



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Espinosa Miranda, Angelica; Ribeiro, Denis; Fazito Rezende, Erika; Mendes Pereira, Gerson
Fernando; Monteiro Pinto, Valdir; Saraceni, Valeria
Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao
Exército Brasileiro. Brasil, 2007
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 2, febrero, 2013, pp. 489-497
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63025127020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro. Brasil, 2007

Association of knowledge about STD and level of schooling among conscripts upon enlistment in the Brazilian Army, Brazil, 2007

Angelica Espinosa Miranda ¹

Denis Ribeiro ²

Erika Fazito Rezende ²

Gerson Fernando Mendes Pereira ²

Valdir Monteiro Pinto ²

Valeria Saraceni ³

Abstract *The scope of this study was to describe knowledge of military conscripts about STD in relation to level of schooling upon enlistment in the Brazilian Army. A self-administered questionnaire with demographic and clinical aspects, forms of transmission, sexual behavior and access to STD information was applied in a national sample in 2007. Variables associated with low schooling were: being 19-20 years old [OR=1.2(95%CI:1.18-1.32)]; saying that STD can be transmitted by: eating contaminated food [OR=2.2(95%CI:1.96-2.55)]; bathing in rivers/beaches [OR=1.5(95%CI:1.27-1.88)]; mosquito bites [OR=1.5(95%CI:1.38-1.65)]; sexual intercourse ≤14 years old [OR=1.4(95%CI:1.33-1.55)]. Variables inversely associated with low schooling were: being white [OR=0.9(95%CI:0.82-0.91)]; stating that STD can be transmitted by: sharing syringes/needles [OR=0.7(95%CI: 0.62-0.78)]; mother-to-child transmission [OR=0.6(95%CI:0.58-0.69)]; having used a condom in the last sexual intercourse [OR=0.8(95%CI:0.71-0.85)]; being MSM [OR=0.7(95%CI: 0.60-0.92)]; knowing that sex without condoms increases risk of transmission [OR=0.4(95%CI:0.37-0.51)]. Given the association of low schooling with less knowledge about STD, educational policies geared to this population are needed because they are more vulnerable.*
Keywords Sexually Transmitted Diseases, Knowledge of military conscripts, Low schooling

Resumo *Foi descrito o conhecimento dos alistados no Exército Brasileiro, em relação às DST segundo escolaridade. Foi utilizado questionário autoaplicável com características demográficas, modos transmissão, comportamento sexual e preferência de acesso a informações sobre DST em amostra com representatividade nacional, 2007. As variáveis associadas a menor escolaridade foram: ter 19-20 anos [OR = 1,2(IC95%:1,18-1,32)], relatar que a transmissão de DST pode ser por: ingestão de alimento contaminado [OR = 2,2(IC95%:1,96-2,55)], tomar banho em rios/praias [OR = 1,5(IC95%:1,27-1,88)], picada de mosquitos [OR = 1,5(IC95%:1,38-1,65)], início de atividade sexual antes de 14 anos de idade [OR = 1,4(IC95%: 1,33-1,55)]. As variáveis com associação inversa à baixa escolaridade foram: auto declarado branco [OR = 0,9(IC95%: 0,82-0,91)]; afirmar que a transmissão das DST pode ser por: compartilhar seringas/agulhas [OR = 0,7(IC95%: 0,62-0,78)]; transmissão materna, no parto e amamentação [OR = 0,6(IC95%: 0,58-0,69)]; usar preservativo no último coito [OR = 0,8(IC95%: 0,71-0,85)]; ser HSH [OR = 0,7 (IC95%: 0,60-0,92)]; e reconhecer o não uso do preservativo como aumento do risco de transmissão [OR = 0,4(IC 95%: 0,37-0,51)]. Dada a baixa escolaridade associada ao menor conhecimento, aponta para necessidade de ações educativas destinadas a essa população, que se encontra em situação mais vulnerável.*

Palavras-chave Doenças Sexualmente Transmissíveis, Conscritos militares, Baixa escolaridade

¹ Núcleo de Doenças Infeciosas, Departamento de Medicina Social, Centro Biomédico, Universidade Federal do Espírito Santo. Avenida Marechal Campos 1468, Maruípe. 29040-091 Vitória ES. espinosa@ndi.ufes.br

² Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde

³ Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Rio de Janeiro.

Introdução

O projeto de cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e da Defesa no Brasil iniciou-se em 1996, integrando ações no sentido de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), nos militares e na população de conscritos do Exército Brasileiro. Essa parceria resultou em pesquisas sobre conhecimentos e comportamentos de risco para a infecção pelo HIV entre os conscritos por ocasião de sua apresentação às Comissões Militares¹. O Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais, juntamente com as Forças Armadas, consideram os conscritos como uma população de fácil acesso, que abrange todas as classes sociais em todo o território nacional e que o momento da apresentação ao serviço militar é oportuno para realização de estudos que visam monitorar a prevalência de DST, bem como analisar conhecimentos, atitudes e práticas da população jovem brasileira frente a tais agravos.

O estudo em populações jovens é relevante, pois mais da quarta parte dos habitantes do planeta encontra-se na faixa etária de 10 a 24 anos, sendo que 86,0% dos indivíduos deste grupo etário vivem em países em desenvolvimento². Esta geração atual de jovens é a mais educada e a mais urbana da história. Entretanto, ao mesmo tempo em que a urbanização tem aumentado o acesso à educação e aos serviços de saúde, jovens com idades entre 15 e 24 anos estão expostos a elevados riscos de adquirir DST, dentre elas o HIV, assim como serem vítimas ou autores de coerção sexual e violência³. O jovem encontra-se suscetível a adotar comportamentos, inclusive sexuais, que muitas vezes vão permear as principais experiências de toda sua vida⁴. A escolaridade é um dos parâmetros usados para medir a desigualdade social e cultural de uma população em relação à saúde. A baixa escolaridade, associada ou não à baixa renda, e ao início precoce da atividade sexual tem sido descrita com um fator de risco para DST^{5,6}.

Ainda que se reconheça a importância de envolver os homens jovens nas intervenções de prevenção às DST e ao HIV, há pouca informação sobre como promover atitudes que reduzam comportamentos de risco e que incentivem relacionamentos equitativos com suas parcerias sexuais. É necessário um trabalho conjunto em educação e saúde que privilegie o protagonismo dos homens jovens em ações com vistas à pro-

moção de saúde sexual e reprodutiva⁷. Ressalta-se que de nada adianta diagnosticar o comportamento sexual de uma população se não forem analisados à luz de sistemas sociais e culturais que determinem as suas práticas sexuais⁸.

O objetivo desse estudo foi descrever os conhecimentos dos conscritos sobre formas de transmissão das DST e suas características clínicas, segundo o grau de escolaridade, relacionando-o também às características sociodemográficas e ao comportamento sexual relatado pelos mesmos.

Metodologia

Estudo transversal realizado com jovens do sexo masculino em todo o Brasil, com idades entre 17 a 20 anos de idade, em apresentação no serviço militar obrigatório, no período de 10 de julho a 13 de outubro de 2007. Este artigo faz parte do projeto “Prevalência da Sífilis, do HIV e do HTLV e fatores comportamentais associados” e se propõe a descrever os conhecimentos dos conscritos em relação às DST, segundo o grau de escolaridade.

A composição da amostra foi realizada em dois estágios. No primeiro, foram selecionadas as comissões militares por macrorregião e tamanho populacional do município. As comissões militares foram selecionadas com probabilidade proporcional ao tamanho – número de apresentações naquela comissão estimada para o ano de 2007. No segundo, os conscritos foram selecionados sistematicamente por ordem de chegada em cada comissão de seleção (CS). Para o cálculo do tamanho amostral, foi utilizada a prevalência da infecção pelo HIV em 2002, estimada em 0,09%⁹, considerando-se um intervalo de confiança de 95% e erro bicaudal de 0,03%. O tamanho da amostra obtido foi de 37.528 e arredondado para 39.000, levando-se em conta possíveis perdas.

As informações foram coletadas por meio de questionário autoaplicável de forma a garantir o sigilo das informações prestadas. Foi utilizada a metodologia CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) e as seguintes variáveis foram analisadas: características sociodemográficas, conhecimento sobre modos de transmissão das DST, comportamento sexual, antecedentes de sinais e sintomas e preferência sobre os meios de acesso às informações de saúde.

Para a análise estatística foi utilizado o pacote SPSS versão 13.0 para Windows. Foi realizada uma análise descritiva, incluindo distribuição de fre-

quência para variáveis qualitativas e cálculo de média e desvio-padrão para variáveis quantitativas. A variável desfecho utilizada foi o grau de escolaridade (ensino fundamental vs. ensino médio/superior). As possíveis associações foram testadas por meio de testes de qui-quadrado com correção de Yates ou de Fischer, quando apropriado. Odds Ratio e intervalos de confiança foram calculados em análises bivariadas por regressão logística, para estimar o grau de associação entre a variável de desfecho e os potenciais fatores de risco. Análise multivariada de regressão logística foi utilizada para estimar o efeito de uma variável, ao mesmo tempo em que se controlava o efeito das demais. Este projeto foi aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Resultados

Do total de 39.000 conscritos, 35.460 (88,6%) aceitaram participar do estudo. Essa amostra representou 5,9% do total de jovens com obrigatoriedade de alistamento para o serviço militar em todo o País, durante o ano de 2007. A média de idade dos participantes foi de 18 anos (DP = 0,7). Em relação à escolaridade, 34,9% (12.358) cursavam o ensino fundamental (até oito anos de estudo) e 65,1% (23.102) o ensino médio/superior.

Os dados demográficos e sua associação com o grau de escolaridade estão descritos na Tabela 1. Quanto à escolaridade da família, o conscrito que relatou ter pais com até oito anos de instrução formal teve cinco vezes mais chance de obter o mesmo patamar de escolaridade. De acordo com o estado marital a maior escolaridade foi relacionada a ser solteiro. Os brancos alcançaram maior escolaridade (43,2% com ensino médio/superior), quando comparados aos pardos

Tabela 1. Associação de características sociodemográficas de conscritos (N = 35.460) com grau de escolaridade. Brasil, 2007.

Variáveis	Escolaridade						OR (95%CI)
	Total		Fundamental		Médio-superior		
	N	%	N	%	N	%	
Idade (anos)							
17	7968	22,5	2388	19,3	5580	1	
18	22237	62,7	7260	58,7	14977	1,4	(1,22-1,59)
19	4000	11,3	1984	16,1	2016	2,9	(2,50-3,13)
20	1254	3,5	726	5,9	529	3,2	(2,85-3,57)
Escolaridade da mãe							
Fundamental	17284	48,8	8016	78,5	9268	5,30	(4,92-5,70)
Médio	4514	12,7	1200	11,9	3294	2,34	(2,13-2,57)
Superior	7157	20,2	977	9,6	6180	1	
Não respondeu	6505	18,3	2145	17,4	4360		
Escolaridade do pai							
Fundamental	17571	49,6	7930	64,2	9641	5,24	(4,85-5,66)
Médio	4316	12,2	1145	9,2	3171	2,29	(2,08-2,53)
Superior	6813	19,1	921	7,4	5892	1	
Não respondeu	6760	19,1	2362	9,1	4398		
Estado marital							
Solteiro	32112	90,6	10160	82,2	21952	1	
Casado/vive maritalmente	2578	7,3	1578	12,8	1000	13,31	(10,15-17,45)
Separado/divorciado/viúvo	331	0,9	242	1,9	89	5,88	(4,61-7,51)
Não respondeu	439	1,2	378	3,1	61		
Raça/cor (auto referida)							
Branca	13234	37,3	3243	26,2	9991	1	
Parda	11975	33,8	4174	33,8	7801	1,65	(1,56-1,74)
Preta	4755	13,4	2234	18,1	2521	2,73	(2,55-2,93)
Outras	5088	14,3	2425	19,6	2663	2,81	(2,62-3,00)
Não respondeu	408	1,2	282	2,3	126		

(33,8%) e pretos (10,9%). O estudo demonstrou uma associação positiva entre ser mantido economicamente pela família e ter maior escolaridade (67,1% vs. 45,7%, $p = 0,004$), quando comparados aos que declararam manter-se por conta própria.

Em relação ao conhecimento sobre as DST, 89,2% (31.635) dos jovens responderam corretamente ao significado dessa sigla como “Doenças Sexualmente Transmissíveis”. O maior grau de preocupação relatado pelos participantes diante de um possível diagnóstico de DST foi 23,5% vs. 27,1% e, perante um diagnóstico de HIV/aids, foi 30,4% vs. 41,7%, quando comparados os de menor e maior grau de instrução, respectivamente. Quanto ao conhecimento sobre sinais e sintomas de algumas DST em homens, menos da metade dos participantes (46,8%) sabia responder sobre quais eram os possíveis sintomas, sendo 45,6% vs. 50,2% ($p = 0,12$), quando comparados os com menor e maior grau de escolaridade, respectivamente.

A Tabela 2 apresenta associações entre o conhecimento dos jovens em relação às formas de transmissão das DST e o grau de escolaridade. Observa-se que um grande número de conscritos tinha conhecimento sobre a interação das DST com o HIV (88,1% vs. 97,0%) e que fazer sexo sem preservativo (85,0 vs. 96,6%) aumentava o risco de adquirir uma DST, enquanto o menor percentual sabia sobre a possibilidade de transmissão vertical desses agentes (52,1 vs. 72,7%), observando-se que os que alcançaram maior escolaridade tinham maior conhecimento sobre o tema, quando comparados os de menor e maior escolaridade.

A média do início da atividade sexual foi 15 anos ($DP = 1,8$). A Tabela 3 descreve as características comportamentais desses jovens e associação com a escolaridade. Um total de 76,1% dos que estavam no ensino fundamental e 94,0% no ensino médio/superior relataram vida sexual ativa, sendo que 17,2% deles iniciaram atividade sexual antes dos 14 anos de idade. O uso do preservativo na primeira relação sexual foi relatado por quase 25% dos jovens e somente 27,4% relataram ter usado na última relação sexual. Apenas 3,2% dos conscritos se declararam HSH (homens que fazem sexo com homens), sendo 2,7% vs. 3,4%, quando comparados aos com grau de escolaridade fundamental e médio/superior, respectivamente. Observou-se que 2,0% desses jovens em algum momento da vida trocaram sexo por dinheiro ou bens, 2,3 % vs. 1,9%, comparando menor e maior grau de escolaridade. Antecedente de sinais ou sintomas de pelo menos uma DST foi relatado por 12,9% dos conscritos.

A Tabela 4 sumariza as variáveis independentemente associadas a ter menor escolaridade (ensino fundamental). As variáveis estatisticamente associadas ao desfecho foram: ter 19 ou 20 anos [$OR = 1,2$ ($IC_{95\%}$: 1,18-1,32)]; afirmar que a transmissão de DST pode ser por: ingestão de alimento contaminado [$OR = 2,2$ ($IC_{95\%}$: 1,96-2,55)], tomar banho em rios/praias [$OR = 1,5$ ($IC_{95\%}$: 1,27-1,88)], picada de mosquitos [$OR = 1,5$ ($IC_{95\%}$: 1,38-1,65)]; e início de atividade sexual antes dos 14 anos de idade [$OR = 1,4$ ($IC_{95\%}$: 1,33-1,55)]. As variáveis com associação inversa foram: ser branco [$OR = 0,9$ ($IC_{95\%}$: 0,82-0,91)]; afirmar que a transmissão das DST pode ser por: compartilhar seringas e agulhas [$OR = 0,7$

Tabela 2. Associação de conhecimentos sobre formas de transmissão de DST em conscritos (N = 35460) com grau de escolaridade. Brasil, 2007

Posso adquirir DST	Escolaridade						OR (95%CI)
	Total		Fundamental		Médio-superior		
	N	%	N	%	N	%	
Comendo alimentos contaminados	2735	7,7	1716	13,9	1019	4,4	3,50 (3,22-3,79)
Tomando banho em rios ou praias	1306	3,7	757	6,1	549	2,4	2,68 (2,40-3,99)
Por picada de mosquito	7396	20,9	3207	26,0	4189	18,1	1,58 (1,50-1,67)
Usando banheiros públicos	5329	15,0	1907	15,4	3422	14,8	1,05 (0,99-1,11)
Compartilhando agulhas e seringas	30775	86,8	9796	79,3	20979	90,8	0,39 (0,36-0,41)
Fazer sexo sem preservativo	32813	92,5	10504	85,0	22309	96,6	0,20 (0,18-0,22)
De mãe para filho (a) durante a gravidez, parto e amamentação	23221	65,5	6434	52,1	16787	72,7	0,41 (0,39-0,43)
Uma pessoa que tem uma DST tem mais chance de pegar aids	17205	93,6	6606	88,1	10599	97,0	0,24 (0,21-0,28)

(IC95%: 0,62-0,78)], transmissão da mãe para o filho, no parto [OR = 0,6 (IC95%: 0,58-0,69)], uso de preservativo na última relação sexual [OR = 0,8 (IC95%: 0,71-0,85)], ser HSH [OR = 0,7 (IC95%: 0,60-0,92); e reconhecer o não uso do preservativo como aumento do risco de transmissão [OR = 0,4 (IC 95%: 0,37-0,51)].

A maioria dos conscritos (74,9%) alegou o desejo de obter informações sobre DST prioritariamente na escola e dentre eles 69,3% cursavam o nível fundamental e 77,9% estavam no nível médio/superior. A instituição religiosa foi o local em que menos gostariam de encontrar informações sobre DST, com a menor taxa (24,4%), sendo 19,1% vs. 27,3% comparados menor e maior grau de escolaridade (Tabela 5).

Discussão e conclusão

Foi analisado o conhecimento sobre DST dos jovens do sexo masculino, na faixa etária de 17 a 20 anos, em alistamento para seleção do serviço militar em 2007, segundo o grau de escolaridade.

A taxa de participação no estudo atingiu quase a totalidade da amostra (90%). As características sociodemográficas dos conscritos incluídos no estudo refletem as características dos jovens que se alistam para o serviço militar no Brasil, ou seja, alcançam o grau médio de escolaridade (65%). Os conscritos com pais que atingiram nível médio/superior de ensino e os solteiros tiveram mais chances de alcançar o ensino médio e superior. O conjunto de evidências empíricas apre-

Tabela 3. Associação do comportamento sexual relatado pelos conscritos (N = 35460) com grau de escolaridade. Brasil, 2007.

Variável	Total		Escolaridade				OR (95%CI)
			Fundamental		Médio-superior		
	N	%	N	%	N	%	
Atividade sexual							
Sim	26417	74,5	9409	76,1	17008	93,9	2,7 (2,29-3,21)
Não	9043	25,5	2949	23,9	66093	26,4	1
Primeira relação sexual*							
< 14 anos	4554	17,2	2184	23,2	2421	14,2	1,8 (1,66-1,89)
≥ 14 anos	21863	82,8	7225	76,8	14591	85,8	1
Uso preservativo na primeira relação sexual*							
Sim	6561	24,9	1782	19,0	4779	28,1	0,6 (0,57-0,64)
Não	18977	71,8	7275	77,3	11702	68,8	1
Não respondeu	879	3,3	352	3,7	527	3,1	
Uso preservativo na última relação sexual*							
Sim	7242	27,4	2901	30,8	4341	25,5	0,7 (0,69-0,77)
Não	18222	69,0	5947	63,3	12275	72,2	1
Não respondeu	953	3,6	561	5,9	392	2,3	
Trocou sexo por drogas, dinheiro ou bens*							
Sim	537	2,02	212	2,3	325	1,91	1,2 (0,99-1,41)
Não	5880	98,0	9197	97,7	6683	98,1	1
HSH**							
Sim	833	3,2	251	2,79	582	3,41	0,8 (0,67-0,90)
Não	25584	96,8	158	97,3	6426	96,6	1
História prévia pelo menos uma DST*							
Sim	785	3,0	407	4,3	378	2,21	2,0 (1,72-2,29)
Não	25632	97,0	9002	95,7	6630	97,8	1
Sintomas de pelo menos uma DST*							
Sintomas presentes	3403	12,9	1485	15,8	1918	11,3	1,5 (1,37-1,59)
Sem sintomas	23014	87,1	7924	84,2	15090	88,7	1

* Relação sexual com penetração; **HSH: homens que fazem sexo com homens.

Tabela 4. Análise de regressão logística múltipla de fatores associados com grau de escolaridade entre os conscritos (N = 35460) . Brasil, 2007 (N = 35460).

Variáveis	OR	IC 95%	Valor de p
Idade (19-20 anos vs. 17-18 anos)	1,2	1,18-1,32	< 0,001
Cor (branca vs. Outras)	0,9	0,82-0,91	< 0,001
Comer alimentos contaminados facilita aquisição DST (sim vs não)	2,2	1,96-2,55	< 0,001
Tomar banho em rios ou praias facilita a aquisição de DST (sim vs não)	1,5	1,27-1,88	< 0,001
Picada de mosquito facilita a aquisição de DST (sim vs não)	1,5	1,38-1,65	< 0,001
Compartilhar agulhas e seringas facilita a aquisição de DST (sim vs não)	0,7	0,62-0,78	< 0,001
De mãe para filho durante a gravidez, parto e amamentação facilita aquisição de DST (sim vs não)	0,6	0,58-0,69	< 0,001
Fazer sexo sem preservativo facilita aquisição de DST (sim vs não)	0,4	0,37-0,51	< 0,001
Início atividade sexual (< 14 anos vs ≥ 14 anos)	1,4	1,33-1,55	< 0,001
Homens que fazem sexo homens (sim vs não)	0,7	0,60-0,92	0,017
Uso de preservativo na última relação sexual (sim vs não)	0,8	0,71-0,85	< 0,001

Variáveis no modelo: idade, escolaridade pai, escolaridade mãe, com quem mora, HSH, uso preservativo na última relação sexual, primeiro coito, relação sexual, relação sexual antes dos 14 anos, probabilidades de sintomas das DST, raça/cor, comida contaminada, banho de rio, picada de mosquito, banheiro público, uso compartilhado de agulhas, não uso do preservativo, transmissão mãe-filho e DST aumenta chance de adquirir HIV.

Tabela 5. Formas nas quais os conscritos gostariam de encontrar informações sobre DST (N=35.460), segundo o grau de escolaridade. Brasil, 2007.

Onde você gostaria de obter informações sobre DST	Escolaridade					
	Total		Fundamental		Médio-superior	
	N	%	N	%	N	%
Em cartazes, panfletos, folderes	15990	45,1	4653	37,7	11337	49,1
Na escola	26551	74,9	8563	69,3	17988	77,9
Em jornais	15898	44,8	4901	39,7	10997	47,6
Com profissionais de saúde	21180	59,7	6988	56,6	14192	61,4
Na TV	22757	64,2	6870	55,6	15887	68,8
Em atividades educativas, eventos (festas, shows, etc)	13466	38,0	4032	32,6	9434	40,8
No rádio	13029	36,7	4037	32,7	8992	38,9
Na internet	19691	55,5	5694	46,1	13997	60,6
Em serviços de saúde pública	19257	54,3	6033	48,8	13224	57,2
Em serviço de saúde particular	12712	35,8	3853	31,2	8859	38,3
No trabalho	11909	33,6	3578	29,0	8331	36,1
Em instituição religiosa	8664	24,4	2361	19,1	6303	27,3
Com amigos	13430	37,9	4208	34,1	9222	39,9
Na família	16613	46,8	5328	43,1	11285	48,8

sentado por Ferreira e Veloso¹⁰ mostra que o nível de escolaridade dos indivíduos no Brasil revela um grau elevado de persistência entre as gerações, sendo que jovens com pais mais escolarizados têm um nível médio de estudo bem mais alto do que os pais com pouca escolaridade, indicando uma limitada mobilidade educacional.

A alta taxa de acertos em relação ao significado da sigla DST mostra que campanhas de in-

formação têm conseguido atingir o público jovem. As campanhas que promovem a saúde pública incluem-se nas ações de marketing social e têm demonstrado significativa efetividade¹¹. Entretanto há evidências de que as mensagens sobre DST/HIV e anticoncepção na mídia, voltadas para os adolescentes, ainda são insignificantes¹². Em geral, as campanhas são utilizadas para provocar uma movimentação momentânea, em

determinado patamar, criando “o fato” e uma demanda real. E, sem planejamento, não são construídos indicadores ou apresentadas metas factíveis que permitam o monitoramento das atividades e a posterior avaliação¹³.

A maior escolaridade também mostrou associação com a maior preocupação em se infectar com alguma DST ou com o HIV. Cabe ressaltar que, quanto às DST e ao HIV, os adolescentes demonstram basicamente três posturas: indiferença, medo do sofrimento e da morte, e sentimento de imunidade¹⁴. Na adolescência, considera-se que há um aumento da vulnerabilidade pela característica de onipotência própria da idade. Esse período do desenvolvimento, que se caracteriza, entre outras coisas, por instabilidade e suscetibilidade às influências grupais e o pensamento abstrato, faz com que se sintam invulneráveis, expondo-se a riscos sem prever suas consequências^{15,16}.

Quando são observadas as respostas sobre a transmissão das DST, percebe-se que o percentual de acerto é alto tanto em relação ao risco de fazer sexo sem preservativo como o das interações de DST com o HIV. O mesmo não ocorre quanto à transmissão vertical desses agravos e, o percentual de acerto foi mais elevado quanto mais alto o nível de escolaridade. Esses dados corroboram dados de estudo anterior realizado em conscritos, em que 90% deles responderam de forma positiva às questões sobre compartilhamento de seringas e relações sexuais sem uso de preservativo, no que concerne à transmissão do HIV, porém somente 63% responderam afirmativamente para o sexo desprotegido como forma de transmissão da sífilis e gonorréia⁷. Isso demonstra um nível de conhecimento em relação às formas de transmissão das demais DST, substancialmente inferior ao do HIV⁹. Também foi elevado o percentual de discernimento acerca dos mitos e tabus existentes sobre transmissibilidade das DST, porém essas perguntas ainda geram muitas dúvidas no momento da resposta.

Esses dados demonstram que o conhecimento sobre as formas de transmissão das DST não é suficiente para alterar comportamentos de risco. As estratégias para a ampliação do conhecimento relacionado às DST não devem ser negligenciadas, uma vez que seriam o primeiro passo na direção da percepção correta do risco dessas infecções^{6,17,18}.

O estudo de Guimarães e Witter¹⁷ considerou que houve um aumento no conhecimento das informações sobre DST entre jovens, porém outros fatores tais como: emocionais, psíquicos,

comportamentais e sociais podem aumentar a vulnerabilidade às infecções de transmissão sexual nessa população, podendo ser um dos principais desafios para controle das DST.

Em relação aos conhecimentos sobre sinais/sintomas de DST e suas etiologias, menos de 50% responderam corretamente sobre os sintomas de DST. Apesar de não haver diferença estatística, os acertos foram maiores entre os jovens com maior escolaridade. Esses dados corroboram estudo realizado em São José do Rio Preto entre escolares¹⁹, porém não podemos deixar de considerar os vícios de informação, que tendem a subenumerar informações referentes a temas que possam representar constrangimento para os entrevistados²⁰, visto que é identificado no adolescente a queixa da falta de um espaço para falar sobre suas contradições, dúvidas, ansiedades e debater sobre seus valores e conflitos, o que contribui para que não viva sua sexualidade sem medo ou culpa, expondo-se a comportamentos de risco^{21,22}.

O presente estudo mostrou a escolaridade como variável explicativa das diferenças referentes aos comportamentos sexuais de risco dos conscritos. Os jovens com maior escolaridade relataram início de atividade sexual mais tardia e uso mais frequente de preservativo, tanto na primeira como na última relação sexual. Os resultados são semelhantes aos encontrados em pesquisa anterior com conscritos no Brasil⁹, em que jovens com primeiro grau incompleto relataram ter iniciado mais precocemente atividade sexual, tiveram número maior de parcerias sexuais casuais e relataram menor frequência de utilização do preservativo.

No modelo final de regressão logística, as variáveis estatisticamente associadas à menor escolaridade foram ter 19 ou 20 anos, ter iniciação sexual antes dos 14 anos, responder erroneamente sobre as formas de transmissão das DST. Estiveram associados à maior escolaridade o autorrelato de ser branco, o uso de preservativo na última relação sexual, ser HSH, responder corretamente que DST podem ser transmitidas por compartilhar seringas e agulhas, da mãe para o filho, no parto e na amamentação e que relações sexuais sem preservativos aumentam o risco de transmissão.

Embora o estudo transversal não seja o ideal na avaliação da influência da escolaridade nos conhecimentos dos conscritos, sua aplicação se justifica para demonstrar a susceptibilidade dos jovens às infecções que podem causar complicações futuras, e implementar a atenção à saúde

dessa população. O questionário foi autoaplicado, o que pode ter gerado subestimação dos resultados. Os jovens poderiam temer responder questões sobre comportamento sexual, visto que estavam se apresentando para seleção do exército e, portanto, havia a possibilidade de apresentarem uma tendência às respostas socialmente aceitáveis. Podem ter ocorrido imprecisões na lembrança do uso do preservativo, da idade na primeira relação sexual e do número de parcerias sexuais.

Observa-se que houve mudança quanto à preferência do local onde receber informações sobre DST/aids, pois estudo com a mesma população, em 2002⁹, apontou os serviços de saúde como prioritários no recebimento dessas informações e, este desloca essa preferência para as

escolas. Isso pode ser reflexo da falta de identificação dessa população com os serviços de saúde e, também, que naquela época ainda eram tênues as ações de saúde nas escolas, o que pode ter aproximado os educadores da temática de sexualidade e DST.

A PCAP – Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas da população brasileira sobre DST/HIV/aids, realizada pelo Ministério da Saúde, em 2004, mostrou, também, que o maior grau de escolaridade implica em um menor grau de vulnerabilidade às DST/HIV²³. Os dados descritos neste estudo apontam que esse grupo deve ser, prioritariamente, alvo de medidas preventivas e campanhas educacionais, isto antes que possam ocorrer o abandono da escola e o início da atividade sexual.

Colaboradores

D Ribeiro e EF Rezende contribuíram para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; na elaboração do rascunho e na revisão crítica do conteúdo; e da aprovação da versão final do manuscrito. VM Pinto e GFM Pereira contribuíram para a concepção e o planejamento dos dados e na elaboração do rascunho do manuscrito. V Saraceni contribuiu para a análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e na revisão crítica do conteúdo. AE Miranda contribuiu para a análise e a interpretação dos dados; na elaboração do rascunho e na revisão crítica do conteúdo; e da aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde (PN-DST/AIDS – UNESCO), responsável pela parte operacional e técnica do Projeto e ao Ministério da Defesa pela aplicação do estudo comportamental, coleta das amostras e análise laboratorial, realizada no Instituto de Biologia do Exército (IBEx).

Referências

1. Gomes MRO. *Prevalência da Infecção pelo HIV e Comportamento de Risco em Jovens Conscritos do Exército Brasileiro* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2001.
2. Population Reference Bureau. *La juventud Del mundo 2000*. Washington DC: Population Reference Bureau; 2000.
3. World Health Organization (WHO). *Aider les jeunes a faire des choix sains en matiere de sexualité et de procriation, declare le directeur general de l'OMS*. Geneva: WHO; 1999.
4. Ruzany MH, Szwarcwald CL. Mortalidade De Adolescentes no Município do Rio de Janeiro, De 1981 a 1995 – Quantos Óbitos Poderiam Ser Evitados? *Rev Pediatría* 1999; 75(5):327-333.
5. Carret ML, Fassa AG, da Silveira DS, Bertoldi AD, Hallal PC. Sexually transmitted diseases symptoms in adults: prevalence and risk factors. *Rev Saude Publica* 2004; 38(1):76-84.
6. Bastos FI, Barata RC, Aquino EL, Latorre MR. Sexual behavior and perceptions of the Brazilian population regarding HIV/AIDS. *Rev Saude Publica* 2008; 42 (Supl. 1):1-4.
7. Rebello LEFS, Gomes R. Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de universitários Homens Jovens. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):653-660.
8. Parker R. Sexo entre homens: consciência da AIDS e comportamento sexual entre homens homossexuais e bissexuais no Brasil. In: Parker RG, C Bastos, J Galvão, JS Pedrosa, organizadores. *A AIDS no Brasil: 1982-1992*. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará; 1994. p. 142.
9. Szwarcwald CL, de Carvalho MF, Barbosa Júnior A, Speranza FA, de Castilho EA. Temporal trends of HIV-related risk behavior among Brazilian military conscripts, 1997-2002. *Clinics (São Paulo)* 2005; 60(5):367-374.
10. Ferreira S, Veloso FA. Mobilidade intergeracional de educação no Brasil. *Pesquisa e Planejamento Econômico* 2003; 33(3):481-513.
11. Morris ZS, Clarkson PJ. Does Social Marketing provide a framework for changing healthcare practice? *Health Policy* 2009; 91(2):135-141.
12. Mello GR, Castro G, Reggiani C, Carvalho NS. Erotismo e prevenção de DST/aids entre os adolescentes. Como atuam os meios de comunicação? *DST – J Bras Doenças Sex Transm* 2005; 17(2):99-106.
13. Saraceni V, Leal MC, Harts ZMA. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5(3):263-273.
14. Dias ACG, Gomes WB. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. *Estud Psicol* 1999; 4(1):79-106.
15. Taquette SR, Ruzany MH, Meirelles Z, Ricardo I. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/Aids. *Cad Saude Publica* 2003; 19(5):1437-1444.
16. Miranda AE.; Gadelha AMJ.; Szwarcwald CL. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):207-216.
17. Guimarães EA, Witter GP. Gravidez na adolescência: Conhecimentos e prevenção entre jovens. *Bol Acad Paulista Psicol* 2007; 27(2):167-168.
18. Taquette S, Vilhena M, Paula M. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2004; 1(20):282-290.
19. Barbosa GR, Garcia FCP, Manzato AJ, Martins RA. Conhecimento sobre DST/Aids, Hepatites e conduta sexual de universitários de São José do Rio Preto, SP. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2006; 18(4):224-230.
20. Harrington KF, Di Clemente RJ, Wingood GM, Crosby RA, Person S, Oh MK, Hook EW 3rd. Validity of self-reported sexually transmitted diseases among African American female adolescents participating in an HIV/STD prevention intervention trial. *Sex Transm Dis* 2001; 28(8):468-471.
21. Alfonso LM, Dias SZR. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Rev. Cubana Salud Pública* 2003; 29(2):183-187.
22. Dotta RM, Alves PB, Koller SH, Brito RC. Sexualidade, aids e drogas: um relato de intervenção com adolescentes. *Revista Bras. Cresc. Desenv. Hum.* 2000; 10(2):35-44.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004*. Brasília: MS; 2005.

Artigo apresentado em 14/10/2011

Aprovado em 20/11/2011

Versão final aprovada em 13/12/2011