sexual cada dia mais cedo, outros dizem que os jovens estão demorando mais. **Com quantos anos você teve sua primeira relação sexual** (sexo vaginal ou anal)?

\_\_\_ \_\_\_ anos completos (1)

23) Nos últimos 30 dias você teve relação sexual (sexo vaginal ou anal)?

( ) sim. Quantas vezes ? \_\_\_ \_\_\_ (**total em números**) (1)  
( ) não (2)

24) Você usa camisinha quando têm relações sexuais (sexo anal ou vaginal) ?

( ) todas as vezes (1)                      ( ) algumas vezes (2)                      ( ) nunca uso (3)

25) Alguma vez você já usou algo para evitar a AIDS ? (**responda um por um cada item com um X sobre o quadrado correspondente**)

	SIM	NÃO	
Camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1)
Diafragma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2)
Espuma, geléia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3)
Ducha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4)
Gozar fora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5)
Pílula anticoncepcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6)
Outro ( <b>especifique</b> ): _____			(7)

26) Para evitar a AIDS, qual o grau de importância que você dá a: **(responda com um X, uma a uma todas as questões, mesmo que você nunca tenha tido relação sexual).**

	muito importante	importante	pouco importante	sem importância	não sei	
I- fidelidade do homem	<input type="checkbox"/>	(1)				
II- fidelidade da mulher	<input type="checkbox"/>	(2)				
III- virgindade do homem	<input type="checkbox"/>	(3)				
IV- virgindade da mulher	<input type="checkbox"/>	(4)				
V- abstinência* do homem	<input type="checkbox"/>	(5)				
VI- abstinência* da mulher	<input type="checkbox"/>	(6)				

(\*Abstinência aqui significa não ter relação sexual).

27) A AIDS tem tido um grande destaque na Mídia. Gostaria de saber qual sua atitude frente à doença. **(dê apenas uma resposta).**

- ( ) acompanho atentamente o assunto (notícias, livros, folhetos) e procuro discuti-lo com outras pessoas (1)
- ( ) acompanho irregularmente o assunto, geralmente quando surge algum fato marcante (2)
- ( ) apenas converso sobre o assunto com amigos (3)
- ( ) nunca pensei no assunto (4)
- ( ) a AIDS não existe (5)

28) Assinale com um X, se você não teria vergonha, se teria vergonha ou não sei se teria vergonha em cada uma das situações abaixo. **(responda cada item com um X sobre o quadrado correspondente, mesmo que você nunca tenha tido relação sexual).**

	Não teria vergonha	teria vergonha	não sei se teria vergonha	
A- Carregar camisinha no bolso (bolsa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1)
B- Pedir uma camisinha emprestado a um amigo (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2)
C- Ir a uma farmácia e comprar camisinhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3)
D- Dizer a um namorado(a) firme que você não quer fazer sexo sem camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4)
E- Dizer a um namorado(a) com quem você queira manter relação sexual que você quer usar camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5)
F- Recusar manter relações sexuais com seu namorado(a) se ele(a) não quiser usar camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6)
G- Dizer a um namorado(a) casual que você não quer fazer sexo sem camisinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7)

29) Você ingere bebidas alcoólicas ?

sim (1)                       não (2)

30) Você já usou drogas injetáveis ?

sim. Qual (is) ? \_\_\_\_\_ (1)

não (2) **(caso não pule para questão 34)**

31) Você já compartilhou a mesma seringa/agulha, com outra (s) pessoa (s) ao usar droga injetável ?

sim (1)                       não (2)

32) Você lava seringas e agulhas antes de reutilizá-las ?

sim (1)                       não (2) **(caso não pule para questão 34)**

33) O que você utiliza para lavá-las:

água (1)

água fervendo (2)

álcool (3)

cândida/cloro (4)

não compartilho (5)

outro (s): \_\_\_\_\_ (6)

34) Você já usou algumas dessas drogas antes de ter relação sexual ? **(pode responder mais de um item se quiser):**

álcool (1)

maconha (2)

cocaína (3)

crack (4)

LSD (5)

heroína (6)

outra (s): \_\_\_\_\_ (7)

nunca usei drogas (8) **(pule para questão 36)**

nunca tive relação sexual (9) **(pule para questão 37)**

35) Por favor marque um X no quadrado correspondente se você discorda, concorda ou indiferente em cada afirmativa abaixo **(Responda apenas se usou alguma droga descrita na questão anterior e se já teve relação sexual):**

	Discordo	Concordo	Indiferente	
A- gosto de beber álcool (ou usar drogas) antes de fazer sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1)
B- sexo é mais divertido se fico "alto" com o álcool ou drogas antes de praticá-lo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2)
C- é mais fácil começar uma relação sexual com alguém se bebi alguns drinks ou usei drogas antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3)

**Continuação.** Por favor marque um X no quadrado correspondente se você discorda, concorda ou indiferente em cada afirmativa abaixo (**Responda apenas se usou alguma droga descrita na questão anterior e se já teve relação sexual**):

	Discordo	Concordo	Indiferente	
D- eu relaxo muito mais facilmente fazendo sexo se tiver bebido ou usado drogas antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4)
E- é mais fácil ter uma conversa íntima com meu parceiro (a) sexual se tiver bebido ou usado drogas antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5)
F- eu prefiro fazer sexo quando bebi ou usei drogas antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6)
G- eu acho sexo mais excitante após beber ou usar drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7)

36) Você alguma vez teve relação sexual (sexo anal ou vaginal), sem camisinha, com um homem ou uma mulher, que usa drogas injetáveis?

( ) sim (1)      ( ) não (2)      ( ) não sei (3)

37) Você possui algum plano de saúde, seguro saúde ou convênio médico ?

( ) sim (1)                      ( ) não (2) (**caso não pule para a questão 39**)

38) Se possui é pago ?

( ) particular (1)  
 ( ) pelo empregador/patrão (2)  
 ( ) outro modo: \_\_\_\_\_ (3)

39) Você utiliza algum recurso da **saúde pública** ?

( ) posto de saúde (1)  
 ( ) hospital (2)  
 ( ) pronto socorro (3)  
 ( ) não utilizo (4)  
 ( ) outro: \_\_\_\_\_ (5)

40) O (s) local (is) que você utiliza tem recursos materiais suficientes (salas para atendimento, remédios, roupas de cama, seringas, etc. ) ? (**dê apenas uma resposta**)

( ) sim (1)                      ( ) não (2)                      ( ) não sei (3)

41) O (s) local (is) que você utiliza tem recursos humanos suficientes (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, auxiliares de enfermagem, técnico de RX, etc.) ? (**dê apenas uma resposta**)

( ) sim (1)                      ( ) não (2)                      ( ) não sei (3)

42) O serviço de saúde que você utiliza está em local de fácil acesso ? **(dê apenas uma resposta)**

- sim (1)                       não (2)                       não sei (3)

43) Você conversa sobre HIV/AIDS com alguma (s) dessas pessoas ? **(pode responder mais de um item se quiser).**

- mãe (1)                       marido / companheiro (7)  
 pai (2)                       professor (a) (8)  
 irmãos (3)                       padre/pastor (9)  
 namorado (a) (4)                       profissional da saúde (10)  
 amigo (a) (5)                       não conversa (11)  
 esposa / companheira (6)                       outro (a) pessoa: \_\_\_\_\_ (12)

44) A opinião dele (a) (s) (as) tem “peso” para você, seguindo o que ele (a) (s) (as) te dizem ? **(dê apenas uma resposta)**

- sim (1)                       não (2)                       as vezes (3)

45) Assinale qual (s) fonte (s) de informação (ões) sobre AIDS, você considera ter (em) sido importante (s) para formação do seu conhecimento atual sobre a doença: **(pode responder mais de um item se quiser)**

- amigos e colegas de escola ou trabalho (1)  
 professor (s) (2)  
 mãe (3)  
 pai (4)  
 programa de televisão (5)  
 programa de rádio (6)  
 jornais, revistas e livros (7)  
 disque AIDS (informação por telefone) (8)  
 profissional da saúde (9)  
 outra (s): \_\_\_\_\_ (10)

46) Como você avalia o seus conhecimentos sobre AIDS ? **(dê apenas uma resposta)**

- conheço muito bem o assunto (1)  
 conheço bem assunto (2)  
 conheço pouco o assunto (3)  
 conheço muito mal o assunto (4)  
 não conheço nada sobre o assunto (5)

47) Qual o risco de você próprio pegar a AIDS ? **(dê apenas uma resposta)**

- nenhum risco (1)  
 pequeno risco (2)  
 risco moderado (3)  
 risco alto (4)  
 não sei (5)

48) Qual a sua religião ? **(dê apenas uma resposta)**

- Católica (1)                       Espírita (5)  
 Protestante (2)                       Muçulmana (6)  
 Evangélica (3)                       Nenhuma (7)  
 Judaica (4)                       Outra: \_\_\_\_\_ (8)

49) Você concorda ou não com o que prega a sua religião ? **(dê apenas uma resposta)**

- ( ) concordo e pratico tudo (1)  
 ( ) concordo e pratico quase tudo (2)  
 ( ) concordo mais não pratico nada (3)  
 ( ) discordo mais pratico tudo (4)  
 ( ) discordo mais pratico quase tudo (5)  
 ( ) discordo e não pratico nada (6)

**(PARA AS MOÇAS RESPONDEREM)**

50) Na hora da relação sexual, você pediria para o seu parceiro usar a camisinha ? **(dê uma ou mais respostas com um X, mesmo que você nunca tenha tido relação sexual)**

- Sim pediria porque:  
 ( ) não confio nele (1)  
 ( ) não quero engravidar (2)  
 ( ) não quero pegar AIDS (3)  
 ( ) não quero pegar outras doenças venéreas (4)
- Não pediria porque:  
 ( ) confio nele (1)  
 ( ) teria vergonha de pedir (2)  
 ( ) teria medo de magoá-lo (3)  
 ( ) teria medo de perdê-lo (4)  
 ( ) ele se recusaria a usar (5)  
 ( ) ele poderia pensar mal de mim (6)  
 ( ) ele se sentiria incomodado (7)  
 ( ) estragaria o momento (8)

**(PARA OS RAPAZES RESPONDEREM)**

51) Na hora da relação sexual, se a mulher pedisse para você usar camisinha, o que você pensaria? **(responda uma por uma todas as questões com um X sobre o quadrado correspondente, mesmo que você nunca tenha tido relação sexual)**

	Sim	Não	Não tenho opinião	
Será que ela :				
I- está doente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1)
II- acha que eu estou doente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2)
III- não quer engravidar ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3)
IV- pede para todos usarem, ou é só comigo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(4)
V- acha que todos devem usar ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5)
VI- acha que isso é comum ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6)

Utilize este espaço se você quiser fazer algum comentário.

---



---



---

Hora de término : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Muito Obrigada

**Anexo J****COMENTÁRIOS DOS ESTUDANTES**

- 2 - “ adorei esta pesquisa. Espero que todos vocês aí da Universidade consigam os seus objetivos e que nos ajudem a termos mais palestras nas escolas sobre esse assunto. Boa sorte para vocês”.
- 4 - “ achei interessante e legal esse teste. Mas deveria ter mais pessoas para explicar essa doença, para que nós ficássemos sempre bem informados”.
- 10 - “ gostei de responder está perguntas é uma idéia muito bem bolada. Parabéns”.
- 12 - “ eu achei muito interessante as perguntas, é bom que nós adolescentes, ficaremos mais um apar sobre o assunto”.
- 14 - “ se todos os pais fossem mais compreensivos sobre sexo, haveria menos casos de AIDS e gravidez na adolescência (ao contrário do que eles pensam) ”.
- 17 - “ achei ótimo este questionário e gostaria que fossem feitas palestras nas escolas, explicando mais detalhes”.
- 20 - “ o assunto AIDS deveria ser debatido nos colégios, pois ainda tem gente que tem muitas dúvidas”.
- 21 - “ achei legal responder, pois muita gente precisa abrir a cabeça para esse tipo de assunto”.
- 22 - “ não respondi a pergunta 49 porque não tenho religião”.
- 24 - “ gostei deviam fazer isto mais vezes”.
- 29 - “ achei muito interessante e legal as perguntas mas mesmo sabendo que a aids e perigosa eu sempre tenta na sorte”.
- 32 - “ gostaria que nas escolas tivesse Educação Sexual porque tem muitos alunos que não entende nada sobre sexo seguro”.

- 33 - “eu acho que é muito importante para saber se as pessoas estão bem informado.  
Acho que deveria fazer mais palestra nas escolas”.
- 34 - “só tive um namorado até hoje, e não pretendo troca-lo tão cedo”.
- 38 - “respondi todas só para dizer que o unico remedio que conheço para a AIDS é  
DEUS nosso salvador”.
- 44 - “adorei este projeto que vocês fizeram, e isto ajuda as pessoas a pensarem mais  
antes de cometerem bobagens”.
- 46 - “pega aids quem quiser pois imprena a virada do milenio todos teviamos de ser  
responsaveis sobre o assunto”.
- 50 - “respondi todas as perguntas como se a minha preferênci a sexual fosse por  
homem, mas sou homosexual e gostaria de saber mais e ter respondido algo à  
minha atual posição e preferênci a sexual (Homosexualismo feminino c/ os riscos  
de aids)”.
- 62 - “as pessoas que ainda transa sem camisinha passa a usar porque é muito bom e  
também você esta se conservando e vocês jovens diga não as drogas e procura  
uma igreja”.
- 66 - “gostei muito de responder este questionario mas so não sei se está tudo de  
acordo o que penso”.
- 69 - “acho importante está pesquisa , e gostaria de ficar sabendo o resultado dela”.
- 70 - “é muito bom vocês do governo terem feito está prova para que nos ficassemos  
mais atento a aids”.
- 71 - “espero que tenha ajudado na sua pesquisa”.
- 77 - “adorei o seu trabalho”.
- 78 - “a AIDS esta em todo lugar por isso não seja boba use sempre camisinha”.

- 79** - “só acho que todos devem se prevenir por que a doença da Aids (HIV) está em todos os lugares você pode perder sua juventude por apenas algumas horas de prazer então se previna”.
- 84** - “gostei muito de responder este questionarios. Vocês deviam fazer sempre com assuntos diferentes por exemplo:gravideis na adolescencia, seria legal”.
- 91** - “espero que todos usem camisinha, tanto o homem ou a mulher, tomar muito cuidado com seringas e não usarem drogas”.
- 92** - “o mundo é sujo e cheio de defeitos, porém quem pensa um pouquinho melhor, sem se misturar com essa podridão, vive feliz. Sem AIDS. obrigado”
- 93** - “gostaria que você avaliasse os testes e que depois vinhesse fazer uma palestra”.
- 94** - “gostei muito das perguntas, eu acho que vocês tem que fazer mais vezes”.
- 95** - “a Aids ainda não tem cura infelizmente só controle mas será que não existe já esta cura tão sonhada? Sim porque se existir vai prejudicar muita gente laboratórios, empresas de preservativos e principalmente fabricantes de coquiteis e outros remédios que movimentam uma grana alta em cima disso”.
- 96** - “se cuidar e se prevenir é a melhor iniciativa para evitar a AIDS e algumas doenças a mais”.
- 97** - “sou solteira te nho um filho, não deu certo meu relacionamento com o pai dele, por isso estou bem quetinha no meu conto a 9 meses, quando encontrar alguém com certeza, por + que eu confie nele irei usar camisinha!!!”
- 100** - “na n. 49 vocês perguntam sobre o rico de pegar Aids, posso estar errada, mas confio em meu marido, não sei se corro risco ou não, mas o n. de aids estão em mulheres com parceiros firmes!! Obtive esta informação na revista Veja”.

- 101** - “eu gostei muito dessa idéia de ter feito este teste e acho muito bom tudo isso, também seria legal se vocês pudessem fazer em? à testes e palestras”.
- 103** - “há um programa chamado MTV ERÓTICA que ensina bastante a respeito da AIDS”.
- 105** - “a juventude de hoje em dia pensa que sexo é modo de mostrar aos outros que já é gente. só que não sabem que o sexo é uma coisa muito importante pois pode trazer muitos problemas sendo estes irreversíveis causando-lhes danos que podem compromete-los pelo resto da vida. Envolvendo muitas pessoas e causando-lhes muito sofrimento e além disso as doenças, muitos pensam que é só a aids que mata, mas estão completamente enganados. E é por essa falta de consciencia que muitos rodam”.
- 106** - “poderia haver mais pesquisas sobre aids e tantas outras doenças sexualmente transmissíveis, principalmente para os adolescente, pois as mulheres engravidam jovens demais”.
- 108** - “a AIDS é a maior praga do mundo hoje”.
- 112** - “e muito bom saber sobre a Aids. porque o jovens estão muito pouco informado”.
- 113** - “achei ridiculo vocês colocarem Deus no meio. Para mim cada ser humano é responsável por sua saúde. Deus é Deus e ele merece todo o nosso RESPEITO!”.
- 117** - “use sempre camisinha e previna -se”.
- 118** - “gostei do texte. Acho que as perguntas foram formuladas para adolescentes inibidos em responder - questionário do tipo -, deveria haver perguntas mais bem elaboradas e diretas”.
- 127** - “na nona questão é dois mil reais + -“.

- 135 - “gostei é muito legal este questionário deveria existir mais pessoas que fizesse isto mais vezes”.
- 150 - “a não utilização de drogas injetáveis e o uso de camisinha são de extrema importância para o bem estar social. O desuso da camisinha só deve partir entre parceiros que tenham feito exame de Aids...”.
- 156 - “use sempre a camisinha, um modo de você se divertir e aproveitar a vida com cuidado”.
- 165 - “acho interessante este tipo de pesquisa, e acho que deveria ter muito mais, e gostaria de sempre saber algo novo dessa peste que vem perturbando varios casais”.
- 169 - “em minha opinião a melhor prevenção contra a aids é a conscientização dos seres humanos”.
- 171 - “precisamos de mais informação”.
- 172 - “falem mais sobre como pegar Aids nas escolas por exemplo”.
- 175 - “Isso é muito bom para nos alertar sobre o perigo que é a Aids, gostaria que continuasse.”
- 176 - “eu achei muito legal e educativo, e se tiver repostas incorretas venha nos dar mais explicação. Obrigado por tudo e desculpa por alguma coisa”.
- 180 - “queria que vocês viessem na escola fazerem palestras sobre o assunto”.
- 181 - “eu acho muito legal o que vocês estão fazendo dando este questionário”.
- 182 - “este questionário é realmente prático e bem estruturado. Parabéns”.
- 190 - “eu acho otimo terem pessoas pesquisando sobre sexo por escolas, por que à pessoas que não sabem nada sobre essa coisa maravilhosa”.
- 195 - “não use drogas e deixe o amor ser seu único vício”.

- 206 - “deveriam ter mais recursos nas escolas sobre isto a AIDS, para termos mais segurança porque nem todo mundo sabe”.
- 207 - “na questão 20 eu errei me desculpe e parabéns pelo trabalho”.
- 209 - “adorei as perguntas. São muito boas, mesmo”.
- 211 - “a única coisa que eu não esquece, e sei que é para o meu próprio bem é que a prevenção é o único remédio contra a Aids”.
- 212 - “algumas não sei o que faço pois nunca tive relação sexual”.
- 218 - “uso da camisinha é muito importante para as pessoas”.
- 223 - “porque nesses formulario de questo vocês pedem para não por o nome”.
- 224 - “pode ter a certeza de que os jovens não estão dando a mínima em observações de alguns. É triste que eles pensam assim. Eu particularmente me importo muito, pois tenho dois filhos”.
- 229 - “gostei muito de fazer este relatorio para me informar mais sobre a AIDS”.
- 230 - “achei super interessante este trabalho de vocês, só assim se tem uma noção do que os jovens pensam sobre “Sexo” e “Aids”.
- 238 - “sobre o questionário muito bom e descontraído. Aids precisamos de + informações na escola”.
- 242 - “prá mim relações é de pois do casamento, antes disso as pessoas tem que ser sinceras e dizer ou contar sobre si para o companheiro”.
- 244 - “transei com minha tia (da hora né)”.
- 245 - “eu acho que esse preconceito que existe em relação à AIDS tem como principal influência à mídia que banaliza a sexualidade. e a educação espontânea, que nem sempre se encontra na infância”.

- 246 - “você está de parabéns eu acho que é muito importante o uso da camisinha, e falar sobre a AIDS”.
- 248 - “acho ótimo esse tipo de trabalho nas escolas, mas acho que deveria ter mais”.
- 253 - “ eu acho muito importante este tipo de pesquisa é bom para aumentar e por em prática nossos conhecimentos”.
- 255 - “achei as perguntas interessantes”.
- 256 - “eu acho que todos nós estamos arriscados a pegar aids e por isso temos que tomar todos os cuidados possíveis”.
- 258 - “gostei do questionário. Espero que isto tenha um bom resultado”.
- 259 - “eu adorei esse questionário e acho que a melhor maneira de evitar a aids e não tendo relações sexuais ou ter com a pessoa que realmente você conhece e confia”.
- 262 - “acho que vocês deveriam manter a gente mais informado sobre estes assuntos. Dar uma palestra, por exemplo. Acho que iria ajudar muita gente, pois nem todos sabem”.
- 267 - “ a maioria das pessoas ainda são muito mal informada sobre doenças sexualmente transmissíveis”.
- 268 - “AIDS ESSA PÔRRA MATA!”.
- 273 - “acho muito importante e legal este trabalho que vocês passam para nós alunos. obrigado”.
- 276 - “adorei esse jeito de vocês se comunicar com os jovens. Uma boa forma de se abrir com os jovens”.
- 277 - “conheço rasoavelmente porque tenho familiar e amigos (2 pelo menos) que tem AIDS e procuro estudar sobre isto para estar junto a eles”.

- 280** - “gostei das perguntas, ajuda as pessoas a compreender mais e se a pessoa fica em dúvida ela se sente na obrigação de se informar mais sobre o assunto”.
- 283** - “esse provão foi maravilhoso, isso foi para avaliar o aluno na questão da AIDS que é muito importante”.
- 284** - “tem perguntas que não tem sentido!!!”.
- 286** - “eu acho que deveria haver mais palestras nas escolas, comentários a respeito não só de AIDS como de drogas”.
- 287** - “eu achei importante este questionário e agradeço por ter escolhido a nossa sala. Obrigado.”
- 288** - “AIDS não tem cura se previna -se”.
- 299** - “use sempre a camisinha, principalmente se você é daquele tipo de pessoas que gosta de viver de casinhos ou aventuras. A Aids mata”.
- 308** - “é bom saber que existem pessoas interessadas em um tema desses, além das bundas, que aparecem 24 horas na televisão”.
- 311** - “as questões foram de bom aproveitamento Seria muito bom se todos pudessem ter essa oportunidade”.
- 313** - “falar sobre doenças transmissíveis é muito importante”.
- 314** - “há vários meios de comunicação orientando sobre a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, mas falta recursos para os que já estão contaminados se tratar”.
- 315** - “no mundo em que vivemos cheio de drogas e doenças é necessário sempre se prevenir e usar camisinha”.
- 316** - “gostei muito do questionário, vocês da USP sempre tem se preocupado com essas doenças continue assim”.

- 320** - “muito importante passarem estes assunto em todas as escola, bairro, etc.”.
- 322** - “achei legal fazerem esse projeto para saberem como os jovem estão por dentro sobre como se pega Aids e como se prevenir”.
- 323** - “gostei das perguntas”
- 324** - “ eu acho que a escola tambem poderia ser usada mais em relação as doenças sexualmente transmisiveis e a aids. Pois lá esta o grande fluxo de jovens e praticantes”.
- 326** - “ na resposta 50 eu não pediria pois confio nele mas eu acho que sexo seguro somente de camisinha pois eu acho que nem com exame de nupcias da pra não usar”.
- 331** - “gostei das perguntas”.
- 338** - “ acho que isso é muito importante porque eu vejo por ai amigas minhas de barrigas, outras com aids se eles tivessem tomado alguns cuidados jamais eles estariam nessa situação”.
- 341** - “prevenção hoje é adiar um dia a mais de vida”.
- 345** - “eu acho que aqui tem muita coisa que não tem nada haver”.
- 347** - “Aids, o fim do mundo”.
- 349** - “eu achava que nunca iria ver uma pessoa que conhecesse com AIDS, á pouco tempo fiquei sabendo de um ex - namorado (á 12 anos atrás) fui visita-lo e até agora não me conformo, tento dar atenção, porque ninguém vai visitá-lo. Depois disso resolvi me interessar mais e tomar mais cuidado”.
- 350** - “as questões são muito bem elaboradas, mais se parecem muito só muda a formulação como são colocadas”.

**353** - “muito boa as perguntas e espero que todos responderam sinceramente o que pensam”.

**360** - “eu particularmente acho que a aids é um assunto muito importante para se debate entre pessoas”.

**Anexo K****Lei No. 8.069, de 13 de julho de 1990.**

Dispõe sobre o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**LIVRO I****PARTE GERAL****TÍTULO I****DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1<sup>o</sup> - Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.

Art. 2<sup>o</sup> - Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Parágrafo único - Nos casos expressos em Lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte um anos de idade.

Art. 3<sup>o</sup> - A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 4<sup>o</sup> - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único - A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Art. 5<sup>o</sup> - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma e negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma de lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 6<sup>o</sup> - Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais e que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAIR, E.B.G. A epidemiologia da infecção pelo HIV em Santos. In: PARKER, R. et al. (org.). **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. cap. 3, p. 68-90.
- AMATO NETO, V.; BALDY, J. L. da S.; SILVA, L. J. da. **Imunizações**. 3. ed. São Paulo, Sarvier, 1991. p. 197-8: Vacina contra a AIDS.
- AMATO NETO, V. et al.. **AIDS na prática médica**. São Paulo, Sarvier, 1996a. p. 1: Introdução.
- \_\_\_\_\_. **AIDS na prática médica**. São Paulo, Sarvier, 1996b. p. 2-7: Etiologia.
- \_\_\_\_\_. **AIDS na prática médica**. São Paulo, Sarvier, 1996c. p. 8-25: Epidemiologia.
- AYRES, J. R. de C. M. **Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. São Paulo, Casa de Edição, 1996.
- BARBOSA, R. H. S. As mulheres, a aids e a questão metodológica: desafios. In: CZERESNIA, D. et al. (org.). **Aids pesquisa social e educação**. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1995. p. 65-83.
- BASTOS, F. I. et al.. O não-dito da AIDS. **Cad.Saúde Públ.**, v. 9, n. 1, p. 90-6, 1993.
- BASTOS, C. et al.. Introdução. In: PARKER, R. et al. (org.). **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. cap. 1, p.13-56.

BASTOS, F.I.; BARCELLOS, C. Geografia social da AIDS no Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v. 29, n. 1, p.52-62, 1995.

BEMFAM. **Pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem:** Rio de Janeiro, Curitiba e Recife. 1989/90. Rio de Janeiro, 1992.

BERER, M.; RAY, S. **Mulheres e HIV/AIDS.** São Paulo, Brasiliense, 1997. cap.7, p. 167-82: Transmissão sexual do HIV.

BÉRIA, J. U. et al.. Epidemiologia das relações sexuais e do uso de preservativo em adolescentes escolares em um centro urbano no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1996.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. 23. a 36. Semanas Epidemiológicas. Brasília, v.13, n. 2, jul./set. 2000a. [online] Disponível na Internet: <<http://www.aids.gov.br/site/tabela1.htm>> (14 fev. 2001)

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. 23. a 36. Semanas Epidemiológicas. Brasília, v.13, n.2. jul./set. 2000b. [online] Disponível na Internet: <<http://www.aids.gov.br/site/tabela2.htm>> (14 fev. 2001)

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. 23. a 36. Semanas Epidemiológicas. Brasília, v.13, n.2. jul./set. 2000c. [online] Disponível na Internet: <<http://www.aids.gov.br/site/tabela3.htm>> (14 fev. 2001)

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. 23. a 36. Semanas Epidemiológicas. Brasília, v.13, n.2. jul./set. 2000d. [online] Disponível na Internet: <<http://www.aids.gov.br/site/tabela12.htm>> (14 fev. 2001)

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. 23. a 36. Semanas Epidemiológicas. Brasília, v.13, n.2. jul./set. 2000e. [online] Disponível na Internet: <<http://www.aids.gov.br/site/tabela9.htm>> (15 fev. 2001)

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. 23. a 36. Semanas Epidemiológicas. Brasília, v. 13, n.2. jul./set. 2000f. [online] Disponível na Internet: <<http://www.aids.gov.br/site/tabela10.htm>> (15 fev. 2001)

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. 23. a 36. Semanas Epidemiológicas. Brasília, v.13, n.2. jul./set. 2000g. [online] Disponível na Internet: <<http://www.aids.gov.br/site/tabela4.htm>> (15 fev. 2001)

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. 23. a 36. Semanas Epidemiológicas. Brasília, v.13, n.2. jul./set. 2000h. [online] Disponível na Internet: <<http://www.aids.gov.br/site/tabela%2014.htm>> (15 fev. 2001)

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. 23. a 36. Semanas Epidemiológicas. Brasília, v. 13, n.2. jul./set. 2000i. [online] Disponível na Internet: <<http://www.aids.gov.br/site/tabela15.htm>> (15 fev. 2001)

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. 23. a 36. Semanas Epidemiológicas. Brasília, v. 13, n.2. jul./set. 2000j. [online] Disponível na Internet: <<http://www.aids.gov.br/site/tabela8.htm>> (15 fev. 2001)

BRASIL. Ministério da saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Política do Ministério da Saúde na área de drogas**. Brasília, 1996. /Mimeografado/

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Lei de Diretrizes e Bases da Educação. LDB. [online] Disponível na Internet: <<http://www.prolei.cibec.inep.gov.br>> (14 mar. 2001).

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Cad. Ética Pesq.**, v. 1, n. 1, p. 34-42, 1998.

- BRINK, P. J.; WOOD, M. J. **Advanced design in nursing research**. Newbury Park, SAGE, 1989. cap. 6, p. 123-40: Descriptive designs.
- BROWN, L. K.; DICLEMENTE, R. J.; PARK T. Predictors of condom use in sexually active adolescents. **J. Adolesc. Health**. v.13, n. 8, p. 651-7. 1992.
- BRUYN, M. de.(org.) **Intersección de riesgos a la salud: el embarazo no deseado, el aborto em condiciones de riesgo y el SIDA entre las adolescentes**. Chapel Hill, IPAS, s. d. /Mimeografado/.
- BRUYN, M. de. Terminología relacionada a la salud reproductiva y el género. In: *Women-centred and gender -sensitive experiences:.. changing our perspectives, policies and programmes on women' s health in Asia and the Pacific, A health resource kit, Asia - Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROW)*. Kuala Lumpur, Malaysia, 1996.
- BUCHER, R. O usuário de drogas injetáveis na política preventiva ao HIV/Aids. In: CZERESNIA, D. et al. (org.). **Aids pesquisa social e educação**. São Paulo, Hucitec/Abrasco. 1995. p. 147-66.
- CABRAL, A.; NICK, E. **Dicionário técnico de psicologia**. São Paulo, Cultrix, 1974.
- CARLINI, E. A.; COTRIM, B. C.; SILVA FILHO, A. R. S. **Sugestões para programas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil**. São Paulo, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, s. d. a, cap.4, p. 11-5: O consumo global de drogas psicotrópicas por alguns seguimentos da nossa população

\_\_\_\_\_. **Sugestões para programas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil.** São Paulo, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, s. d. b, cap.5, p. 16-20: Drogas psicotrópicas mais consumidas no Brasil.

\_\_\_\_\_. **Sugestões para programas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil.** São Paulo, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, s. d. c, cap.6, p. 21-4: Idade, sexo e uso de drogas.

CARVALHO, M.M de. **Caminhos e descaminhos percorridos por estudantes do 3º ano do ensino médio e portadores do vírus HIV, com relação às informações preventivas a respeito da AIDS.** São Paulo, 1997. 140 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo.

CAVASIN, S. Gravidez na adolescência: um outro enfoque. **Pediatr. Mod.** v. 32, n. 1, p. 84-7. 1996.

CEBRID. Departamento de Psicologia. UNIFESP. **Maconha e THC.** São Paulo, s.d. a /Folder/

\_\_\_\_\_ Departamento de Psicologia. UNIFESP. **Bebidas Alcoólicas.** São Paulo, s.d. b /Folder/

\_\_\_\_\_. Departamento de Psicologia. UNIFESP. **Solventes ou Inalantes.** São Paulo, s.d. c /Folder/

\_\_\_\_\_. Departamento de Psicologia. UNIFESP. **Xaropes e Gotas para Tosse.** São Paulo, s.d. d /Folder/

\_\_\_\_\_. Departamento de Psicologia. UNIFESP. **Perturbadores Sintéticos**. São Paulo, s.d. e /Folder/

\_\_\_\_\_. Departamento de Psicologia. UNIFESP. **Ópio e Morfina**. São Paulo, s.d. f /Folder/

\_\_\_\_\_. Departamento de Psicologia. UNIFESP. **Cocaína**. São Paulo, s.d. g /Folder/

\_\_\_\_\_. Departamento de Psicologia. UNIFESP. **Anfetaminas**. São Paulo, s.d. h /Folder/

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. HIV Instruction and selected HIV-risk behaviors among high school students-United States. **JAMA**, v. 268, n. 22, p. 3184, 1992.

CHIPKEVITCH, E. **Puberdade e adolescência**: aspectos biológicos, clínicos e psicossociais. São Paulo, Roca. 1995a. cap. 6, p. 101-10: Fatores que influenciam a puberdade.

\_\_\_\_\_. **Puberdade e adolescência**: aspectos biológicos, clínicos e psicossociais. São Paulo, Roca, 1995b. cap. 33, p. 587-98: AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis.

\_\_\_\_\_. **Puberdade e adolescência**: aspectos biológicos, clínicos e psicossociais. São Paulo, Roca, 1995c. cap. 7, p. 111-61: Adolescência e puberdade: a dimensão psicossocial.

CBO. Classificação Brasileira de Ocupações. [online] Disponível na Internet: <[http:// www.mte.gov.br/](http://www.mte.gov.br/)> (6 jul. 2000).

- CORDEIRO, R. G. F. **Conhecimentos, crenças, opiniões e conduta em relação a AIDS de estudantes do segundo grau de escolas estaduais do município de São Paulo. 1993.** São Paulo, 1994. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- COSTA, R. P. da. **Os 11 sexos:** as múltiplas faces da sexualidade humana. 3.ed. São Paulo, Gente,1994.
- DANTAS, S. et al. Prevenção – arte – educação. In: ENCONTRO NACIONAL DE EDUCADORES NA PREVENÇÃO DA AIDS, 4., São Paulo, 2000. **Anais.** São Paulo, Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS – APTA, 2000.
- DICLEMENTE, R.J. et al.. African-American adolescents residing in high-risk urban environments do use condoms: correlates and predictors of condom use among adolescents in public housing developments. **Pediatrics**, v. 98, n. 2, p. 269-78. 1996.
- DORIN, E. et al. **Dicionário de psicologia.** São Paulo, Melhoramentos, 1978.
- FARHAT, A S. P. et. al. Grupo MIDDA - multiplicadores de informações sobre drogas, DST/HIV/AIDS: um trabalho voluntário de alunos de 2º grau. In: ENCONTRO NACIONAL DE EDUCADORES NA PREVENÇÃO DA AIDS, 4., São Paulo, 2000. **Anais.** São Paulo, Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS – APTA, 2000.
- FERREIRA, A. B. de H. **Minidicionário da língua portuguesa.** 3. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1993.
- FERRIANI, M. das G. C. **A inserção do enfermeiro na saúde escolar.** São Paulo, Edusp, 1991.

FORATTINI, O. P. **Conceituação geral:** ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo, Edusp, 1992a. cap. 12, p. 263-74: Ecologia da doença.

\_\_\_\_\_. **Conceituação geral:** ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo, Edusp, 1992b. cap. 15, p. 315-52: Determinantes sociais.

\_\_\_\_\_. **Conceituação geral:** ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo, Edusp, 1992c. cap. 18, p. 399-421: Descrição e análise.

FRUET, M. S. B. **Adolescência sexualidade e Aids.** Campinas, 1995. 113p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

GALLO, R. **Caça ao vírus:** Aids-câncer e retrovírus humano. São Paulo, Siciliano, 1994. cap. 11, p. 207-17: O processo da patente do teste da Aids: rivalidade e resolução.

GALVÃO, J. As respostas religiosas frente à epidemia de HIV/Aids no Brasil. In: PARKER, R. (org.) **Políticas, Instituições e Aids:** enfrentando a Aids no Brasil. Rio de Janeiro, ABIA/Jorge Zahar, 1997. p. 109-34.

GERMANO, M. I. S. **Ações de promoção da saúde relacionadas a prevenção da AIDS em unidades do sistema estadual de ensino de São Paulo.** 1998. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

- GIL, A. C. **AIDS**: percepção de risco pessoal e conduta sexual preventiva de estudantes universitários da Grande São Paulo. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- GIR, E. **Práticas sexuais e a infecção pelo HIV**: um estudo sobre crenças entre universitários de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, São Paulo, 1994. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- GONZALEZ de ARTEAGA, M. D.; SZCZEDRIN, W. Adolescência y anticoncepcion: conocimiento, actitud y practica. **Rev. Obstet. Ginecol Venezuela**, v. 47, n. 3, p. 124-08, 1987.
- GONÇALVES, I. et al. CTA/COAS nas escolas. In: ENCONTRO NACIONAL DE EDUCADORES NA PREVENÇÃO DA AIDS, 4., São Paulo, 2000. **Anais**. São Paulo, Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS – APTA, 2000.
- GONÇALVES, R. de S.: Entre o pensar e o agir: a vulnerabilidade dos adolescentes a gravidez, às DST e a AIDS. In: ENCONTRO NACIONAL DE EDUCADORES NA PREVENÇÃO DA AIDS, 4., São Paulo, 2000. **Anais**. São Paulo, Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS – APTA, 2000.
- GOODRICH, J. et al. Using condom data to assess the impact of HIV/AIDS preventive interventions. **Health Educ. Rev.** v. 13, n. 2, p. 267-74, 1998.
- GRANGEIRO, A. O perfil socioeconômico dos casos de AIDS da cidade de São Paulo. In: PARKER, R. et al. (org.) **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. cap. 4, p. 91-125.

GREEN, L. W. et al. **Health education planning: a diagnostic approach.** Palo Alto, Mayfield. 1980. p. 3-17. Health education today and the PRECEDE Framework.

GREEN, L.W.; KREUTER, M. W. **Health promotion planning an education and environmental approach.** 2. ed. Mountain View, Mayfield, 1991.

GUYTON, A. C. **Fisiologia humana.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988. cap. 12. p. 498-503. Sistemas reprodutivos masculino e feminino e seus hormônios.

HASS, A. **Sexualidade na adolescência:** um estudo do comportamento sexual dos adolescentes. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979. cap.6. p. 106-128: Masturbação.

HAYES, C. D. (ed.) **Risking the future:** adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing. Washington, Nacional Academic Press, 1987. cap.4. p.95-121: Determinants of adolescent sexual behavior and decision making.

HENRÍQUEZ, M.E. et al. Crisis de adolescencia. **Cuadernos Médico – Sociales.** vol. 25. n. 3. p.93-9,1984.

HOLMES, K. K.; DELAY, P. R.; COHEN, M. S. Controle das DST: uma prioridade de saúde pública. In: DALLABETTA, G.; LAGA M.; LAMPTEY, P. (org.) **Controle de doenças sexualmente transmissíveis:** manual de planejamento e coordenação de programas. São Paulo, AIDSCAP, 1997. p. 5-3.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Censo 2000. Resultados Preliminares. [online] Disponível na Internet: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/tab1.shtm> (15 fev. 2001a).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resumo por assunto: religião. [online] Disponível na Internet: <http://www.sidra.ibge.gov.br> (15 fev. 2001b).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais mínimos: aspectos demográficos. [online] Disponível na Internet: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99/coment99.shtm> (10 jan. 2001c).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais mínimos: educação e condições de vida. [online] Disponível na Internet: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condicaodvida/indicadoresmininos/tabela3.shtm> (19 fev. 2001d).

KOLLER, E.M.P. et. al. Intervenção comportamental com os calouros da UNIVALI para prevenção das DST/HIV/AIDS. In: ENCONTRO NACIONAL DE EDUCADORES NA PREVENÇÃO DA AIDS, 4., São Paulo, 2000. **Anais**. São Paulo, Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS – APTA, 2000.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo. Martins Fontes, 1993.

LELAND, N.L.; BARTH, R.P. Gender differences in knowledge, intentions, and behaviors concerning pregnancy and sexually transmitted disease prevention among adolescents. **J. Adoles Health**, v. 13, n. 7, p. 589-99, 1992.

LOPEZ, I. Fraquezas do país deixam mais forte o HIV. **Rev. Probl. Bras.** n. 327, p. 4-12, 1998.

MATIDA, A. Controle da AIDS: dados e limitações. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS comunicação e sociedade**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ / CICT, 1992. p. 12-15.

MENEGHIN, P. Aids: assistência de enfermagem e revisão de literatura. **Rev. Paul. Enf.**, v.6, n.3, p.99-107, 1986

\_\_\_\_\_. **O enfermeiro construindo e avaliando ações educativas na prevenção da AIDS**. São Paulo, 1993. 144p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_. Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da AIDS: o espectro do desespero contemporâneo. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.3, p.399-415. 1996.

MENEGHIN, P.;STEFANELLI, M.C. **Aids**: mass media and health education. Apresentado ao First International Conference on Community Health Nursing Research. Alberta, Canadá, 1993.

MESQUITA, F.C. HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis: a experiência do Brasil. In: CZERESNIA, D. et al. (org.). **Aids pesquisa social e educação**. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1995. p. 137-146.

MOLINA, R. et al. Nível de conocimientos y practica de sexualidad en adolescentes. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.** v. 51, n. 3, p. 293-302. 1986.

- MOYNIHAN, M. Respostas emocionais a la pandemia del SIDA. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção del SIDA mediante el fomento de la salud**: cuestiones delicadas. Ginebra, 1992. p. 3-8.
- MULLER, R. C. L.; BARROS FILHO, A. de A. B. Considerações e reflexões sobre a atenção à saúde do adolescente. **Rev. Bras. Saúde Esc.** n. 4, p. 31-40, 1996.
- OLIVEIRA, M.A.F.C. Comunicação educativa do enfermeiro na promoção da saúde sexual do escolar. **Rev. Lat. Am. Enf.** v. 5, n. 3, p. 71-81, 1997.
- OLIVEIRA, M. W. de; MATSUMOTO, R. K.; MONTRONE, A. V. G.; Agentes educacionais adolescentes e sua atuação na comunidade. In: ENCONTRO NACIONAL DE EDUCADORES NA PREVENÇÃO DA AIDS, 4., São Paulo, 2000. **Anais.** São Paulo, Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS – APTA, 2000.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. **La salud en las Américas.** Washington, 1998. V. 1, p.77-147.
- PAIVA, V. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R. et al. (org.) **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. cap. 8, p. 232-50.
- \_\_\_\_\_. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: PARKER, R e BARBOSA, R. M. **Sexualidades brasileiras.** Rio de Janeiro, Relume - Dumará, 1996. p. 213-34.

PALÁCIO SANCHEZ, S. E. **Gênero e sexualidade**: um estudo em adolescentes nos centros educativos de segundo grau, Cajamarca, Peru, 1996. São Paulo, 1997. 128p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

PARKER, R. **A construção da solidariedade**: Aids, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994a.p. 17-20: Introdução.

\_\_\_\_\_. **A construção da solidariedade**: Aids, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994b.cap. 2, p. 51-53: Políticas invertidas AIDS e homossexualidade.

\_\_\_\_\_. **A construção da solidariedade**: Aids, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994c.cap. 6, p. 103-15: O impacto da discriminação: educação sobre Aids no Brasil.

\_\_\_\_\_. Sexo entre homens: consciência da Aids e comportamento sexual entre homens homossexuais e bissexuais no Brasil. In: PARKER, R. et al. (org.) **A AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994d. cap.5, p.129-49.

PEREIRA, R.C. et al.. Programa de saúde escolar do município de Petrópolis. **Rev. Bras. Saúde Es.**, v. 2, n. 3 / 4, p. 175-7, 1992.

PERUÍBE. Boletim Oficial do Município. Ano II, n. 34, jan. 2000a.

PERUÍBE. Departamento Municipal de Saúde. **Perfil municipal de saúde**. Peruíbe, 2000b.

PERUÍBE. Departamento Municipal de Educação. **Cadastro de escolas e entidades**. Peruíbe, 2000c.

PHILIPPI, M. L. dos S.; MALAVASSI, M. E.; ARONE, E. M. **Enfermagem em doenças transmissíveis**. São Paulo, Senac, 1994. p.125.

PLOTKIN, S.A. et al.. Adolescents and human immunodeficiency virus infection: the role of the pediatrician in prevention and intervention. **Pediatrics**, v. 92, n. 4, p. 626-30, 1993.

RADHAKRISHNA, A . M. A .; GRINGLE R.; GREENSLADE, F. Triple amenaza para las adolescentes: embarazo no deseado, VHI/SIDA y aborto inseguro. **Rev. Mujer Salud**, p. 3-13, Fev.1997.

REPORT on the global HIV / AIDS epidemic: UNAIDS Global HIV/AIDS and STD surveillance WHO. [online] Disponível na Internet: <<http://www.us.unaids.org/highband/document/epidemioreport97.html>> (24 Maio 98).

RIBEIRO, E.C. Notas para um debate. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS comunicação e sociedade**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ / CICT, 1992. p. 16-8.

ROCHA, J.A. et al.. Adolescência e saúde: inquérito entre 5.223 adolescentes de 10 a 20 anos de idade matriculados em colégios públicos e privados da cidade do Recife. **Pediatria**, São Paulo. v. 4, n. 2, p. 139-44, 1982.

ROSO, A. R.; GUÉ, R. M.; NORA, S. M. As campanhas de prevenção da AIDS na mídia televisiva - um estudo sobre a campanha Bráulio (versão apelidos). **Saúde Deb.**, n. 52, p. 7-17, 1996.

RUMO a um novo mundo: a vida sexual e reprodutiva de mulheres jovens. [online] Disponível na Internet::<[http://www.agi-usa.org./pubs/new\\_world\\_port.html](http://www.agi-usa.org./pubs/new_world_port.html). > (16 Fev. 1999).

SÃO PAULO (Estado). Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo. **Estatuto da criança e do adolescente**. São Paulo, IMESP, 1990. p. 3.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Perfil municipal de saúde**. São Paulo, Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE, 1999.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas. In: CZERESNIA, D. et al. (org.). **Aids pesquisa social e educação**. São Paulo, Hucitec/Abrasco. 1995. p. 84-105.

SCHOR, E. **Adolescência e anticoncepção-conhecimento e uso**. São Paulo, 1995. 214p. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SILVA, C. L. C. da. ONGs / AIDS, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. **Cad.Saúde Públ.**, v. 14, n. 2, p. 129-39, 1998.

SILVA, P. C.; SILVEIRA, F. P. R. A. Conhecimentos, crenças, opiniões e conduta em relação a Aids de um grupo de jovens de 15 a 26 anos do município de Guarulhos. In: ENCONTRO NACIONAL DE EDUCADORES NA PREVENÇÃO DA AIDS, 4., São Paulo, 2000. **Anais**. São Paulo, Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS – APTA, 2000.

SILVA, Y. F. et al. Saúde e Sexualidade: mapeamento sobre os conhecimentos e comportamentos de risco entre universitários. In: ENCONTRO NACIONAL DE EDUCADORES NA PREVENÇÃO DA AIDS, 4., São Paulo, 2000. **Anais**. São Paulo, Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS – APTA, 2000.

SMITH, W. A. ; DEBUS, M. La función de las investigaciones cualitativas en la prevención del SIDA. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção del SIDA mediante el fomento de la salud:** cuestiones delicadas. Ginebra, 1992, p. 21-6.

SOARES, C. B. **Adolescência, drogas e AIDS:** avaliando a prevenção e levantando necessidades. São Paulo, 1997. 284 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo.

SOUZA, H. A AIDS terá cura: uma autocrítica pública. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS comunicação e sociedade.** Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ CICT, 1992. p. 8-11.

TAKAHASHI, R.F.; SHIMA, H.; SOUZA, M. Mulher e AIDS: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais. **Rev. Lat.-Am. Enf.**, v.6, n. 5, p.59-65, 1998.

TEMPORINI, E. R. **Prevenção da AIDS:** percepção e conduta sexual de estudantes universitários no estado de São Paulo. São Paulo, 1995. 160 p. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

TILSLEY, L. A saúde sexual e os adolescentes. **Nursing.** n. 4. p.32-34, 1998.

TOLEDO, A. B. A. et al. Projeto de Prevenção DST/HIV DA E.E.E.M. Conde José Vicente de Azevedo. In: ENCONTRO NACIONAL DE EDUCADORES NA PREVENÇÃO DA AIDS, 4., São Paulo, 2000. **Anais.** São Paulo, Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS – APTA, 2000.

UNAIDS report on the global HIV/AIDS epidemic - December 2000 estimates of the HIV/AIDS epidemic as of end 2000. [online] Disponível na Internet: <<http://www.unaids.org/wac/2000/wad00/files/wad2000Master.ppt>> (14 Fev.2001).

VARELLA, D.; ESCALEIRA, N. ; VARELLA, F. **AIDS hoje**. 2. ed. São Paulo, CERED, 1989.

VAUGHAN, J. P.; MORROW R. H. **Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento de Distritos Sanitários**. São Paulo, Hucitec, 1992. cap. 14, p. 143-54: ABC de termos e definições.

WALTER, H.J. et al.. Factors associated with AIDS risk behaviors among high school students in an AIDS epicenter. **Am. J. Public Health**. v. 82, n. 4, p. 528-32, 1992.

WEINTRAUB, M. **Sexualidade & drogas**. São Paulo, Siciliano, 1995.

WITT, A. **Metodologia de pesquisa**. questionário e formulário. 2. ed. São Paulo, Resenha Tributária, 1973.