



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. **Key words** 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 Infecciosas, Departamento de Medicina Social, Centro Biomédico, Universidade Federal do Espírito Santo. Avenida Marechal Campos 1468, Maruípe. 29040-091 Vitoria 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, consideraram 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 não 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 inicio 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%, 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 consrito 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 | | | | | |
|---------------------------------|--------------|------|-------------|------|----------------|-------|
| | 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 |
| 19 | 4000 | 11,3 | 1984 | 16,1 | 2016 | 2,9 |
| 20 | 1254 | 3,5 | 726 | 5,9 | 529 | 3,2 |
| Escolaridade da mãe | | | | | | |
| Fundamental | 17284 | 48,8 | 8016 | 78,5 | 9268 | 5,30 |
| Médio | 4514 | 12,7 | 1200 | 11,9 | 3294 | 2,34 |
| 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 |
| Médio | 4316 | 12,2 | 1145 | 9,2 | 3171 | 2,29 |
| 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 |
| Separado/divorciado/viúvo | 331 | 0,9 | 242 | 1,9 | 89 | 5,88 |
| 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 |
| Preta | 4755 | 13,4 | 2234 | 18,1 | 2521 | 2,73 |
| Outras | 5088 | 14,3 | 2425 | 19,6 | 2663 | 2,81 |
| 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. Apesar de 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 [$OR = 1,2$ (IC95%: 1,18-1,32)]; afirmar 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)]; e início de atividade sexual antes dos 14 anos de idade [$OR = 1,4$ (IC95%: 1,33-1,55)]. As variáveis com associação inversa foram: ser branco [$OR = 0,9$ (IC95%: 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 | Total | | Escolaridade | | | | OR (95%CI) |
|---|-------|------|--------------|------|-------|------|------------------|
| | 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 | Escolaridade | | | | | | |
|---|--------------|------|-------------|------|----------------|------|------------------|
| | Total | | Fundamental | | Médio-superior | | OR (95%CI) |
| | 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 |
| | 0,4 | 0,37-0,51 | < 0,001 |
| Fazer sexo sem preservativo facilita aquisição de DST (sim vs não) | 1,4 | 1,33-1,55 | < 0,001 |
| Início atividade sexual (< 14 anos vs ≥ 14 anos) | 0,7 | 0,60-0,92 | 0,017 |
| Homens que fazem sexo homens (sim vs não) | 0,8 | 0,71-0,85 | < 0,001 |
| Uso de preservativo na última relação sexual (sim vs não) | | | |

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 infetar 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 gonorreia⁷. 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 tenues 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 – UNES- CO), 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 matière de sexualité et de procréation, declare le directeur général 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 Pediatria* 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. Taquete 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