

Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil

Determinant factors of knowledge, attitudes and practices regarding STD/AIDS and viral hepatitis among youths aged 18 to 29 years in Brazil

Miguel Barbosa Fontes¹
Rodrigo Campos Crivelaro¹
Alice Margini Scartezini²
David Duarte Lima³
Alexandre de Araújo Garcia⁴
Rafael Tsuyoshi Fujioka¹

Abstract *The scope of this study was to evaluate the vulnerability of Brazilian youths to STDs/HIV&AIDS and Viral Hepatitis. Interviews were conducted with 1,208 youths aged 18 to 29 in 15 states and the Federal District. The regional and national adjusted margin of error of the research was 2.8%. The study was approved by the School of Medicine of Brasilia University with support from PAHO and the Ministry of Health. A scale with 35 questions (knowledge, attitudes and practices) was the main dependent variable. Adjusted linear regression models identified the demographic and social determinant factors that explain scale variations. The scale attained a satisfactory level of consistency (Cronbach's Alpha: 0.689). Socio-demographic factors associated to scale variations include gender, race, education and civil status. Social determinants associated to scale variations include frequency of discussions about sexuality with parents and health professionals, alcohol consumption, leisure and being part of a social movement, access to the internet, interest in learning and having the father and/or teacher as a personal reference. Brazilian youths are vulnerable to the transmission of STDs/HIV&AIDS. Public policies are needed to promote the engagement of parents and teachers in issues related to sexuality. Key words Brazilian youths, STDs/ HIV&AIDS, Social determinants, Vulnerability*

Resumo *O objetivo deste estudo foi avaliar a vulnerabilidade dos jovens brasileiros às DSTs/Hiv Aids e Hepatites Virais. Foram entrevistados 1.208 jovens (18 e 29 anos em 15 Estados e DF). A margem de erro da pesquisa ponderada regional e nacionalmente foi 2,8%. O estudo foi aprovado pelo CEP da Faculdade de Medicina da UnB e teve apoio da OPAS e do Ministério da Saúde. Escala com 35 questões (-35 a +35 pontos) de conhecimentos, atitudes e práticas em DSTs/Hiv Aids e Hepatites Virais foi utilizada como variável dependente. Modelos de regressão linear ajustados identificaram fatores demográficos e determinantes sociais que explicam a variação na escala. A escala atingiu nível satisfatório de consistência (Alfa Cronbach: 0,689). Fatores sociodemográficos associados à variação na escala foram: gênero, etnia, escolaridade e estado civil. Determinantes sociais associadas à variação na escala foram: hábito de conversar sobre sexualidade com pais e profissionais de saúde, consumo de álcool, ter lazer e ser engajado, acesso à internet, interesse em aprender e ter pai e/ou professor como referência pessoal. Os jovens brasileiros estão vulneráveis à transmissão de DSTs/Hiv Aids. São necessárias políticas públicas que promovam engajamento dos pais e professores em assuntos sobre sexualidade. Palavras-chave Jovens brasileiros, DSTs/Hiv Aids, Determinantes sociais, Vulnerabilidade*

¹ JSB Ltda. Avaliação e Pesquisa. SCN Quadra 01/Bl. E/202, Ed. Central Park. 70711-903 Brasília DF Brasil.

² Instituto Caixa Seguradora. Brasília DF Brasil.

³ Área de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

⁴ Opinião Consultoria. Brasília DF Brasil.

Introdução

De cada 10 brasileiros, quatro têm entre 15 e 29 anos. Ao todo, são 50 milhões de jovens¹. Para este segmento, segundo estudo realizado pela Unesco², o principal desafio na questão das DST/AIDS é modificar o comportamento, considerando os aspectos afetivos e de privacidade já enraizados às normas socioculturais. Por outro lado, a juventude é um dos períodos mais intensos e ricos da vida, convidando à experimentação e ao amadurecimento. Justamente por isso é uma fase delicada no que diz respeito à infecção por doenças, especialmente as sexualmente transmissíveis.

Uma pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP), realizada pelo Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde³ mostrou avanços, mas deixou claro os espaços onde os comportamentos em relação às DST/AIDS precisam evoluir. Em relação aos avanços, o relatório da pesquisa indica que “o investimento na implementação de ações nos serviços de saúde e nas escolas e o apoio ao trabalho das ONG têm sido fundamentais para o alcance e a manutenção dos altos níveis de conhecimento da população”.

Entretanto, uma importante lacuna são estratégias que fortaleçam a proteção informada de indivíduos sexualmente ativos de acordo com suas condições de risco e vulnerabilidade. O estudo mostra que apenas 30,7% dos jovens de 15 a 24 anos entrevistados utilizaram preservativos em todas as relações sexuais com parceiros fixos, e apenas 49,6% do segmento usou camisinha em todas as relações sexuais com parceiros casuais, no último ano relativo ao estudo.

Ainda segundo o Ministério da Saúde⁴, há tendência de crescimento de infecções pelo HIV nesse público. Depois do pico de registros verificado na década de 90, a incidência da doença caiu, especialmente no público feminino. Mas, de 2007 para cá esse número voltou a subir, alcançando 44,35 registros para cada grupo de 100 mil habitantes, somados homens e mulheres entre 20 e 29 anos.

Tais dados são indicativos de um cenário ainda inquietante. Os jovens, apesar de usarem preservativos em maior nível que segmentos de idade mais avançada, ainda não incorporaram sua utilização de forma regular, mostrando a vulnerabilidade no que tange ao comportamento sexual e a outras determinantes socioeconômicas.

Assim, é importante proporcionar e desenvolver estudos que permitam aos pesquisadores e gestores de políticas públicas e investimentos so-

ciais traçarem estratégias específicas, sólidas e de longo prazo para a transformação dos comportamentos dos jovens. É preciso construir caminhos que permitam aos mesmos incorporar o uso de preservativos de forma prazerosa a seu estilo de vida.

Além disso, os jovens têm enfrentado grandes mudanças sociodemográficas e epidemiológicas ao longo dos últimos 20 anos⁵. Ao passo que há queda nas taxas de fertilidade dos países, há também uma maior disponibilidade de métodos anticoncepcionais, preservativos e educação sexual. Em outras palavras, o aumento das taxas de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez na adolescência, e a maior disponibilidade de produtos de saúde reprodutiva, parecem estar correlacionados de maneira limitada.

Uma das principais razões desta associação aparentemente limitada é o fato de que as respostas tecnológicas para estes problemas parecem não ser suficientes para promover uma mudança duradoura de comportamento, especialmente para o sexo sem proteção. A mudança de comportamentos não é caracterizada pela prática pontual, mas regular, quando internalizada pelo indivíduo em seu dia-a-dia. Assim, é importante saber em que nível estão os conhecimentos, as atitudes e as práticas sobre DST/AIDS da juventude brasileira.

A identificação dos conhecimentos, atitudes e práticas que expõem os jovens-adultos à maior vulnerabilidade proporcionarão subsídios relevantes à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas em saúde reprodutiva e DST/AIDS, além de fortalecer iniciativas, projetos e programas empresariais e de fomento internacional, que atuam para a transformação e a incorporação de hábitos sexuais reprodutivos saudáveis.

Neste contexto, foi submetido e aprovado protocolo do estudo no Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, com o objetivo principal de investigar as principais determinantes e a situação atual de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) DST/AIDS e Hepatites Virais, entre Jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. A pesquisa ainda foi oficialmente aprovada e acompanhada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pelo Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

O estudo revela quais fatores são determinantes para que o jovem adote uma postura adequada em relação à própria saúde sexual e à prevenção à Aids. Essas descobertas podem servir

de diretriz às entidades interessadas no tema e ao Governo Federal para melhorar os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos jovens em relação a doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS e Hepatites Virais.

Foram ouvidos 1.208 jovens entre 18 e 29 anos, em 15 Estados e no Distrito Federal, sendo que todos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme foi aprovado no protocolo do estudo. Os jovens foram entrevistados em domicílio. A margem de erro da pesquisa, ponderada regional e nacionalmente, é de 2,8%. Mulheres corresponderam a 55% da amostra, enquanto os homens a 45%.

A pesquisa foi realizada com amostra probabilística de domicílios obtida em quatro estágios: unidades primárias, estados; unidades secundárias, municípios; unidades terciárias, setores censitários; e, por fim, domicílios. Para a seleção das unidades primárias e secundárias adotou-se a divisão territorial e a malha setorial do Censo 2010 do IBGE⁶.

Vale ressaltar que este estudo analisou a vulnerabilidade de jovens com relação à transmissão de DST/AIDS por via sexual. Outras formas de contágio não foram investigadas, como a transmissão da mãe infectada para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação; o uso da mesma seringa ou agulha contaminada por mais de uma pessoa; a transfusão de sangue contaminado; ou instrumentos não esterelizados que foram ou cortam.

Métodos

As principais hipóteses investigadas no estudo foram as seguintes:

- *Hipótese nula 1 (Ho1)*: Níveis de Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e DST/AIDS (CAP) não diferem por gênero, idade, raça, educação, orientação sexual e status socioeconômico;

- *Hipótese nula 2 (Ho2)*: A variância entre níveis de Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e DST/AIDS não são explicados pela idade da primeira relação sexual, idade da primeira relação (educação) sexual, fonte de educação sexual, número de parceiros sexuais e/ou estado civil;

- *Hipótese nula 3 (Ho3)*: Os Níveis de Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e DST/AIDS não diferem por construtos de relações familiares, relações interpessoais, acesso a políticas públicas de educação e saúde e outros comportamentos de saúde e sociais (ex. consumo de álcool e outras drogas);
- *Hipótese nula 4 (Ho4)*: Os Níveis de Saúde Sexual,

Saúde Reprodutiva e DST/AIDS não diferem entre as cinco regiões do país.

As Escalas de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) se referem a instrumentos para verificação de Conhecimentos, Atitudes e Práticas, no plano social, ambiental ou cultural⁷. Foi elaborada uma escala de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) especificamente para HIV/AIDS, DSTs e Hepatites Virais a qual engloba 17 conhecimentos, 10 atitudes e 08 práticas, totalizando 35 variáveis. Para que fosse concluída, esta Escala final foi analisada quanto à sua validade e consistência após realização de pré-testagem do questionário derivado da Escala, junto à 30 respondentes de 18 a 29 anos, moradores do Distrito Federal/DF, que assinaram termo de livre consentimento.

Sobre a Validade da Escala, suas variáveis foram submetidas a avaliadores e estudiosos sobre o tema, oriundos do Ministério da Saúde e da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), que as analisaram de forma minuciosa, considerando suas experiências quanto ao assunto abordado e também participaram da etapa posterior, que foi a análise de Consistência. Sobre o nível de consistência da Escala, seu Alpha de Cronbach foi de 0,689.

A seguir, apresentam-se alguns exemplos de variáveis contidas na Escala final. O questionário completo segue em anexo.

Conhecimentos:

- Acreditar que mesmo quando o relacionamento é estável é necessário usar camisinha.
- Identificar corretamente, dentro de um rol de doenças, quais são sexualmente transmissíveis.
- Saber que uma pessoa com aparência saudável pode ter AIDS.
- Sabe que o uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas transem sem usar camisinha

Atitudes:

- Concordam plenamente que a mulher pode propor o uso da camisinha.
- Considera ter baixo risco de contrair uma DST

Práticas:

- O uso de álcool ou drogas já fez com que você transasse sem usar camisinha
- Não acha embaraçoso pedir preservativos em farmácias ou serviços de saúde.
- Já procurou serviço médico para pedir informações sobre questões relacionadas à DST -Aids.

Considerando essas 35 variáveis, um jovem poderia obter pontuação máxima na escala CAP

de comportamentos em relação à DST/Aids (+35 pontos), caso respondesse a todos esses itens corretamente. O contrário também pode acontecer: aquele que obtivesse todos os CAPs equivocados ficaria com -35 pontos na escala, podendo estar mais vulnerável a uma infecção sexualmente transmissível.

Assim, um questionário foi gerado a partir da escala, sendo pré-testado com 30 indivíduos e ajustado quanto à adequação de linguagem do conteúdo, tempo de preenchimento, abordagem de coleta, aspectos de validade do conteúdo apontados pelos pesquisadores principais, e membros da OPAS e do Departamento Nacional DST/AIDS e Hepatites Virais, além dos aspectos de consistência, relacionados às variáveis que mais contribuíram estatisticamente para a consolidação dos domínios de Conhecimentos, Atitudes e Práticas.

Os procedimentos de pré-testagem do questionário e a efetiva coleta de dados foram realizados no segundo semestre de 2011. A amostra utilizada foi do tipo probabilística e composta por jovens entre 18 e 29 anos de todas as regiões do país. Os questionários foram aplicados em domicílios de acordo com sorteio realizado utilizando-se das unidades censitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

A amostra foi de 1,208 jovens com idades entre 18 e 29 anos, em 15 estados e no Distrito Federal e o erro amostral foi definido em 2,7% em base a um nível de significância de 95%. O processo de amostragem também se utilizou de uma estratificação por porte de municípios em 3 categorias: até 50 mil habitantes, de 50 mil a 500 mil e acima de 500 mil. Em suma, o processo de amostragem teve quatro etapas, sendo a primeira abrangendo Estados, posteriormente Municípios, Setores Censitários, seguindo seleção aleatória simples e o IBGE e, por fim, chegando aos domicílios, por seleção sistemática.

Durante a aplicação da pesquisa, todos os questionários que receberam efetivas Assinaturas no Termo de Livre Consentimento Esclarecido foram levados em consideração. Por se tratar de pesquisa somente com jovens que já atingiram a maioridade legal, não foi necessária a autorização de pais ou responsáveis.

Após a coleta das informações, um banco de dados foi gerado em Microsoft Excel e depois da digitação, três membros da equipe de pesquisadores ficaram responsáveis em verificar possíveis inconsistências e erros de lançamentos. Com a confirmação da consistência do banco de dados, a planilha foi exportada para o sistema STATA

9.0 para a realização das análises estatísticas dos dados.

Duas abordagens de análise estatística foram utilizadas: exploratória e explanatória. Para as análises exploratórias, médias, intervalos de confiança e testes de normalidade foram realizados para as variáveis que compõem a escala do estudo (variável dependente). Além disso, analisou-se o perfil sociodemográfico da amostra e outras variáveis independentes, como principal fonte de educação sexual, nível de acesso a serviços de saúde, referências pessoais, histórico de uso de álcool e drogas e frequências de relações sexuais.

Para as análises explanatórias, primeiramente se analisou a normalidade da distribuição da principal variável dependente (escala CAP) e após a verificação da não normalidade, foi utilizado o modelo de *Generalizing Estimation Equation* (GEE). Para as regressões GEE, modelos não ajustados (variável a variável) e um modelo ajustado foram gerados apenas incluindo as variáveis de perfil sociodemográfico dos respondentes. Após a definição do modelo ajustado, as variáveis independentes do estudo (fonte de educação sexual, nível de acesso a serviços de saúde, referências pessoais, histórico de uso de álcool e drogas e frequência de relações sexuais) foram testadas uma a uma para a verificação de significância estatística.

Além disso, em função da complexidade no delineamento da amostragem, houve a necessidade de correção das estimativas. Sendo assim, em base a variável de weighting gerada sobre a população jovem pesquisada, foram utilizados comandos de correção para o desenho de amostragem simples aleatória com pós-estratificação.

Antes do processamento e análise estatística dos dados, foi realizada a ponderação individual das observações, decorrente do processo de amostragem proposto. Assim, desvios entre o delineamento concebido e o executado foram corrigidos.

Resultados

Pela amostragem obtida, a maioria dos jovens era do sexo feminino (55%), se autodenominam pardos ou negros (56%), possuem o ensino médio completo (43,46%) e trabalham (60%). No entanto, apenas 17% foram além do ensino médio, 70% não estudam e a remuneração de 62,4% dos jovens não ultrapassa os dois salários mínimos.

Em relação aos aspectos de sexualidade, 93% declararam ter transado nos últimos 12 meses,

21,9% apontam amigos e coletas como a principal fonte de educação sexual. Os pais ou responsáveis assumem esse papel em 20,1% dos casos. Têm a mãe como principal fonte de apoio quando precisam conversar sobre problemas pessoais, 34,7%. O pai figura apenas na sexta posição, com 6,5% atrás dos amigos, dos parceiros e dos irmãos. Além disso, embora 54,3% digam conversar sempre ou quase sempre com os pais ou responsáveis, os assuntos menos abordados são violência, drogas e sexualidade.

Das 35 variáveis incluídas na escala de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) para utilização no modelo alguns resultados exploratórios incluem (IC 95%):

Conhecimentos:

- 40% dos entrevistados não consideram o uso de camisinha um método muito eficaz de prevenção de DST/Aids ou gravidez.
- 24% ainda acham que se pode pegar HIV/Aids pela saliva.
- 15% dos jovens acham que malária, dengue, hanseníase ou tuberculose são DSTs.

Atitudes:

- 40% dos entrevistados acham que quando o relacionamento é estável não é necessário usar camisinha.
- 23,3% dos entrevistados acham que ser fiel a um parceiro(a) não diminui as chances de se contrair DSTs.
- Aproximadamente 20% dos jovens se sentiriam insultados ou com raiva se o(a) seu(sua) parceiro(a) quisesse usar um preservativo ao fazer sexo.
- O homem está 2,5 vezes mais propenso a se declarar homossexual do que a mulher. Por sua vez, as mulheres estão mais propensas 2,2 vezes a mais a se declararem bissexuais do que os homens.

Práticas:

- 36,1% não usaram preservativo na última vez que tiveram relações sexuais.
- Apenas 9,4% foram a centro de saúde nos últimos 12 meses para obter informações ou tratamento para DSTs.

Para o cálculo da idade média da “perda da virgindade”, o modelo de *Kaplan-Meir* foi utilizado. As análises realizadas por meio do modelo mostraram que a idade média da perda da virgindade é 17 anos (IC 95% 16,75, 17,21). Entre as adolescentes, a idade média atingiu 17,4 anos para as jovens mulheres e, para os jovens homens, 16,5 anos.

Utilizando-se da pontuação da escala congregando todas as 35 variáveis CAP do estudo, os jo-

vens brasileiros obtiveram uma pontuação média de 14,03 pontos. A pontuação total das variáveis de Conhecimentos alcançou 8,02. Somando-se a esta a pontuação apenas de Atitudes (4,64) chega-se a 12,66 pontos. E adicionando-se a pontuação de práticas (de apenas 1,37 pontos) chega-se à média final da escala, de 14,03. Ou seja, as menores pontuações individuais estão relacionadas justamente às atitudes e práticas dos entrevistados. Verifica-se assim que os jovens brasileiros têm um razoável conhecimento sobre DST e Aids. Porém, quando o assunto é a disposição ou a prevenção efetiva a uma infecção, a vulnerabilidade é maior.

Em base a este resultado, primeiramente, modelos de regressão não ajustados e ajustados foram elaborados para testar possíveis associações entre os fatores sociodemográficos e a variação na escala CAP de DSTs/AIDS e Hepatites Virais. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

Sendo assim, em relação ao perfil sociodemográfico, foram quatro associações encontradas na seguinte ordem de significância estatística:

- *Ser Homem* faz com que o jovem tenha menos 2,15 pontos na Escala. Em outras palavras, significa dizer que as jovens brasileiras estão menos propensas a adotar comportamentos sexuais de risco do que os jovens homens da mesma faixa etária.

- *Ser Indígena* faz com que o jovem tenha menos 4,01 pontos na Escala. Pode-se dizer que os jovens indígenas estão mais vulneráveis que outros jovens em conhecimentos, atitudes e práticas de DST/AIDS. Eles têm menos acesso às informações sobre o tema e é possível que estas informações, traduzidas por materiais de prevenção e outros, devam ser melhor customizados para esta população.

- *Ser Casado ou Viver Junto* deixam o jovem mais vulnerável. Ser Casado em 1,73 pontos não importando o gênero e a idade. Viver junto, na mesma linha, deixa os jovens mais vulneráveis 1,55 pontos. Ou seja, o jovem casado ou que vive junto de outro(a) parceiro(a) se previne menos não apenas no uso do preservativo, mas busca menos informação sobre DST/AIDS do que os solteiros. A negociação do preservativo ainda é um tabu nos relacionamentos estáveis.

- *Ter Baixa Escolaridade* é fator significativo de vulnerabilidade. Não ter estudado faz com que o jovem seja mais vulnerável em surpreendentes 11,47 pontos, em relação aos outros jovens. Ter Ensino Fundamental Incompleto faz com os jovens estejam mais vulneráveis às DST/AIDS em 2,78 pontos. Ter apenas o Ensino Fun-

Tabela 1. Fatores Sociodemográficos e a Variação na Escala CAP.

Regressão Multivariada Escala CAP	Coefficiente	Intervalo de Confiança 95%		P > t
Idade	0,12	- 0,02	0,27	0,097
Homem	- 2,15	- 3,08	- 1,22	-
Índio	- 4,01	- 7,63	- 0,38	0,030
Negro	0,24	- 1,01	1,50	0,706
Pardo	0,24	- 0,76	1,24	0,636
Amarelo	- 0,14	- 3,22	2,93	0,927
Outros	- 0,19	- 1,89	1,52	0,830
Renda Familiar	- 0,00	- 0,00	0,00	0,637
Renda Pessoal	- 0,00	- 0,00	0,00	0,812
Separado	- 0,97	- 3,74	1,80	0,492
Vive junto	- 1,55	- 2,87	- 0,24	0,021
Casado	- 1,73	- 2,81	- 0,65	0,002

Referência: Mulher, branca, solteiro, católico, nível médio completo, estuda, não reprovou e heterossexual.

damental Completo, pior em 2,05 pontos, e ter Ensino Fundamental, mais vulnerável em 1,52 pontos. Todos na comparação com os jovens que possuem o Ensino Médio Completo.

Utilizando-se o modelo ajustado de fatores sociodemográficos como base, outros modelos de regressão linear foram testados para verificar possíveis associações entre determinantes sociais (fonte de educação sexual, hábitos de conversa sobre sexualidade com pais e professores, etc) e variações na escala CAP de DSTs/AIDS e Hepatites Virais.

Em base a esses modelos, as seguintes determinantes sociais atingiram significância estatística para explicar variações na escala CAP de DSTs/AIDS e Hepatites Virais.

- *Ter o hábito de conversar sobre sexo com os pais ou profissionais de saúde*

Apesar dos Amigos serem a fonte de educação sexual mais citada pelos jovens, não são eles que estão associados a uma variação positiva na escala CAP. Ter os pais e profissionais de saúde como principais fontes de educação sexual está associado a níveis mais significativos de CAP.

- *Não consumir álcool com frequência*

A quantidade de vezes por semana na qual um jovem consome álcool revela também uma associação com variações na escala CAP, independentemente de sua escolaridade, idade, etnia, renda e orientação sexual. Quanto maior a frequência da ingestão de álcool, menos pontos na Escala CAP. A relação é linear e inversamente

proporcional conforme demonstrado no Gráfico 1.

- *Ter lazer e ser engajado*

Os jovens com opção de lazer e divertimento também são aqueles que possuem níveis de CAP mais elevados, principalmente em áreas públicas, como parques.

Observa-se padrão semelhante quando se comparam jovens que participam de algum movimento ou programa social, pois jovens que indicam ter participação social também apresentam níveis da CAP mais elevados.

- *Acessar a Internet, com ressalvas*

De forma geral, o hábito de acessar a internet está associado também a níveis mais elevados de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/AIDS e hepatites virais. Porém, esta associação depende do tipo de sites visitados. No caso de sites de pesquisa e blogs, a associação é significativamente positiva; porém, para os que tem o hábito de acessar sites de sexo, a associação é significativamente negativa (Gráfico 2).

- *Interesse em aprender*

Jovens interessados em aprender coisas novas demonstram níveis mais elevados de CAP. Isto ocorre independentemente de etnia, escolaridade, idade, gênero, renda e orientação sexual (Gráfico 3).

- *Ter o pai ou o professor como pessoa de referência*

Finalmente, quando o jovem tem o pai ou o professor como principais referências para falar

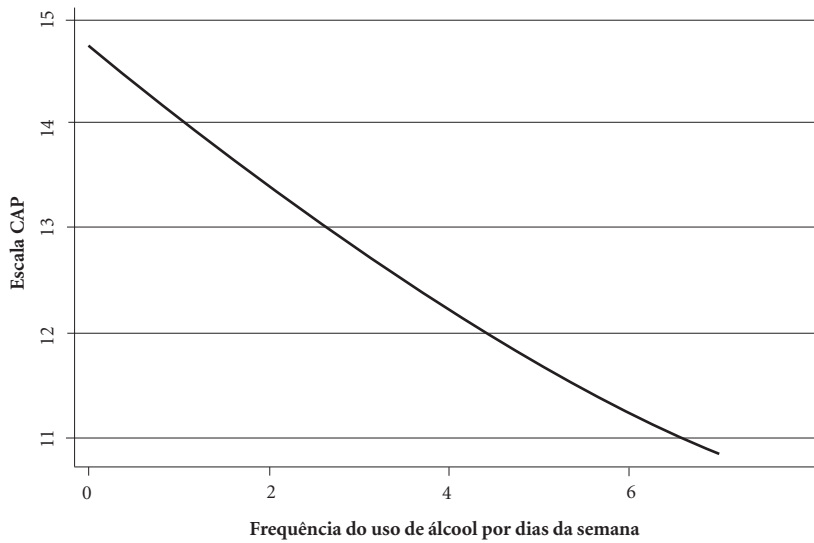


Gráfico 1. Escala CAP por frequência de uso de álcool por semana.

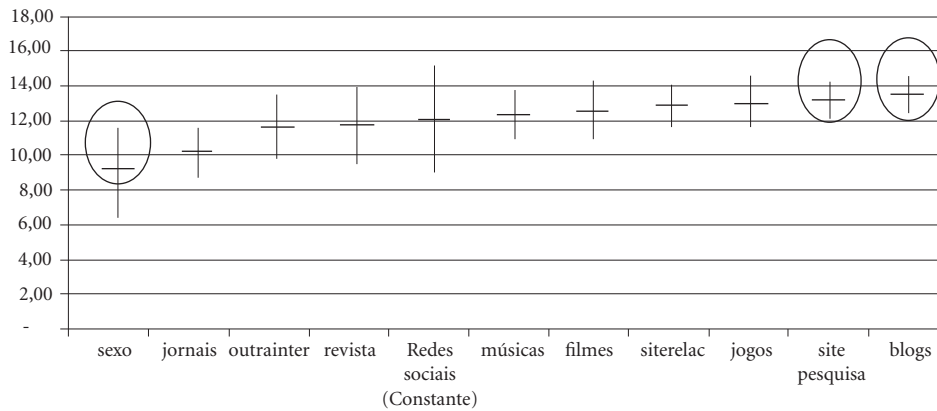


Gráfico 2. Impacto de redução na vulnerabilidade devido ao acesso à Internet.

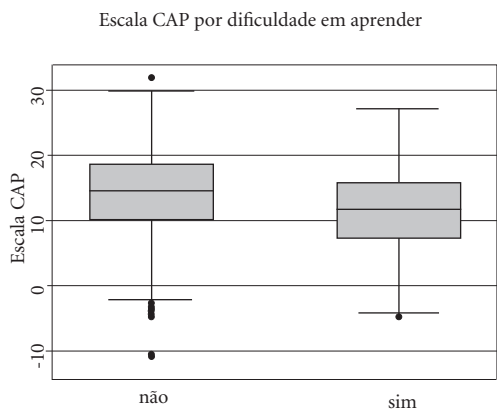


Gráfico 3. Relação entre Dificuldade de Aprendizagem e variação na Escala CAP.

sobre seus problemas pessoais, níveis mais elevados de CAP em DSTs/AIDS e Hepatites Virais também foram observados (Gráfico 4).

Discussão

Em base a uma revisão da literatura nacional e internacional, verifica-se que há uma consistência nos resultados encontrados neste estudo. Isto tanto para os fatores sociodemográficos quanto para as determinantes sociais associadas à variação do nível de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) em DSTs/AIDS e Hepatites Virais.

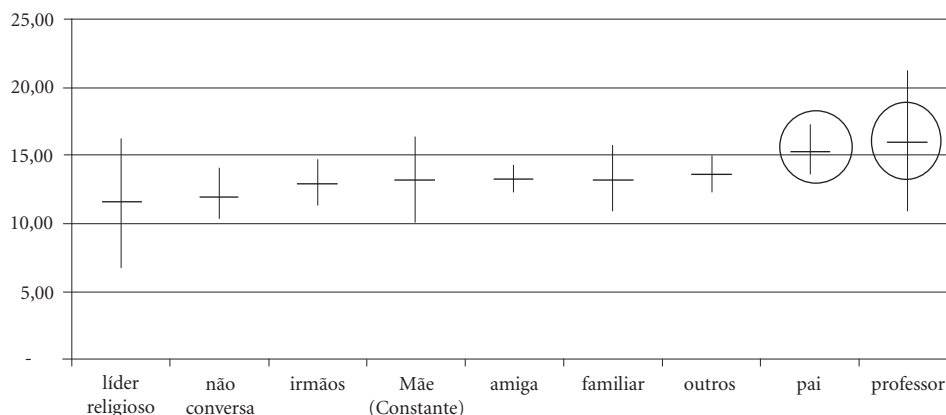


Gráfico 4. Relação entre ter o pai ou o professor como referência e a variação na Escala CAP.

Em relação aos fatores sociodemográficos, os jovens indígenas estão em situação de maior vulnerabilidade. De acordo com Garnelo e Pontes⁸, a situação dos povos indígenas tem sido considerada como de alta vulnerabilidade, às DST/AIDS, face à sua peculiar inserção nas relações interétnicas e marginalização no acesso aos cuidados de saúde em todos os níveis.

Gênero e escolaridade também são fatores sociodemográficos amplamente citados na literatura nacional e internacional como variáveis de alta vulnerabilidade em relação ao HIV/AIDS/Hepatitis Virais. Nas últimas décadas, verificou-se um grande aumento na transmissão do vírus HIV e outras DSTs entre mulheres jovens brasileiras⁹. No entanto, cabe ressaltar que a proporção maior de casos está relacionada a populações de jovens homens. Já no caso da escolaridade, boletim epidemiológico de HIV/AIDS do Ministério da Saúde confirma a constante concentração de casos em populações menos escolarizadas e mais pobres¹⁰.

Os jovens casados também apresentam níveis de CAP mais baixos em relação aos solteiros. Alguns estudos atestam esta tendência no Brasil. Em base a uma pesquisa realizada por Maia et al.¹¹ no Distrito Federal, com homens e mulheres casados, entre 18 e 49 anos, os autores concluem que “suas percepções conjugais refletiam sua aculturação sobre os papéis de gênero e hierarquização da relação efetivo-sexual, que podem colaborar para que os comportamentos preventivos sejam pouco adotados”.

Como demonstrado nos resultados deste estudo, ter os pais e os profissionais de saúde como

principal fonte de educação sexual e ter o professor(a) como principal pessoa de referência contribuem significativamente para níveis mais elevados de CAP. Isto independentemente da etnia, gênero, idade, renda e escolaridade.

Este resultado reforça diversos estudos já realizados sobre a importância dos pais na educação sexual dos filhos. Embora sejam citados amigos como a principal fontes de educação sexual e que pais, muitas vezes, estão em segundo plano, a importância do diálogo com estes não pode ser minimizada. Muito pelo contrário, o estudo demonstra que a associação entre níveis mais elevados de educação sexual e engajamento dos pais é significativa. Pereira et al.¹² indica que: “(são) identificadas algumas características específicas da sexualidade dos adolescentes que vivem em meios mais carenciados, destacando-se a existência de menos informação, menos comunicação com os pais e maior tendência para comportamentos de risco”

Outras referências adultas são fundamentais e a educação sexual deve passar por uma conversa franca e aberta entre jovens e adultos (em especial professores e profissionais de saúde). Nesse sentido, as escolas devem abordar com maior frequência os assuntos de educação sexual. Para isso, é preciso capacitar todo o corpo docente e os profissionais de saúde para que se tornem referência no assunto para seus estudantes e pacientes. Assim como a questão de sustentabilidade ambiental já se tornou um tema transversal nas escolas, os direitos sexuais e reprodutivos também podem e devem ser debatidos e utilizados como exemplos em todas as matérias escolares.

Logicamente, a deficiência de uma educação sexual contemporânea nas escolas não é somente um problema brasileiro. Estudos realizados por Foster¹³, Klinkert¹⁴, Mlyakado¹⁵ são claros neste sentido. Em Portugal, Macário¹⁶ demonstra ainda que embora a legislação já inclua o caráter transversal da educação sexual, segundo o autor: “As estratégias utilizadas deveriam ser mais participativas, procurando trabalhar-se segundo a metodologia de trabalho de projeto. Os professores não devem a priori julgar que os seus alunos são ‘muito novos’ pois mais importante do que a idade é o grau de maturação e as experiências...”

Outras determinantes sociais estão diretamente relacionadas ao comportamento dos próprios jovens perante a sua comunidade, seu interesse em aprender, acessar sites de pesquisa e blogs na internet e frequência do consumo de álcool. É interessante observar que essas são determinantes exercidas pelo próprio jovem, mas acabam por interferir com seus níveis de CAP em DSTs/AIDS/Hepatites Virais.

Mesmo levando em consideração que muitas dessas determinantes são também orientadas pelo meio em que vivem, como, por exemplo, a glamorização do uso do álcool por grupos jovens, fica evidente que aqueles resilientes e engajados socialmente são os que atingem níveis mais elevados de CAP. Poucas referências são encontradas na literatura que demonstram essa associação. Isto porque suas hipóteses têm como principal variável dependente uma ação específica, como o não uso do preservativo na última relação sexual. Sabe-se que o álcool interfere diretamente na decisão do sexo preventivo, como exposto em Ruzany et al.¹⁷, Jeolás e Ferrari¹⁸. No entanto, como demonstrado neste estudo, seu uso contínuo também contribui para níveis mais baixos de conhecimento, atitude e outras práticas preventivas às DSTs/AIDS e Hepatites Virais.

Nesse contexto, sugere-se a promoção de outros estudos que mensurem de forma mais ampla como essas determinantes individuais impactam em um conjunto de conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. Ou seja, pode-se inferir que o processo de autoaprendizagem e engajamento está associado a uma postura mais sustentável de prevenção às DSTs/AIDS e Hepatites Virais.

Mesmo levando em consideração a robustez dos resultados encontrados neste estudo, cabe ressaltar algumas limitações que podem contribuir para comprometer a validade e a consistência dos resultados encontrados. Em relação à validade, mesmo com a utilização de pré-testes, algumas questões podem não ter sido compreendidas adequadamente por alguns jovens de regiões específicas do país. Isto porque o significado de algumas expressões podem ser distintas em cada uma das regiões no Brasil.

Além disso, a escala CAP de DSTs/AIDS e Hepatites Virais, embora possa ser utilizada como um bom parâmetro, não aborda todas as questões relacionadas a práticas sexuais, atitudes em relação a direitos sexuais, etc. Ou seja, a escala não se apropria de todos os elementos que definem a sexualidade humana e suas vulnerabilidades. Questões mais específicas sobre procedimentos de prevenção, tratamento e educação poderiam ampliar a consistência da escala. Porém, cabe ressaltar que mesmo com esta limitação, os parâmetros utilizados foram aplicados de forma homogênea a todos os entrevistados.

A vulnerabilidade dos jovens brasileiros continua alta. No entanto, a percepção de risco é significativamente baixa. O entendimento sobre as vulnerabilidades dos jovens brasileiros e suas determinantes sociais é fundamental para o fortalecimento de programas e políticas públicas. Sendo assim, em base aos resultados deste estudo, políticas e programas integrais que promovam o acesso a opções de lazer, a serviços de saúde sexual e ambientes de debate e participação democrática, com o envolvimento da família, sobre a sexualidade humana oferecem condições propícias e experiências enriquecedoras para a prevenção das DSTs/AIDS e Hepatites Virais. O custo para o tratamento dessas DSTs é alto e a prevenção é sempre a melhor opção. Programas que direcionem esforços para levar em consideração os fatores sociodemográficos e determinantes sociais que influenciam na vulnerabilidade dos jovens têm mais chances de elevar o nível de conhecimentos, atitudes e práticas.

Colaboradores

MB Fontes e RC Crivelaro trabalharam em todas as etapas do estudo, desde sua concepção, submissão do protocolo de pesquisa ao comitê de ética da faculdade de medicina da Universidade de Brasília, acompanhamento da coleta de campo, análises e redação final. AM Scartzini trabalhou na concepção do estudo, submissão do protocolo de pesquisa ao comitê de ética da fa-

culdade de medicina da Universidade de Brasília, e acompanhamento da redação final. DD Lima e AA Garcia trabalharam na submissão do protocolo de pesquisa ao comitê de ética da faculdade de medicina da Universidade de Brasília, na coordenação da coleta de dados e na formação e consolidação do banco de dados. RT Fujioka apoiou a submissão do protocolo de pesquisa, a revisão dos bancos de dados e dos gráficos e tabelas geradas.

Referências

1. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). *Juventude Levada em Conta – Demografia*. [acessado 2015 mar 28]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/130722_apresentacao2_juventudedemografia.pdf_apresentacao2_juventudedemografia.pdf. 2013
2. United Nations Education, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). *AIDS: o que pensam os jovens*. Brasília: UNESCO, UNAIDS; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais. *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às DST e Aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade*. Brasília: MS, Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico- AIDS e DST*. Brasília: MS, Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais; 2012.
5. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). *Juventude Levada em Conta – Demografia*. [acessado 2015 mar 28]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/130722_apresentacao2_juventudedemografia.pdf_apresentacao2_juventudedemografia.pdf. 2013
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010: Características da População e dos Domicílios - Resultados do Universo*. Brasília: IBGE; 2010.
7. Kaliyaperumal K, IEC; Expert, Diabetic Retinopathy Project. Guideline for conducting a knowledge, attitude, and practice (KAP) study. *Community Ophthalmology* 2004; 4(1):7-9.
8. Garnelo LE, Pontes AL, organizadores. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI; 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS); Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico- AIDS e DST*. Brasília: MS, Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais; 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico- AIDS e DST*. Brasília: MS, Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais; 2012.
11. Maia C, Guilhem D, Freitas, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saude Publica* 2008; 42(2):1-6.
12. Pereira S, Matos MG, Leal I. Iniquidade, Etnicidade e Educação Sexual. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2011; 12(1):77-90.
13. Foster LR, Byers ES, Sears HA. Middle school students' perceptions of the quality of the sexual health education received from their parents. *The Canadian Journal Human Sexuality* 2011; 20(3):55-65.
14. Klinkert MPP. De por qué los adolescentes en medellín no reflejan la educación sexual escolar que reciben: hablan adolescentes, padres y maestros. *Cuestiones Teológicas* 2010; 37(88):369-397.
15. Mlyakado BP. Schoolgirls' Knowledge of, and Efforts against Risky Sexual Activity: The Needs for Sex Education in Schools. *International Journal of Education* 2013; 5(1):69-80.
16. Macário RMB. *Educação Sexual em Contexto Escolar: Outro ano zero?* [dissertação]. Montenegro: Universidade do Algarve; 2010.
17. Ruzany MH, Taquette SR, Oliveira RG, Meirelles ZV, Ricardo IB. A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS? *Jornal de Pediatria* 2003; 79(4):349-354.
18. Jeolás LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):611-620.

Artigo apresentado em 08/07/2015

Aprovado em 22/10/2015

Versão final apresentada em 24/10/2015