

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

LUIZ ROGÉRIO ROMERO

**PREVENÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS, PRÁTICA SEXUAL DE RISCO, USO
DE DROGAS, DESEMPENHO ESCOLAR, LAZER E
ATIVIDADE FÍSICA ENTRE ESTUDANTES DE
MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA**

Orientadora: Profa. Dra Ivete Dalben

Botucatu
2011

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

**PREVENÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS, PRÁTICA SEXUAL DE RISCO, USO
DE DROGAS, DESEMPENHO ESCOLAR, LAZER E
ATIVIDADE FÍSICA ENTRE ESTUDANTES DE
MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA**

Aluno: Luiz Rogério Romero

Orientadora: Profa. Dra Ivete Dalben

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração: Saúde Pública.

Botucatu
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *SELMA MARIA DE JESUS*

Romero, Luiz Rogério.

Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, prática sexual de risco, uso de drogas, desempenho escolar, lazer e atividade física entre estudantes de município do interior paulista / Luiz Rogério Romero. - Botucatu, 2011

Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011

Orientador: Ivete Dalben

Capes: 40602001

1. Adolescentes – Doenças – Prevenção. 2. Doenças sexualmente transmissíveis. 3. Saúde pública.

Palavras-chave: Adolescente; Atividade Física; Doenças sexualmente transmissíveis; Lazer; Prática sexual de risco; Prevenção; Tempo livre.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais,
Marina de Souza Romero e Luiz Romero

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Ivete Dalben, pela confiança, apoio e orientação no trabalho e na vida. Muito obrigado!

À Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, Profa. Dra. Luciene Ferreira da Silva, Profa. Dra. Margareth Aparecida Santini de Almeida e Profa. Dra. Naila Janilde Seabra Santos, pelas relevantes contribuições que auxiliaram no aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos professores do Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, pela formação construída durante estes anos de estudos.

À Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino e ao Prof. Dr. Valdemar Pereira de Pinho, pelos ensinamentos durante o estágio-docência.

À Profa. Dra. Cristina Maria Garcia de Lima Parada, Profa. Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes, Profa. Dra. Sandra Lia do Amaral, Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi e Profa. Dra. Wilza Carla Spiri, pelo exemplo e incentivo durante o curso.

Ao Prof. Dr. Henrique Luiz Monteiro, pelo apoio de sempre e incentivo neste e em outros trabalhos.

Aos funcionários da UNESP/Botucatu, em especial do Departamento de Saúde Pública – UNESP/Botucatu, Seção de Graduação, Seção de Pós-graduação e Biblioteca, pela colaboração e pronto atendimento.

Aos alunos, diretores, professores e funcionários das escolas participantes deste trabalho, pela colaboração e espaço proporcionado.

À Secretaria Regional de Educação do estado de São Paulo – região de Bauru-SP, Diretoria Municipal de Educação de Lençóis Paulista-SP, pela colaboração.

À Fundunesp, pelo auxílio financeiro na impressão dos materiais.

À Capes, pela bolsa de estudos.

Aos colegas de turma, pelo convívio e troca de experiências nesses anos.

Aos parceiros e parceiras do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – UNESP/Botucatu, pela convivência e constante aprendizado.

Aos profissionais da Equipe Saúde da Família do Jardim Santa Elisa, pelo acolhimento e espaço de aprendizado.

Aos colegas do Projeto de Apoio Institucional para o Desenvolvimento do Sistema de Saúde Regional visando o apoio e fortalecimento da capacidade de gestão dos

Departamentos Regionais de Saúde de Bauru, Marília, Sorocaba e Registro, pela experiência, alegria e desenvolvimento profissional.

Aos profissionais da Diretoria Regional de Saúde IX - Marília-SP, gestores e funcionários da saúde dos municípios das regiões de Marília, Assis, Ourinhos, Tupã e Adamantina, pela convivência.

À minha irmã, Adriana, e sobrinhas, Juliana e Amanda, pelo apoio e presença constante.

À minha querida esposa Danielli, pelo apoio, paciência, ajuda em todos os momentos e lições de quem já percorreu este caminho. Muito obrigado.

À minha filha LUIZA, minha alegria e maior motivação para continuar caminhando.
Te amo filha!

Aos meus Pais, Luiz e Marina, minhas principais referências de valores éticos, perseverança e respeito. Devo a vocês todas as conquistas da minha vida.

RESUMO

ROMERO, L.R. **Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, prática sexual de risco, uso de drogas, desempenho escolar, lazer e atividade física entre estudantes de município do interior paulista**. 2011. (Tese). 130p. Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP - Univ Estadual Paulista.

A adolescência caracteriza-se por mudanças intensas no aspecto físico, emocional e social. Soma-se o fato de que a influência do grupo de amigos neste momento da vida parece ganhar força e interferir ou determinar o comportamento, sobretudo, relacionado à saúde. O uso de substâncias psicoativas e do comportamento sexual de risco, nessa fase da vida, situa-se como preocupação crescente na literatura. Embora importante para diminuição de práticas sexuais de risco, entre os adolescentes, o conhecimento sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e Aids (DST/Aids), tem dividido atenções com outras variáveis do modo de viver do adolescente. Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo estudar a associação de conhecimentos sobre a prevenção das DST/Aids, a prevalência de práticas sexuais de risco, uso de drogas, desempenho escolar, o nível de atividade física habitual e a quantidade e formas de utilização do tempo livre e lazer entre estudantes do ensino fundamental e médio de escolas públicas e privadas de um município do interior paulista. Teve como população alvo os alunos de 7^a e 8^a séries do ensino fundamental, assim como estudantes do 1^o, 2^o e 3^o ano do ensino médio. Foi conduzido um estudo do tipo transversal com aplicação de questionário estruturado, previamente testado, individual, anônimo e de auto-preenchimento. O teste Qui-quadrado foi aplicado para avaliar as diferenças entre as frequências e o teste de Regressão Logística *passo-a-passo para trás* para identificar os possíveis fatores preditores de conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e prática sexual sem o uso de preservativo. Todos os testes tiveram nível de significância de 5%. Dentre os resultados, cerca de 50% pertence ao sexo masculino, faixa etária de 12 a 19 anos, com idade média de 15 anos ($\pm 1,5$ anos), e pouco mais de 50% matriculados no ensino fundamental. Indivíduos com menor conhecimento sobre a prevenção das DST/Aids com maior frequência relatam não ter horas livres durante a semana, dirigir por prazer e ir à igreja ou serviço religioso e relações sexuais sem o uso de preservativo no último mês. Adolescentes com maior conhecimento sobre prevenção DST/Aids pertenciam às classificações sociais A e B, e nas horas livres, saíam com a família/namorado(a), freqüentavam bares/festas/boates ou dedicavam-se a leitura ou usavam o computador/internet. Estudantes com menor conhecimento sobre a prevenção das DST/Aids, assim como os que praticaram sexo sem o uso de preservativo, apresentaram avaliação do desempenho escolar como péssimo ou insuficiente, com maior frequência. A prática sexual de risco foi relacionada a ausência de hora livre nos finais de semana, trabalho remunerado, dirigir por prazer, participar de trabalhos voluntários, freqüentar bares/festas/boates, uso de drogas lícitas e ilícitas. A população masculina apresentou maior nível de atividade física, como observado em outros estudos. Não houve diferença significativa desta variável em relação ao conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e sexo sem preservativo. Entre as mulheres, a análise de regressão logística apontou possível associação entre o maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e ascensão nas séries escolares, auto-avaliação positiva

do desempenho escolar, tempo livre durante a semana e extratos sociais mais privilegiados. O menor conhecimento foi associado a dirigir por prazer e ir à igreja ou serviço religioso nas horas livres. Para a população masculina, o maior conhecimento foi associado à ascensão nas séries escolares, tempo livre nos finais de semana, extratos sociais privilegiados e percepção de apoio emocional de amigos e familiares. O menor conhecimento foi associado ao pensamento em abandonar a escola e sentimento de rejeição no grupo de amigos. Em relação ao risco de exposição à prática sexual sem preservativo foi associado, entre as mulheres, ao aumento da idade, pensamento em abandonar a escola, uso de drogas lícitas, participação em trabalhos voluntários, trabalho em período parcial/integral e considerar o risco de adoecer de Aids. Entre os homens, foi associado ao avanço nas séries escolares, uso de drogas lícitas, ilícitas e considerar o risco de adoecer de Aids. O uso de computador/internet apresentou-se como possível fator de proteção ao sexo desprotegido. A associação entre o risco de adquirir DST/Aids em relação ao conhecimento sobre a prevenção das mesmas, tanto para homens quanto para mulheres, manteve relação inversamente proporcional. O sentimento de rejeição por amigos ou outros da mesma idade apresentou associação negativa com o conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e positiva com prática sexual sem preservativo. A percepção de apoio emocional de amigos, familiares e namorado foi associado positivamente com o conhecimento sobre prevenção das DST/Aids. Aponta-se para a necessidade de valorização do tempo livre e reconhecimento do lazer de adolescentes, assim como aprofundamento da relação entre as diversas práticas de atividades físicas e comportamento sexual de risco. Considera-se a diversidade de fatores participantes do encaminhamento da prática sexual e a necessidade de empoderamento destes indivíduos, no sentido de subsidiar elementos para a reflexão e auto-conhecimento para os desafios da vida em sociedade. Assim como, a importância das políticas públicas, de ações do poder público, instituições educacionais e serviços de saúde, assim como a família e grupo de amigos de modo sistematizado e coletivo, observando limites e potencialidades locais e regionais, com participação protagonista dos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescente; Atividade Física; Doenças sexualmente transmissíveis; Lazer; Prática sexual de risco; Prevenção; Tempo livre

ABSTRACT

ROMERO, L.R. **Prevention of sexually transmitted diseases, sexual risk practice, drug use, school performance, leisure and physical activity among students in the city of São Paulo state.** 2011. (Thesis). 130p. Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP - Univ Estadual Paulista.

Adolescence is characterized by deep changes in the physical, emotional and social. Added to the fact that the influence of the group of friends at this time of life seems to gain strength and interfere or determine the behavior, especially related to health. The use of psychoactive substances and sexual risk behavior in this phase of life, stands as growing concern in the literature. While important to decrease risky sexual practices among adolescents, knowledge about the prevention of sexually transmitted diseases and AIDS (STD / AIDS), has shared stage with other variables in the way of life of adolescents. Thus, this work aimed to study the association of knowledge about STD / AIDS, the prevalence of risky sexual practices, drug use, school performance, level of physical activity and the amount and ways of using free time and leisure among students in elementary and secondary education in public and private schools from a city in São Paulo. Target population had students 7th and 8th-graders, as well as students first, second and third years of high school. We conducted a cross-sectional study with a structured questionnaire, previously tested, individual anonymous self-completion. The chi-square test was applied to assess differences between frequencies and logistic regression test step by step back to identify possible predictors of knowledge about STD / AIDS and sexual intercourse without condom use. All tests had a significance level of 5%. Among the results, about 50% are male, aged 12 to 19 years, mean age 15 years (± 1.5 years), and just over 50% enrolled in primary education. Individuals with less knowledge about the prevention of STD / AIDS more frequently reported not having free time during the week, driving for pleasure and go to church or religious service, and sex without a condom in the last month. Adolescents with greater knowledge about STD / Aids prevention belonged to social classifications A and B, and in his spare time, go out with family / boyfriend (a) attending bars / parties / clubs or devoted to reading or used computers / internet . Students with less knowledge about the prevention of STD / AIDS as well as those who had sex without using condoms, had assessment of school performance as bad or insufficient, more often. The practice sexual risk was related to lack of free time on weekends, paid work, driving for pleasure, engage in volunteer work, going to bars / parties / clubs, use of licit and illicit drugs. The male population had a higher level of physical activity, as observed in other studies. There was no significant difference in this variable in relation to knowledge about STD / AIDS and unsafe sex. Among women, the logistic regression analysis showed a possible association between increased knowledge about prevention of STD / AIDS and the rise in school grades, positive self-evaluation of school performance, free time during the week and more privileged social strata. The less knowledge was associated with driving for pleasure and go to church or religious service in his spare time. For the male population, greater knowledge was associated with a rise in school grades, free time on weekends, privileged social strata and perception of emotional support from friends and family. The less knowledge was coupled with the thought of leaving school and rejection in the group of friends. As for the risk of

exposure to unprotected sexual practice was associated among women, increasing age, thought to drop out of school, use of licit drugs, participation in volunteer work, work part time / full and consider the risk of sick with AIDS. Among men, was associated with improvement in school grades, use of licit drugs, illicit and consider the risk of getting AIDS. The use of computer / Internet presented itself as a protection factor for unprotected sex. The association between the risk of acquiring STD / AIDS in relation to knowledge about the prevention of the same, both for men and women, remained inversely proportional. The feeling of rejection by friends or others of the same age were negatively associated with knowledge about STD / AIDS and positive practice sex without condoms. The perception of emotional support from friends, family and boyfriend was positively associated with knowledge about STD / AIDS. They point to the need to value free time and leisure in recognition of adolescents as well as deepening the relationship between the different practices of physical activity and sexual risk behavior. It is the diversity of factors participating in the delivery of sexual practice and the need for empowerment of these individuals, the sense of supporting elements for reflection and self-knowledge to the challenges of life in society. As the importance of public policies, actions of public, educational and health services, as well as family and group of friends so systematic and collective, observing limits and potential local and regional player participation to adolescents.

Keywords: Adolescents, Physical Activity, Sexually transmitted diseases; Leisure, sexual risk practice; Prevention; Free time

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Distribuição dos estudantes em frequência absoluta e relativa segundo: sexo, idade, estado civil, número de filhos, série e prática religiosa. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005 66
- Tabela 2:** Distribuição dos estudantes em frequência relativa e absoluta segundo, classificação sócio-econômica e tempo destinado ao trabalho remunerado. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005 67
- Tabela 3:** Distribuição dos estudantes em frequência relativa e valor de p no teste estatístico Qui-quadrado de Pearson segundo, sexo, auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção de DST/Aids, exposição ao sexo sem o uso de preservativo no último mês, tempo livre e atividades desenvolvidas. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005 69
- Tabela 4:** Distribuição dos estudantes em frequência relativa e valor de p no teste estatístico Qui-quadrado de Pearson segundo, sexo, auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção de DST/Aids, exposição ao sexo sem o uso de preservativo no último mês, atividades quando falta às aulas, locais de lazer, nível de atividade física, uso de drogas, desempenho escolar e pensar em abandonar a escola. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005 72
- Tabela 5:** Distribuição dos estudantes em frequência relativa e valor de p no teste estatístico Qui-quadrado de *Pearson* segundo, sexo, relações sexuais sem o uso de preservativo no último mês, consideração do risco de adoecer com Aids, esclarecimento em relação aos riscos de adquirir Aids, hipótese de usar algum tipo de proteção contra a Aids e auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção de DST/Aids. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005..... 73
- Tabela 6:** Distribuição dos estudantes em frequência relativa e valor de p no teste estatístico Qui-quadrado de *Pearson* segundo, auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção de DST/Aids, relações sexuais sem o uso de preservativo no último mês, classificação sócio-econômica, e tempo destinado ao trabalho remunerado. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005 74
- Tabela 7:** Distribuição dos estudantes em frequência absoluta e relativa segundo, sexo e nível de ensino, apoio emocional, dificuldade de fazer novas amizades e sentimento de rejeição pelo grupo de amigos. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005 75
- Tabela 8:** Distribuição dos estudantes em frequência relativa segundo, sexo, auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção das DST/Aids, relação sexual sem preservativo, apoio emocional, dificuldade de fazer novos amigos e sentimento de rejeição pelo grupo de amigos. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005. 76
-

Tabela 9:	Distribuição dos estudantes em frequência relativa segundo, nível de ensino, sexo, auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção das DST/Aids, relação sexual sem preservativo, apoio emocional, dificuldade de fazer novos amigos e sentimento de rejeição pelo grupo de amigos. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005.....	77
Tabela 10:	Valores de OR, IC (95%) e p-valor, segundo sexo na análise de regressão logística para auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção das DST/Aids entre estudantes do ensino fundamental e médio. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005.....	79
Tabela 11:	Valores de OR, IC (95%) e p-valor, segundo sexo na análise de regressão logística para relações sexuais sem o uso de preservativo no último mês entre estudantes do ensino fundamental e médio. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIPEME - Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado

Aids - *Acquired immune deficiency syndrome*

DST - Doenças sexualmente transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

EJA - Educação de Jovens e Adultos

HIV - *Human immunodeficiency vírus*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Intervalo de Confiança

kcal - quilocaloria

OMS - Organização Mundial da Saúde

OR - *Odds Ratio*

PSF - Programa Saúde da Família

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1. Adolescência e as doenças sexualmente transmissíveis (DST)	17
2.1.1. <i>Ser adolescente na dimensão das DST/Aids</i>	18
2.1.2. <i>Comportamento sexual e as relações de gênero na adolescência</i>	20
2.1.3. <i>Engajamento em comportamentos de risco</i>	22
2.1.4. <i>Adolescentes e a busca ativa de informações</i>	27
2.1.5. <i>O ambiente familiar e os amigos</i>	29
2.1.6. <i>Escolhas sob influências afetivas</i>	31
2.2. Diretrizes e ações dos serviços de saúde	38
2.3. Lazer, tempo livre e o adolescente	40
2.4. Atividade física, comportamentos relacionados à saúde e DST/Aids	48
3. OBJETIVOS	57
3.1. Objetivo geral	57
3.2. Objetivos específicos	57

4. SUJEITOS E MÉTODO	59
4.1. Sujeitos	59
4.2. Desenho do estudo	59
4.3. Local da pesquisa	59
4.4. Instrumentos	59
4.4.1. <i>Questionários</i>	59
4.4.2. <i>Mensuração do nível de atividade física habitual</i>	60
4.5. Procedimento de coleta de dados	61
4.6. Análise estatística	62
5. RESULTADOS	66
6. DISCUSSÃO	83
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
7.1. <i>Conclusões</i>	98
7.2. <i>Limitações do estudo</i>	102
8. REFERÊNCIAS	104
9. ANEXOS	123

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho analisa alguns aspectos do modo de viver e alguns desfechos de adolescentes matriculados em instituições de ensino públicas e particulares de um município do interior paulista, segundo variáveis de interesse. Neste município, tive a oportunidade de viver toda a infância e adolescência.

Durante e após a conclusão do curso de Licenciatura Plena em Educação Física realizado na Faculdade de Educação Física da UNESP-Bauru, trabalhei como professor na rede pública e particular de ensino em escolas do município de Bauru/SP e Lençóis Paulista/SP. Entre os anos de 1996 e 2009, convivi com turmas da educação infantil, educação básica, ensino médio e superior. Nesta vivência, dentre os fatos que despertaram questionamentos e interesses de investigação científica, o comportamento relacionado à saúde dos estudantes foi o mais intrigante.

O estudo iniciou-se em 2004, durante o curso de Mestrado em Saúde Coletiva oferecido pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Pública – Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Naquela oportunidade, foi analisada a relação do uso de substâncias psicoativas, atividade física habitual e outros comportamentos relacionados à saúde destes estudantes.

No atual momento de investigação, o foco principal foi o conhecimento sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e Aids (DST/Aids), o comportamento sexual de risco, a quantidade de horas livres e lazer entre escolares. Por meio de estimativa de prevalência e freqüências, descreveu-se algumas características desta população de estudantes, segundo sexo, o conhecimento sobre prevenção das DST/Aids, a prática sexual de risco e nível de atividade física habitual. Posteriormente, com o auxílio de testes de regressão logística, foram identificados possíveis fatores preditores e protetores de práticas sexuais não-seguras.

Dessa forma, almejo ampliar a compreensão desta temática envolvendo a saúde do adolescente. Também favorecer reflexões sobre programas de prevenção e de ações de saúde, assim como o entendimento do adolescente como um ser humano integral inserido em sociedade, respeitando suas necessidades educacionais, de saúde e de vida.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Adolescência e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

A adolescência caracteriza-se por ser uma fase da vida complexa, com mudanças intensas no aspecto físico, emocional e social e riscos específicos à saúde. Nesta fase do viver, experimentam comportamentos de adulto ao passo que ainda são dependentes dos pais e família, tanto no aspecto financeiro como emocional (Aberastury e Knobel, 1981). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é o período entre 10 e 19 anos. Para o estatuto da criança e do adolescente foi definida a faixa etária entre 12 e 18 anos (Brasil, 1990a). Ressalta-se que gozar de saúde na adolescência facilita o enfrentamento de passagem para a vida adulta, sejam nos aspectos físicos, psicológicos e/ou sociais. Portanto, promover a saúde do jovem proporciona benefícios ao longo da vida para o indivíduo e para toda sociedade (Currie et al., 2004).

Jeolás (2007) caracteriza a passagem para adolescência como ritual pulverizado e identificado em roupas, acessórios, tatuagens, músicas e linguagens, modificadas segundo o mercado e a moda. Soma-se o fato de que a influência do grupo de amigos parece ganhar força e interferir ou determinar o comportamento, sobretudo, relacionado à saúde. No entanto, poucos estudos têm direcionado esforços aos fatores de proteção à saúde, que potencialmente poderiam subsidiar estes adolescentes na resistência a pressões de natureza deletérias exercidas pelas escolhas do viver.

Um dos processos de maior relevância vivenciado, nesta ocasião, é o desenvolvimento da sexualidade, envolvendo mudanças físicas relacionadas a puberdade, mudanças psicológicas e interpessoais. Nesta fase, os indivíduos precisam aprender como se sentir confortável com ele mesmo, como lidar com os sentimentos sexuais e de relacionamento saudáveis com outras pessoas. Enfatiza-se que a adolescência é um período contraditório em oportunidades, pois surgem novas idéias, opções a serem exploradas, tanto em ações positivas ao desenvolvimento integral, como para situações negativas, potencializando o risco e vulnerabilidade (Currie et al., 2004).

2.1.1. Ser adolescente na dimensão das DST/Aids

O estudo sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionadas às DST e Aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade (Brasil, 2008), teve como objetivo obtenção de dados por meio de inquérito nacional para acompanhamento sistemático de indicadores sobre comportamento, atitudes e práticas da população brasileira. Os resultados apontaram que, de modo geral, a população possui elevado conhecimento sobre as formas de infecção pelo HIV e de prevenção da Aids. Destacaram também que o conhecimento foi maior entre pessoas de maior escolaridade e que não há diferenças regionais relevantes sobre o conhecimento. Aproximadamente 61% dos jovens entre 15 e 24 anos de idade reportaram o uso de preservativo na primeira relação sexual, sendo os homens em maior prevalência (63,8%). Saliente-se que o uso de preservativo na primeira relação sexual entre jovens era de 9% em 1986, passou para 52,8% em 1998, 53,2% em 2004 e 60,9% em 2008. O estudo também destacou que os jovens apresentaram comportamento mais seguro em comparação com outras idades, com alto conhecimento sobre como se prevenir da infecção pelo HIV. Esta população foi uma das que mais adquiriu o preservativo gratuitamente, sendo a escola o segundo local de maior distribuição.

No contexto das DST/Aids, Fonseca et al. (2000) investigaram a evolução temporal dos casos notificados de Aids no Brasil e sua relação com a escolaridade nas diferentes regiões do país. Todos os casos de Aids em indivíduos com idades entre 20 e 69 anos, notificados até 29 de maio de 1999, diagnosticados entre 1986 e 1996, foram incluídos no estudo. Verificou-se que neste período houve diminuição do número de casos entre os indivíduos de maior escolaridade e aumento entre as pessoas com menor nível educacional. O estudo mostra que a epidemia de Aids no Brasil se iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para os estratos sociais menos escolarizados. Esse fato foi evidenciado tanto pela variação na proporção de casos como pelas taxas de incidência, em todas as regiões do país, para ambos os sexos.

Entre os jovens, dentre a complexidade de fatores relacionados ao desenvolvimento da Aids, aspectos sócio-econômicos têm inferido constante relevância em diversas pesquisas. Em estudo transversal baseado em questionário anônimo e auto-aplicado sobre o conhecimento em relação às DST/Aids e comportamento sexual entre 945 estudantes de 13 a 21 anos do ensino médio no

Rio de Janeiro, Trajman et al. (2003) constataram que 59% já haviam iniciado sua vida sexual, sendo que a mediana de idade para a primeira relação sexual foi de 15 anos. Entre estes, 94% relataram conhecer a proteção oferecida pelo preservativo, no entanto, apenas 34% declararam usar sempre. Também evidenciou associação entre baixa renda familiar, conhecimento insatisfatório sobre DST/Aids e uso inconstante de preservativos. Hoyos e Sierra (2001), referindo-se ao comportamento sexual de jovens mexicanos, constataram que apenas 30% dos adolescentes questionados apontaram para o uso de *condom* em todas as relações sexuais. Vale ressaltar, que esta prática preventiva esteve associada às classes sócio-econômicas mais elevadas.

Farias (2004), ao estudar a distribuição de morbi-mortalidade por Aids no município de São Paulo, no período de 1994 a 2001, por áreas de inclusão e exclusão social, identificou diminuição de casos e de mortalidade em regiões mais favorecidas socioeconomicamente. Em contrapartida, as regiões de maior exclusão social, os registros apontaram aumento de morbidade e mortalidade por Aids. Destaca-se que o padrão de epidemia do presente estudo acompanha o observado no país, caracterizando maiores proporções em regiões periféricas, pobres e população feminina.

Em estudo sobre tendências e diferenciais sócio-demográficos do uso do preservativo na população brasileira urbana, observou-se que houve aumento do uso de preservativo tanto nas relações estáveis como nas eventuais. Entre jovens de 16 a 24 anos, o uso de preservativo na última relação sexual passou de 19,5% para 55,5%. Com o aumento da idade, houve tendência a diminuir o uso de preservativo. A frequência média de uso consistente de preservativo foi de 21%. O relato de uso consistente aumenta com a escolaridade. Os autores ressaltaram ainda a necessidade de implementar ações que favoreçam o uso consistente de preservativo, principalmente em grupos populacionais mais vulneráveis como mulheres jovens ou, até mesmo, em parcerias estáveis (Berquó et al., 2008).

Desse modo, observa-se consenso entre os pesquisadores sobre o conhecimento de métodos preventivos e maior nível educacional. Destacou-se também a associação do desfavorecimento sócio-econômico, gênero feminino e maior risco de acometimento por DST/Aids.

2.1.2. Comportamento sexual e as relações de gênero na adolescência

Outro destaque foi referente à comunicação e negociação sobre uso de preservativo entre os parceiros, que envolve outras situações além de conhecimento. Borges (2007), em estudo sobre relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes, relatou que as adolescentes referiram diminuição de uso de preservativos nas práticas sexuais que envolviam o aspecto afetivo-amoroso.

Vilela e Doreto (2006) assinalaram que a dinâmica das relações de gênero impõe às moças o recato em relação ao sexo, enquanto que, para os rapazes, espera-se que não haja muito pudor ou embaraço em relação ao tema. Isso resultaria no elevado valor atribuído à virgindade, para as moças, e à experiência sexual, para seus pares masculinos. Afirmaram que tal descompasso de expectativas nem sempre corresponde às vivências individuais, mas dificultaria o diálogo aberto sobre sexo e o compartilhamento de estratégias para que o início da vida sexual não promova descontentamento.

Destaca-se também a relação de submissão, cabendo a mulher conceder o ato sexual. Para as mulheres, a exposição ao risco parece ser a melhor opção comparando a possibilidade de perder a relação estável ou inicial (Geluda et al., 2006).

Nas relações de gênero, a confiança e a fidelidade são pressupostos estabelecidos para a relação sexual sem o uso de preservativo. Vilela e Doreto (2006) apontaram que, na visão dos jovens investigados, a fidelidade a um único parceiro acarreta a segurança necessária para a relação sexual sem o uso de preservativo. No universo feminino uma relação estável e monogâmica é necessária para o bom desenvolvimento de seu papel social e, a manutenção deste comportamento contribui para o desenvolvimento e ascensão de sua auto-estima. Segundo os autores, percebe-se nos discursos dos adolescentes que a fidelidade feminina é uma obrigação, ao passo que a infidelidade masculina é esperada. A confiança recíproca entre os parceiros e respectiva fidelidade parece dificultar a solicitação do uso de preservativo pelo parceiro, relacionando esta prática a possibilidade de risco na relação e subseqüentemente, duvidar do outro ou assumir a quebra da lealdade. De fato, este entendimento social disseminado entre os jovens tem sustentado o aumento da incidência de contaminação pelo HIV, sobretudo entre

as mulheres em relações estáveis. O uso de preservativo muitas vezes relaciona-se ao sexo de risco, desconfiança e prostituição. Este ponto de vista foi reforçado anteriormente pelas estratégias de prevenção focadas nas relações sexuais com múltiplos parceiros, infidelidade, e “garotas de programa”, considerando que as mulheres em relações estáveis estivessem livres do risco de contaminação pela Aids.

Sousa; Espirito Santo; Motta (2008) estudando práticas de prevenção do HIV/Aids, em mulheres moradoras de um bairro de Teresina, Piauí. Evidenciaram que a grande maioria das mulheres não utilizava o preservativo durante as relações sexuais e que a confiança na relação estável com o parceiro, justificava assim a auto-avaliação de baixa vulnerabilidade de infecção por DST/Aids. Entre aquelas que utilizam, eram raras as que o faziam de modo contínuo, prevalecendo o uso intermitente.

Stulhofer et al. (2009) apontaram que mais de 20% dos jovens participantes do estudo não usaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual. Enfatizaram também a necessidade de que programas de prevenção abordem o uso de preservativos, principalmente com mulheres, considerando a baixa frequência.

Segundo Ministério da Saúde (Brasil, 2008a), em estudo sobre prevalência e frequências relativas de DST em populações selecionadas de seis capitais brasileiras (Fortaleza/CE; Goiânia/GO; Manaus/AM; Porto Alegre/RS; Rio de Janeiro/RJ; São Paulo/SP) em 2005, 79,1% das gestantes relataram atividade sexual com um único parceiro nos últimos 12 meses, 15,8% dois a cinco parceiros e 0,8% mais de cinco neste período. Dentre esta população, 6,2% referiram usar preservativo com parceiro fixo, 43,5% usa às vezes e 49,2% relataram nunca usar preservativos.

Berten e Rossem (2009) apontaram a necessidade de se estudar este cenário considerando características de subgrupos, seja relativa ao sexo, idade, aspectos demográficos e/ou religiosos. De acordo com os dados encontrados, a variação de conhecimento e comportamento pode ser muito diferente para o mesmo grupo de adolescentes.

Segundo a literatura apresentada, o risco de exposição às práticas sexuais não-seguras, além do conhecimento, está associado à afetividade nas relações, aos diferentes papéis sociais atribuídos entre homens e mulheres,

limitações no diálogo, assim como a perda da estabilidade no relacionamento. O uso do preservativo ou solicitação desta conduta seria assumir a desconfiança. Este fato relaciona-se com a maior prevalência de uso regular de uso intermitente do preservativo entre os adolescentes em parcerias estáveis.

2.1.3. Engajamento em comportamentos de risco

Vários estudos afirmaram que o período da adolescência apresenta proporção significativa de indivíduos engajados em comportamentos de risco à saúde, principalmente na faixa de 15 a 18 anos de idade (Carlini-Cotrim; Gazal-Carvalho; Gouveia, 2000; Peres et al., 2008).

Dentre os fatores de risco, o comportamento sexual e o uso de substâncias psicoativas têm concentrado parte relevante das investigações científicas. Estudos entre adolescentes demonstram elevada prevalência de consumo excessivo de álcool, tabaco e outras drogas associados à prática sexual de risco (Scivoletto et al., 1996; Vilhjalmsson e Thorlindsson, 1998; Conway e Cronan, 1992; Page et al., 1998; Fejgin, 1994; Horta et al., 2001; Silva et al., 2006; Galduróz et al., 2006).

Segundo a OMS, o consumo de álcool esta relacionado a quase 4% das mortes em todo o mundo, superando as causas de mortes por HIV/Aids, violência e tuberculose (WHO, 2011). Estima-se que aproximadamente 320 mil mortes por ano entre indivíduos na faixa etária de 15 e 29 anos de idade estejam relacionadas ao uso de álcool (WHO, 2010).

Diversos trabalhos mencionaram a relação entre o hábito de consumir drogas lícitas e ilícitas entre jovens e o aumento da frequência de relações sexuais, acarretando maior risco de ocorrência de DST e HIV/Aids. Calvert e Bucholz (2008) em estudo sobre uso de álcool e comportamento de risco entre adolescentes constataram a existência de outros problemas como, a prática sexual com múltiplos parceiros e uso inconstante de preservativo.

Chirinos et al. (2000) ao investigar o comportamento de adolescentes na cidade de Lima, Peru, verificaram uma relação positiva entre maior frequência de atividade sexual e consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Este fato se agrava ao considerar a frequência irregular do uso de métodos preventivos.

Ekstrand et al. (2005) em estudo qualitativo sobre a percepção de jovens suecos de 17 anos sobre gravidez na adolescência, aborto, comportamento sexual e hábitos contraceptivos, relataram constante prática de sexo casual, inclusive, sem o uso de preservativo. Também salientaram a relação entre a ingestão de bebidas alcoólicas e prática sexual de risco. Segundo a visão desta população de estudos, o apelo sexual existente na mídia tem relevante impacto no comportamento sexual de adolescentes. Observaram que o grupo feminino se considera mais responsável pelos cuidados contraceptivos. Estes adolescentes apresentaram elevadas expectativas quanto aos programas de educação sexual desenvolvidos nas escolas, porém, analisaram como insuficientes as atuais formas de intervenção.

Em investigação sobre a proporção de jovens sexualmente ativos de países europeus, Canadá e Estados Unidos, que usaram preservativo na última relação sexual, constataram valores referidos numa faixa entre 64% na Finlândia e 89% na Grécia. Os homens reportaram maior uso de preservativos para a última relação sexual. O estudo recomenda que futuras investigações compreendam os determinantes do uso de preservativo e comportamentos de risco, especialmente uso de álcool e drogas, a escola e envolvimento comunitário, desempenho escolar e relação familiar. Destacaram considerações sobre diferenças regionais e culturais entre países investigados e sobre as práticas sexuais entre adolescentes. Afirmaram que nas diferenças entre gêneros devem ser analisadas as diferenças culturais, as sociais, as de políticas públicas e programas educacionais, no âmbito da saúde. Sugeriram que nos programas de educação em saúde sejam oferecidas informações sobre o sexo seguro, mas também que se considerem as características dos adolescentes que serão abordados (Currie et al. 2004).

Easton et al. (2004), em estudo sobre a participação em eventos de violência, uso de álcool e atividade sexual de adolescentes em Budapeste, Hungria, afirmaram que muitos destes jovens têm apresentado atitudes de risco à saúde. Somente 44% da população feminina e 56% da masculina reportaram uso de preservativo na última relação sexual, embora 73,8% destes afirmar que tiveram informações na escola sobre HIV/Aids. Acrescentaram ainda que 13% e 25,4% dos homens, e mulheres, respectivamente, relataram o uso de álcool ou outra droga antes da última relação sexual.

No contexto brasileiro, Miranda et al. (2005) investigaram o padrão de comportamento de adolescentes do sexo feminino entre 15 e 19 anos, residentes na

região de Maruípe em Vitória, Espírito Santo, assistidas pelo Programa Saúde da Família (PSF), relacionado às práticas sexuais e uso de drogas. Participaram 464 adolescentes, 69,0% já haviam iniciado vida sexual. Destas, 12,8% com histórico de DST, 14% usam droga ilícita e 3,7% prostituição. O uso regular de preservativo foi apontado por apenas 23,4%. Os autores afirmaram que mesmo demonstrando conhecimento das formas de transmissão das DST/Aids, as adolescentes não se previnem adequadamente, apontando para a necessidade de programas de redução de riscos.

Caputo e Bordin (2008) investigaram no município de Marília, São Paulo, fatores individuais e familiares associados à gravidez na adolescência, incluindo uso freqüente de álcool e de drogas ilícitas por familiares. As variáveis de baixa escolaridade paterna, ausência de informação sobre sexualidade e o uso freqüente de drogas ilícitas por familiar residente no domicílio foram associadas à gravidez na adolescência. Cerca de 70% das adolescentes gestantes não usaram preservativos nos últimos 12 meses, em comparação as não-gestantes (43,1%), que também não referiram o uso consistente deste método preventivo. Enfatizaram ainda que somente 56% das gestantes costumam pedir ao parceiro que usasse o preservativo, ao passo que 77% das não-gestantes referiram efetuar este pedido. A menor escolaridade dos pais, assim como o uso de drogas associou-se ao maior risco sexual entre as adolescentes.

Em pesquisa sobre uso de álcool e drogas e sua influência sobre práticas sexuais de adolescentes de escolas públicas de 41 cidades do estado de Minas Gerais, Bertoni et al. (2009) utilizaram a aplicação de questionários entre amostra representativa de escolares. Os achados revelaram que a prevalência de uso destas substâncias corrobora os encontrados em outros estudos, com similar padrão elevado de consumo. Destacou-se a relação entre o uso de drogas e o uso não consistente de preservativo, principalmente entre os homens, seja lícita ou ilícita, parceiros fixos ou casuais. Entre as mulheres, o trabalho aponta para o uso não consistente de preservativo. Ressaltou-se ainda que o uso consistente de preservativo foi maior nas relações casuais (50%) em comparação com as fixas (42%). Os autores alertaram para a elaboração de políticas públicas que favoreçam ações de saúde junto aos adolescentes e que aborde, conjuntamente, o uso de drogas, uso consistente de preservativo e relações de gênero.

Taquette; Vilhena; Paula (2004), em estudo sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes que procuraram atendimento em núcleo de saúde, destacaram múltiplos fatores de risco, principalmente o uso infreqüente de preservativo, atraso escolar e o uso de drogas lícitas e ilícitas. Segundo estes autores, os adolescentes em geral sabem do efeito preventivo da camisinha, porém, seu uso não é freqüente entre todos os indivíduos. As principais justificativas versaram entre esquecimento, custo e desprazer na relação sexual.

Por outro lado, as propagandas envolvendo o consumo de álcool têm mostrado somente os aspectos positivos desta prática, como socialização, contato com grupo de amigos, reforço da masculinidade, atração sexual, fuga da realidade e aventura. No entanto, não mostram os fatores negativos decorrentes deste hábito na adolescência, como ressaca, confusão mental, acidentes e violência. Faria et al. (2011) analisaram a associação entre propaganda de álcool e o consumo de cerveja por adolescentes do ensino fundamental do município de São Bernardo do campo, São Paulo. Pontuaram que no Brasil, as restrições à propaganda de bebidas alcoólicas são poucas assim como os programas de prevenção ao consumo de álcool.

Durante a adolescência, eventos negativos à saúde resultantes do consumo de álcool são freqüentes, contribuindo para o aumento dos coeficientes de mortalidade nessa fase precoce da vida. As conseqüências sociais negativas incluem faltar às aulas, não fazer tarefas e trabalhos escolares, atividade sexual não planejada e desprotegida, discussão com amigos, comportamento destrutivo e ocorrências policiais (Currie et al., 2004).

Jeolás (2007) apontou para a necessidade de ampliar-se o conhecimento sobre as formas de transmissão das DST/Aids entre os jovens. Do mesmo modo, ressaltou que as atitudes de prevenção são programadas num ritmo mais lento. Esta mesma autora possibilitou no livro intitulado "*Risco e Prazer: os jovens e o imaginário da Aids* (Jeolás, 2007), importantes subsídios para compreensão desta relação entre o adolescente e o risco.

Contextualizou que a construção do imaginário sobre a Aids se constituiu de muitas representações sociais e valores simbólicos, superando o âmbito médico-biológico e abrangendo vários domínios da cultura humana. Desse modo, o jovem está associado a todos os tipos de risco em razão de suas características intrínsecas como, necessidade de se opor para se auto-afirmar, potencialidade de

autodestruição, sentimento de invulnerabilidade diante da morte, dentre outras. No caso do HIV/Aids, as práticas sexuais sem proteção, relatadas pelos jovens, são exemplos de conduta que colocam em jogo sua existência. Há uma afirmação generalizada da (quase) impossibilidade de conciliar, de um lado a razão – “ter consciência”; e do outro a emoção – “vacilo”. O Êxtase e a vertigem, para eles, possibilitados pelo sexo, álcool (e outras drogas) expressam muito bem essa tensão entre a razão e a emoção. Marcando o fato de que, as sensações que se busca, nas relações sexuais, nas paixões ou nos amores, impedem a racionalidade e a previsibilidade das práticas de proteção. Todo risco representa um jogo inconsciente do homem com a morte (Le Breton, 1991¹ *apud* Jeolás, 2007).

Esta frase alerta para práticas de risco nas sociedades modernas, paradoxalmente obcecadas pela segurança, mas que busca por competições esportivas e esportes radicais, exercendo a atividade de modo controlado e valorizado socialmente. Para a autora, os jovens teceriam representações sobre a Aids e o respectivo risco por ela representado, de forma semelhante ao movimento pendular. Por um momento, eles expressariam negação, afastamento e projeção do risco para o outro e longe de si. No momento seguinte, vivenciariam situações como se o risco estivesse atenuado, mais ou menos inconscientes, dependendo do contexto, circunstâncias e dos sujeitos envolvidos. Segundo a autora, a aproximação do risco parece reforçar o sentido à vida. Aproveitar a juventude a todo custo seria o mais importante. Este *apelo* para que se realizem todos os desejos e prazeres juvenis freqüentaria a mídia, a literatura, a música, dentre outras manifestações da vida moderna (Jeolás, 2007).

Estes estudos apontaram para elevada prevalência de consumo de álcool, drogas entre adolescentes. Destacaram-se também a relevante associação entre o uso de substâncias psicoativas e a exposição ao sexo não seguro, dentre elas, a multiplicidade de parceiros e a inconstância do uso de preservativos. Ressaltaram ainda a baixa freqüência de uso de preservativos entre adolescentes em relações estáveis. Também apontaram a complexidade de variáveis envolvidas na decisão de não usar métodos preventivos.

¹ LE BRETON, D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: Presses Universitaires de France, 1990.

2.1.4. Adolescentes e a busca ativa de informações

Uma das fontes de maior acesso, a mídia, frequentemente, tem apresentado inúmeras situações envolvendo sexo e relacionamentos amorosos, todavia apresentando pouca ou nenhuma informação sobre os cuidados e possíveis conseqüências do comportamento sexual não-seguro entre adolescentes. Estes fatos indicaram que de modo geral, a mídia não apresenta preocupação de atuar como fonte de informações sobre a prevenção de HIV/Aids (Berten e Rossem, 2009).

Berten e Rossem (2009) investigaram o conhecimento sobre Aids e comportamento sexual entre adolescentes na Bélgica. Quanto à relação de conhecimento sobre Aids e comportamento sexual, as evidências posicionam-se no sentido não proporcional, ou seja, o maior conhecimento sobre esta questão, não garante a prática sexual segura entre adolescentes. Neste cenário complexo envolvendo a prevenção à Aids, ressaltou-se que, embora o conhecimento sobre esta doença e demais DST seja importante para o comportamento sexual seguro, não tem sido o único determinante. Destacou-se também que a população está circundada por diversas fontes de informações, no entanto, algumas destas são captadas e interpretadas e outras não. Considerou-se importante conhecer quais as fontes de informações que adolescentes tem buscado para sanar dúvidas e ampliar conhecimentos sobre HIV/Aids, assim como sua legitimidade. Os meios de comunicação em massa geralmente apresentam pouco conteúdo informativo ou até negativamente abordados sobre HIV/Aids, não surtindo efeitos positivos sobre os aspectos preventivos da questão em pauta.

Romero et al. (2007) em investigação sobre os conhecimentos de adolescentes sobre as DST/Aids em uma cidade do interior paulista, afirmaram que os jovens têm conversado mais sobre aspectos relacionados ao sexo, porém, de forma superficial e insuficiente quanto aos métodos preventivos e contraceptivos.

No entanto, deve-se considerar a complexidade envolvendo o comportamento de saúde sexual na adolescência. Camargo e Bertoldo (2006) observaram a diminuição de práticas sexuais sem o uso de preservativo entre os adolescentes de maior conhecimento sobre Aids. A maior experiência sexual tem sido relacionada ao uso infreqüente de preservativo (Camargo e Botelho, 2007),

além da constatação de diminuição do uso de preservativos entre adolescentes nas relações estáveis como o namoro.

Neste sentido, foram identificadas algumas ações para a ampliação do conhecimento sobre o panorama de saúde de estudantes brasileiros. Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional – DST/Aids (Brasil, 2006b), publicou o Levantamento Nacional sobre Prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas em escolas. Esse projeto teve por objetivo realizar o diagnóstico da situação das escolas brasileiras. Obtendo os dados, através de entrevistas telefônicas, em todas as regiões do país, o estudo revela que 64,6% das instituições desenvolveram atividades de prevenção a DST/Aids e uso de drogas. Porém, ressaltou que 26,5% não realizaram qualquer atividade sobre esses temas. As práticas pedagógicas mais utilizadas para prevenção de DST/Aids e uso de drogas foram: aulas expositivas (94% e 92,8%), palestras (84,9% e 87,6%), confecção de mural (80,4% e 81,1%) e apresentação de vídeos (78,2% e 75,8%), respectivamente. Cerca de 80% das escolas tem estas atividades de prevenção, em bases regulares, no Projeto Pedagógico e 18,3% realizam-nas esporadicamente. Neste estudo, 49,2% das instituições escolares distribuíam preservativos.

No entanto, Palma; Abreu e Cunha (2007) ressaltaram que a questão de *usar* ou *não usar* preservativo tem sido entendida numa abordagem simplista, desconsiderando aspectos como desejo sexual, confiança no parceiro, relações de gênero e poder, julgamento social de solicitar o preservativo, poder de compra, informação e outros. Destacaram a necessidade de avaliações e considerações sobre a vulnerabilidade individual e coletiva. A contradição entre o discurso de redução de fatores de risco se confunde com a prática desses mesmos indivíduos aproximando de situações de acometimento à saúde. Este apontamento fortalece a necessidade de considerar as pessoas e suas práticas habituais como produto contextual de inúmeros e complexos aspectos dissolvidos em sociedade.

Conjeturou-se que pessoas que tenham se iniciado nas práticas sexuais busquem mais informações a respeito de HIV/Aids e uso de preservativo em comparação aos indivíduos que ainda não se iniciaram (Berten e Rossem, 2009). Este estudo confirmou a complexa relação entre conhecimento de HIV/Aids e comportamento sexual. Por um lado, adolescentes que apresentam mais conhecimentos sobre HIV/Aids são menos sexualmente ativos, mas quando ativos, afirmam usar preservativo com maior frequência. Por outro, ao se controlar outras

variáveis do estudo, aqueles adolescentes que são sexualmente ativos ou usam preservativos com menor frequência também tendem a apresentar maiores conhecimentos sobre HIV/Aids. Paradoxalmente, apesar de bons conhecimentos sobre prevenção em HIV/Aids os adolescentes se aproximam de comportamentos sexuais de risco. Porém, ao se arriscar em relações sexuais estes adolescentes procuram ativamente informações sobre HIV/Aids. A busca e aproximação de informações sobre saúde se fazem presente quando o adolescente relaciona determinado conteúdo com a sua vida e necessidades sentidas. Destacaram que adolescentes que ainda não iniciaram sua vida sexual ou que usam constantemente preservativos nas atividades sexuais tende a buscar menos conhecimentos sobre Aids, por se considerarem muito baixo o risco de contrair uma DST (Berten e Rossem, 2009).

Neste cenário, a literatura tem enfatizado as situações de busca ativa por informações, ou seja, pessoas se envolvendo, intencionalmente, na busca de conhecimento em relação a um determinado comportamento. No caso de aspectos preventivos sobre DST/Aids, os adolescentes se engajam na busca de conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva somente quando isso faz parte de seu interesse, tornando-se assim significativo para ele neste momento e facilitando o aprendizado. Neste sentido, é importante considerar quais fontes de informações tem auxiliado adolescentes na procura de esclarecimentos sobre comportamento sexual. Quanto a relevância do ambiente familiar e a relação entre os pais e o adolescente, dentre os fatores relacionados ao comportamento sexual de risco, é dos mais importantes. Hair et al. (2009) constataram que entre os adolescentes, de ambos os sexos, predominantemente vivendo com os dois pais biológicos, os indivíduos que apresentaram valores elevados de consumo de álcool e sexo sem proteção tenderam a pertencer a famílias de maiores rendas e viver em cidades com elevados níveis educacionais, porém, baixos fatores de proteção familiar, como atividades de rotina em família durante o início da adolescência.

2.1.5. O ambiente familiar e os amigos

Em relação ao envolvimento paternal e sua aproximação do cotidiano dos filhos adolescentes, Coley; Votruba-Drzal; Schindler (2009) utilizaram dados de amostra nacional representativa de um grupo de 8.984 americanos entre 12 e 16

anos de idade. Estudaram a influência dos pais no comportamento sexual de risco durante a adolescência. Pais e adolescentes responderam anualmente uma entrevista computadorizada. Os resultados revelaram que durante o período de adolescência, tanto pais quanto adolescentes apresentavam mudanças. Os adolescentes procuravam grandes emoções e exercitavam a autonomia, dedicavam mais tempo aos grupos de amigos e iniciavam os primeiros envolvimento românticos e sexuais, comportamentos estes definidos como esperados para este período. Já os pais se reorganizavam para estas mudanças exercendo acompanhamento desta autonomia de forma mais distante. Destacaram ainda que em alguns casos, estas mudanças se situam num ambiente negativo promovendo dificuldades e/ou rompimento na relação entre pais e filhos adolescentes. Concluíram que o envolvimento paternal e sua aproximação do cotidiano dos filhos adolescentes contribuíram positivamente como proteção aos comportamentos sexuais de risco, sendo necessários maiores estudos para compreender a essência da complexidade desta relação.

Ainda sobre a influência da estrutura familiar, Vukovic e Bjegovic (2007), entre adolescentes Sérvios, afirmaram que aqueles com maiores dificuldades de diálogo com os pais ou que moram com apenas um deles associam-se à prática sexual sem o uso de métodos contraceptivos, com maior frequência que os demais.

Padilla-Walker e Bean (2009) analisaram a influência positiva e negativa de grupos no comportamento de 1659 adolescentes americanos com idade média de 16 anos e de etnias diferentes. O estudo destacou que tanto a influência positiva como as negativas do grupo são fatores importantes e devem ser considerados em relação ao comportamento do adolescente. Explicam que a influência negativa indireta do grupo foram os comportamentos relatados como agressão, delinquência e depressão, e não associados à auto-estima e empatia. No outro sentido, a influência positiva, direta ou indireta, assim como a pressão do grupo foram os comportamentos positivos dos adolescentes. O estudo salientou que apesar da mídia e dos programas de prevenção focar a influência direta do grupo de amigos em relação ao comportamento de adolescentes, destaca-se que esta influência pode ser tanto positiva como negativa.

A discussão e conversa com pais tem-se mostrado como fator positivo para aumento de conhecimento sobre HIV/Aids, embora, nesta fase da vida, a influência e opiniões do grupo de amigos tenham maiores forças relativas ao

comportamento sexual. Dessa forma, atualmente tem se sugerido ampliação de espaço para discussões abertas sobre este tema, de forma a favorecer a eliminação de dúvidas e subsidiar conhecimentos adequados sobre comportamento sexual e respectivas atitudes preventivas (Berten e Rossem, 2009).

2.1.6. Escolhas sob influências afetivas

Baseado nas estatísticas de morbidade e mortalidade entre jovens americanos, Casey; Jones; Hare (2008) salientaram a importância de se compreender as escolhas dos adolescentes por comportamentos de risco à saúde e a vida. Os autores mostraram que o desenvolvimento neurológico não ocorre de modo linear, caracterizando momento de maior aproximação e exposição de situações de risco à saúde durante a adolescência se comparado a infância e a vida adulta. Apoiado em estudos anteriores, demonstrou-se que os adolescentes expõem-se ao risco conscientemente, sob influência emocional, afetiva, sentimentos e grupo de amigos.

A seguir, com maior detalhamento serão apresentados alguns artigos que esclarecem as exposições de risco, sobre influências afetivas acima relatadas.

Bell (2009) notou a influência de sentimentos como vergonha ou timidez em relação à aquisição e uso de preservativo, em estudo realizado entre jovens de 12 a 17 anos de áreas rurais e litorâneas da Inglaterra. Este sentimento foi associado à dificuldade de relacionamento e de autoconfiança. Segundo o autor, esta característica se aplica aos jovens e adultos de ambos os sexos. Ficou evidente a necessidade de acesso aos preservativos sem que o adolescente se sinta em exposição pessoal. Outro fato é a direção das campanhas preventivas e programas de orientação sexual focalizar escolhas e decisões racionais para situações de relacionamento que envolve o âmbito emocional.

Giannotta et al. (2009) avaliaram o significado da relação sexual entre 208 escolares italianos de 14 a 19 anos de idade de ambos os sexos. Com base em aplicação de questionários, os dados sugeriram que a relação sexual para o adolescente se relaciona a outras variáveis, além do amor, reprodução das práticas do grupo de amigos, satisfação de desejos pessoais ou para contradizer a normalidade esperada, com significado de transgressão. Segundo os autores, adolescentes que tem referido significado social negativo para a prática sexual

tenderam a ser virgens ou com menor número de parceiros sexuais. No entanto, foram mais suscetíveis a não usar métodos contraceptivos e ter praticado sexo com parceiros ocasionais nos últimos encontros. Relacionaram esta prática com a provável pressão do grupo para a iniciação sexual, fazendo com que o adolescente nesta situação desconsiderasse métodos preventivos e os riscos à saúde e agindo por impulsos emocionais. Sugeriram estudos longitudinais para confirmação desta mudança de comportamento sexual. Conclui-se que o cenário entre significado da prática sexual, relacionamento com o parceiro e uso de métodos contraceptivos é complexo, destacando que a pressão do grupo poderia ser fator de risco para práticas de sexo não-seguro, assim como uso de álcool, tabaco e maconha entre adolescentes italianos. Este fato poderia ser considerado nas campanhas italianas de prevenção relacionando múltiplos fatores de risco à saúde desta população.

A crescente precocidade da idade de iniciação sexual tem sido observada em quase todos os países. Barbosa e Koyama (2008), ao estudar o comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres no Brasil comparando dados de 1998 e 2005, revelaram a existência de padrão de mudança caracterizado por aumento da proporção de mulheres que iniciaram a vida sexual com 16 a 19 anos. Borges e Schor (2005) em estudo transversal sobre relações de gênero na iniciação sexual de crianças e adolescentes da cidade de São Paulo encontraram tendência de antecipação da idade de iniciação sexual, principalmente em relação ao sexo feminino, aproximando-se da faixa etária apresentada pelos homens para esta prática. Acrescentaram ainda que seus parceiros sejam, aproximadamente, quatro anos mais velhos. Este fato poderia dificultar a solicitação de uso de preservativo considerando as desigualdades de relação de gêneros, demonstrando a vulnerabilidade referida a este comportamento. Salientaram ainda que metade dos jovens iniciou a vida sexual sem o uso de métodos preventivos. Corroboraram outros autores ao afirmar que existem outras variáveis envolvidas na decisão de usar ou não usar preservativos além do conhecimento sobre métodos preventivos. Aspectos importantes do comportamento sexual diferem entre gêneros, sendo indicativos de necessidade de intervenções específicas quanto à saúde reprodutiva.

Laflin; Wang; Barry (2008) buscaram identificar características demográficas e psicossociais preditoras da iniciação sexual precoce, através de estudo longitudinal de 884 estudantes de escolas suburbanas e rurais do oeste dos Estados Unidos. Este trabalho reforçou apontamentos de outros estudos ao destacar

que os homens têm reportado iniciação sexual precoce em proporção superior as mulheres. Reforçaram ainda que bom desempenho acadêmico, ter expectativas de futuro, religiosidade e estrutura familiar tradicional estão associados ao adiamento de atividades sexual em adolescentes.

Estudo longitudinal desenvolvido entre 694 crianças, pré-adolescentes e adolescentes norte-americanos de ambos os sexos, relacionando alguns comportamentos na infância e início precoce de atividade sexual, encontrou correlação entre elevada frequência de comportamento agressivo na infância e problemas de atenção ao aumento do risco para dificuldades na escola, comportamentos anti-sociais e uso de substâncias, além de início precoce de atividades sexuais. Este estudo destacou a contribuição de comportamentos agressivos e problemas de atenção na atividade sexual quando adolescente. O uso de substâncias em períodos precoces da vida foi um forte preditor de atividade sexual precoce (Schofield et al., 2008).

Price e Hyde (2009) investigaram a acumulação de fatores de risco para a iniciação precoce de atividade sexual relacionados ao indivíduo, família e fatores socioculturais. O estudo utilizou-se de entrevistas com 273 adolescentes americanos de ambos os gêneros com 15,5 anos de média de idade. Os resultados apontaram que a iniciação precoce de atividade sexual para mulheres associou-se, entre outras variáveis, extensos períodos assistindo TV, baixa auto-estima, limitado relacionamento com os pais, baixo rendimento acadêmico e pais com baixos níveis educacionais. Para os homens, a iniciação sexual precoce foi determinada pelo avançado desenvolvimento maturacional, tempo assistindo TV e limitado relacionamento com os pais. A participação em atividades esportivas e depressão não se relacionados à iniciação sexual precoce. Os autores sugeriram que os programas de intervenção considerem a complexidade relacionada ao comportamento sexual e aborde nas ações preventivas, outros fatores relacionados ao comportamento de saúde de adolescentes. Também indicaram a possibilidade de incluir a participação dos pais nos programas de prevenção, assim como o encorajamento destes em promover apoio e orientações aos adolescentes.

Embora a iniciação sexual precoce tenha aumentado entre os adolescentes americanos acompanhados de sexo sem proteção, tem sido observado declínio de natalidade entre jovens entre 15 e 19 anos. Manlove et al. (2009) analisaram dados gerados de uma pesquisa nacional de crescimento familiar

e características familiares e individuais ligadas às tendências de comportamentos de saúde reprodutiva de adolescentes americanos Foram selecionados três cortes para o estudo, sendo 1992, 1997 e 2002. Os resultados sugeriram que o ambiente familiar, aumento da idade para o início da prática sexual e características dos parceiros podem auxiliar na melhora do padrão de saúde reprodutiva entre adolescentes. O estudo reforçou a necessidade de organização de programas de orientação que considerem características familiares, individuais e ambientes de convivência para subsidiar decisões sobre sexo e contracepção na juventude.

Doreto e Vieira (2007) ao estudar os adolescentes de baixa renda do município de Ribeirão Preto, São Paulo, estimaram que 93,3% das entrevistadas iniciaram a vida sexual e o uso do preservativo como a principal forma de evitar as DST, no entanto, apenas 35,2% relataram usar sempre, 38,9% às vezes e 25,9% disseram nunca usar. Salientaram ainda que 37,1% não fizeram uso de preservativo em sua última relação sexual, sendo que 29,4% alegaram confiança no parceiro e 26,5% uso de anticoncepcional oral. Dessa forma, entende-se que adolescentes configuram-se em grupo de risco com necessidade de atenção diferenciada, pois iniciaram a vida sexual precocemente, apresentaram baixo conhecimento sobre DST/Aids e ampla vulnerabilidade em adquirir estas doenças devido à ausência de práticas constantes e efetivas de prevenção.

Cavazos-Rehg et al. (2009) estudaram a relação entre idade do início da prática sexual, gênero e etnia, entre adolescentes americanos. No período de 1999-2007, amostra representativa foi analisada, observou-se diferença significativa entre o gênero, a etnia e o início da vida sexual. Outros fatores ainda pouco compreendidos também se relacionaram como as expectativas sociais e o contexto cultural. Os autores indicaram a necessidade de atentar para essas diferenças na elaboração de programas de educação sexual adequando-se as características do grupo em questão.

Camargo e Ferrari (2009) analisaram os conhecimentos de adolescentes sobre sexualidade, métodos contraceptivos, gravidez, DST, e Aids, antes e após oficinas de prevenção. O trabalho foi realizado com 117 estudantes da oitava série de uma escola estadual em Londrina, Paraná. Apontaram para a diminuição da idade média de início de práticas sexuais. Destacaram que a diminuição da idade média para entrada na puberdade está antecedendo ao desenvolvimento cognitivo e emocional esperado para experiências sexuais. Estes dados foram entendidos como

fator de risco para gravidez não planejada e DST, visto que o uso de métodos preventivos consistentes não tem sido relatado por esta população. Apontaram também para as relações de gênero, sendo as mulheres mais vulneráveis na discussão sobre o uso de camisinha e os homens no esforço de reforçar sua masculinidade através do sexo. Embora, se tenha avançado em relação aos conhecimentos por meio dessas oficinas, ainda assim os adolescentes mantiveram dúvidas sobre ciclo menstrual e formas de contágio e prevenção às DST. Os autores reportaram a necessidade de proporcionar espaços de discussão e diálogo, a partir da realidade dos adolescentes, assim como envolvimento de parceiros e familiares nesta dinâmica preventiva.

Em pesquisa no ano de 2005, com amostra representativa da população americana sobre comportamento de risco entre jovens, ressaltou-se que 46,8% dos adolescentes em idade escolar relataram que já tiveram relações sexuais. Destes, 3,7% das mulheres e 8,8% dos homens iniciaram antes dos 13 anos de idade. Dentre estes, 12% da população feminina e 16,5% da masculina tiveram quatro ou mais parceiros em relações sexuais durante a vida. Destes jovens, 33,9% relataram vida sexual ativa. Dentre estes, o uso de preservativo foi apontado por 55,9% das mulheres e 70% dos homens. Salientou-se que 19% das jovens e 27,6% dos jovens relataram o uso de álcool ou drogas antes da última relação sexual. O estudo ainda investigou sobre programas de prevenção de DST e HIV/Aids nas escolas. Dentre os estudantes, 87,9% relataram ter participado deste tipo de orientação (Eaton et al., 2006).

Investigando a trajetória do comportamento sexual de indivíduos holandeses entre 12 e 25 anos de idade, foram definidos dois padrões de experiências, sendo uma seqüência progressiva (beijar; acariciar; relação sexual) e outra irregular. Observou-se que indivíduos com trajetória progressiva tendem a apresentar comportamento sexual mais seguro. Dentre as atitudes, notou-se uso de métodos contraceptivos, principalmente preservativos, com maior freqüência. Já os que apresentaram trajetória irregular eram mais suscetíveis a prática sexual sem o uso de preservativo. Destacou-se que a população feminina deste grupo apresentou maior risco de prática de sexo sem o uso de preservativo. Os autores indicaram que os futuros programas de prevenção devem levar em consideração estas seqüência de comportamento, sobretudo abordar e orientar adolescentes em maior exposição. Destacaram ainda, que os pais, os professores e os serviços de saúde deveriam

subsidiar estes jovens com informações sobre a prática sexual segura (Graaf et al., 2009).

Miranda; Gadelha; Szwarcwald (2005) contribuem ao ressaltar a maior vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis neste grupo populacional. Em relação à prática sexual de risco, Vilela e Doreto (2006) destacaram a vulnerabilidade como produto da interação entre características do indivíduo, como cognição, afeto e psiquismo e estruturas sociais de desigualdade, entre elas, gênero, classe e raça. Estas variáveis determinariam acessos e oportunidades de informação.

Em outro estudo, avaliando fatores associados aos conhecimentos e ao uso consistente do preservativo masculino, entre 1.594 adolescentes de 12 a 19 anos de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, relevou-se que a *maior escolaridade, ser do sexo feminino, estudar em escola privada, ser da cor branca e ser solteiro* foram fatores preditores positivos de maior conhecimento sobre DST/Aids (Martins et al., 2006).

Camargo e Botelho (2007) investigaram as experiências sexuais e as atitudes de risco para transmissão do HIV/Aids entre 1.386 estudantes da rede pública e particular de três cidades do estado de Santa Catarina. Observou-se que a conduta de risco de prática sexual sem o uso de preservativo foi de 58,5% para os adolescentes que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses. Salientaram ainda que quanto mais experiências sexuais, maior a proporção daqueles que assumiram ter praticado sexo sem preservativo.

Em 2006, foram publicadas as Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas escolas (Brasil, 2006a). Ressaltaram que a faixa etária de 10 a 24 anos corresponde a mais de 30% da população. Reconheceram também que estes indivíduos estão expostos a diversos fatores de risco à saúde. A vulnerabilidade foi conceituada como chance de exposição ao adoecimento, assim como resultante de conjunto de aspectos individuais, coletivo e contextual. Acrescentaram ainda que a maior suscetibilidade ao adoecimento relacionou-se a menor disponibilidade de recursos de proteção.

Evans et al. (2004), em estudo sobre riscos específicos entre adolescentes sexualmente ativos, encontraram maior vulnerabilidade entre a população negra, gênero masculino, entre 15 e 18 anos e baixo nível socioeconômico. Notaram também a relação entre os conhecimentos e valores do

grupo de amigos e sua percepção de comportamento de risco. A participação dos pais na informação sobre comportamento sexual se apresentou como fator protetor ao engajamento em comportamento de risco sexual.

Ayres (2002) muito contribui com a discussão ao destacar entre os aspectos de vulnerabilidade: a pobreza, a exclusão de base racial, a rigidez de papéis nas relações de gênero, a intolerância à diversidade, o limitado diálogo com as novas gerações e a incompreensão dos seus valores e projetos, assim como a desassistência com as gerações mais idosas e a desintegração da sociedade civil no mundo globalizado. Apontou algumas lições aprendidas no campo da prevenção, destacando que “*o terrorismo não funciona*”. Esta frase indicou reflexão sobre as primeiras estratégias e prevenção, baseadas no susto e no medo, e que não tiveram efeitos positivos. Inversamente, este cenário afastou a população das discussões efetivas e subseqüentes mudanças necessárias de comportamento. Em relação aos caminhos a percorrer na prevenção, o autor sinalizou para a necessidade de aproximação e criação de espaços de diálogos e compreensão de subjetividades em substituição de ações puramente informativas. Salientou que grau de escolarização, cultura religiosa, origem étnica, situados na dinâmica conformadora de intersubjetividades, devem sempre ser considerados.

Em revisão de literatura sobre programas de redução de comportamento de risco à DST/Aids e gravidez na adolescência, foram destacados quatro fatores diretamente relacionados à efetividade da intervenção, sendo o foco no risco específico a ser abordado, duração e intensidade do programa, a necessidade de pesquisadores e educadores em determinar cuidadosamente a constituição do programa na totalidade e, o treinamento de facilitadores de grupo (Robin et al, 2004).

As informações se difundem de modo distinto pelas camadas sociais e são elaboradas contextualmente, fazendo com que a idéia do adequado ou não a esse período de adolescência, seja vivenciada de maneira particular nos diversos grupos. Desse modo, para analisar a atividade sexual dos jovens, seria importante considerar como cada um se situa em relação a si mesmo e à sua capacidade de responder pelos seus atos, tendo por referência os diferentes sentidos sociais atribuídos à adolescência (Vilela e Doreto, 2006).

2.2. Diretrizes e ações dos serviços de saúde

O Caderno de diretrizes de orientação e aconselhamento sobre DST/HIV/Aids na Atenção Básica (Brasil, 2003), destacou que a população jovem necessita de ampliação de espaços de atendimento e acolhimento nos serviços de saúde para acesso a promoção da saúde, aos insumos de prevenção, diagnóstico e aconselhamento. Neste cenário, a prevenção e a promoção da saúde têm indicado o uso de preservativo em todas as relações sexuais, visto que a recomendação de diminuição do número de parceiros, a abstinência, e a fidelidade não apresentaram impacto desejado. Recomendou também a abordagem das diferentes formas de relações sexuais (vaginal, anal e oral) e respectivas orientações sobre o comportamento de risco individual. Indicou o favorecimento do acesso aos serviços de saúde dos usuários de drogas, evitando o estigma social que circunda esta prática. Considerou neste contexto, que as escolhas individuais são inerentes a cidadania. As orientações ao grupo de usuários de drogas devem passar, não somente para usar equipamentos individuais, evitando o compartilhamento de seringas, mas principalmente abordar a questão do sexo seguro. Reforçou também a questão da gravidez indesejada ou não planejada, que sua prevenção seria de responsabilidade de ambos os sexos e que a gestação poderia interferir no planejamento do futuro de homens e mulheres. Relatou que entre os componentes do aconselhamento encontra-se o aspecto *Educativo*, como troca de informações sobre DST/HIV/Aids, transmissão, prevenção, tratamento e esclarecimento de dúvidas. Esta ação pode ocorrer nas consultas individuais, em grupos de orientação, sala de espera, programas de orientação nas escolas entre outros locais que os profissionais de saúde podem abordar. Outro aspecto seria o *Emocional*, no momento em que o usuário encontra-se em situação de fragilidade. Esta aproximação aconteceria no momento em que o profissional conseguir vínculo com o usuário. Para isto, o indivíduo deve se sentir acolhido, definindo-se um espaço de diálogo, compreensão e orientação.

Ressaltou-se que dentre os países da América Latina, o Brasil tem se destacado na prevenção, estabelecendo informações a esse respeito em momentos precoces da vida (WHO, 2009).

No entanto, alguns estudos mostraram a necessidade de adequação e reorganização dos serviços de saúde em relação ao atendimento das necessidades,

principalmente no aspecto psicossocial, de jovens em idade escolar (Cyrino e Pereira, 1999; Brown e Blanton, 2002; Sampaio et al., 2011).

Sousa et al. (2008) apontaram que as práticas de unidades de saúde da família não têm contemplado ações preventivas no sentido de esclarecimentos adequados sobre prevenção de DST/Aids e considerações sobre as relações de gênero envolvidas na tomada de decisões.

Oliveira et al. (2008) estudando o conhecimento e promoção de uso do preservativo feminino por profissionais de unidades de referência para DST/Aids de Fortaleza, Ceará, ressaltaram a limitação de informações sobre este método e o modo de utilização, assim como a pequena promoção deste método para a população atendida. Neste estudo a informação e a indicação do preservativo feminino não foi rotina detectada na prática dos profissionais investigados, que alegaram preço elevado do preservativo feminino, a não disponibilidade deste item na unidade, além de haver falta de interesse das mulheres. Este quadro limita as informações e conhecimentos sobre os métodos existentes e disponíveis aos usuários atendidos, de modo a restringir a liberdade de escolha pelo procedimento preventivo mais adequado as necessidades de cada indivíduo.

Bastiani e Padilha (2007) analisando as experiências de agentes comunitários de saúde sobre DST no município de Florianópolis, Santa Catarina, apresentaram a fragilidade de conhecimentos desses trabalhadores sobre esta questão. As autoras sugeriram elaboração de oficinas problematizadoras de forma a capacitar estes indivíduos ao trabalho efetivo de prevenção e empoderamento da população assistida pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Romero et al. (2007) apontaram também que apesar de grupos de amigos serem freqüentemente citados para esclarecimentos sobre DST/Aids, a principal fonte de informação foram os pais, sendo pouco mencionados os profissionais dos serviços de saúde.

Outro trabalho analisou se os efeitos de panfletos informativos sobre Aids entre adolescentes poderiam favorecer ou dificultar o conhecimento desta doença e a atitude frente ao preservativo entre escolares do ensino médio. Foram utilizados três tipos de panfletos informativos e três questionários, sendo sua aplicação antes, após a leitura de panfletos e 10 dias depois. Participaram 300 estudantes de escolas públicas e particulares das cidades de Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú. Os dados indicaram a existência de impactos positivos da leitura dos panfletos ao

conhecimento, porém, em relação ao uso de preservativo não houve alterações significativas (Camargo e Barbará, 2004).

Freitas e Filho (2011) em revisão de literatura sobre modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde, apontaram algumas características destes materiais. Dentre as limitações, o posicionamento dos sujeitos/receptores como passivos no processo de educação em saúde, com eficácia e/ou alcance reduzidos, muitas vezes apoiados em modelos tradicionais unilineares e homogêneos de comunicação, assim como ampla demonstração de entendimento estereotipado da clientela como *consumidores* de conhecimentos científicos adaptados para uma abordagem popular. Ainda salientaram que muitos materiais carecem de processos mais ampliados de seleção de conteúdos e de avaliação de resultados.

Antunes et al. (2002) analisaram as práticas sexuais de risco entre adolescentes de escolas públicas de ensino noturno, assim como diferenças de gênero e impacto de um programa de prevenção da Aids. O uso inconsistente de preservativo nas relações sexuais com parceiros regulares foi de 70%, com parceiros casuais 64%, e não-monogâmicos 36%. A participação e mudança de comportamento frente à prevenção da Aids foi significativamente superior entre as mulheres, não observando alterações na conduta masculina. Desse modo, a elaboração de estratégias preventivas deve considerar as diferentes representações sociais e de gênero evidenciadas entre os adolescentes.

Aponta-se para a necessidade fundamental de se avaliar a qualidade das ações e dos serviços de saúde, pois o melhor conhecimento do desempenho das intervenções possibilita progressiva adequação do que deve ser considerado um sistema de saúde desejável e resolutivo (Hoyos e Sierra, 2001).

2.3. Lazer, tempo livre e o adolescente

“Vivemos uma civilização do tempo livre, em que este já é quase igual ou às vezes maior que o tempo de trabalho. Mas ainda estamos longe de uma civilização do lazer, em que as pessoas saibam ocupar este tempo livre com atividades que efetivamente lhes divirtam e contribuam para o seu desenvolvimento pessoal.” (Camargo, 2001, p.33).

Desde o nascimento da sociedade industrial, os pensadores sociais do século XIX premeditaram sobre a relevância do lazer, porém, mais de um século

depois ainda não se tem a compreensão necessária sobre a dinâmica e propriedades específicas do lazer (Dumazedier, 2001).

Schwartz (2000) cita diversas abordagens e respectivos pensadores sobre a temática do lazer. Entre outros, os estudos evidenciando a questão do tempo livre (Dumazedier, 1994)²; a categorização do lazer como atividades auto-geradas e vivenciadas por livre opção (Marcellino, 1996)³; políticas de entretenimento (Bramante, 1990)⁴; caracterização do lazer baseado no tempo, atividades e atitudes destinadas à vivência do lazer (Gaelzer, 1979)⁵; expressão do comportamento lúdico e das dissonâncias com os valores e atitudes (Schwartz, 1997)⁶.

No presente trabalho, optou-se por refletir sobre lazer segundo apontamentos do autor *Joffre Dumazedier*, que apresentou um sistema de caracteres fundamentais sobre o tema. Ressaltou que o tempo fora do trabalho, evidentemente, é tão antigo quanto o trabalho, no entanto o lazer possui características particulares da civilização nascida da revolução industrial (Dumazedier, 2001). Iniciou a definição do lazer pelo *caráter libertatório*, resultando de uma livre escolha, ou seja, libertação de certo gênero de obrigações institucionais. Em seguida, explanou sobre o *caráter desinteressado*, sem intenções lucrativas, profissionais, utilitárias ou ideológicas. O *caráter hedonístico* vem em seguida, destacando a busca pelo estado de satisfação. Finalizou descrevendo o *caráter pessoal*, direcionado aos interesses e necessidade do próprio indivíduo (Dumazedier, 1999).

O autor aproximou o lazer da libertação e do prazer. Apresentou três funções do lazer, sendo o descanso; divertimento e o desenvolvimento. Tais encaminhamentos sobre a compreensão do lazer foram atribuídos, principalmente as mudanças e progresso técnico e social (Dumazedier, 2001).

Camargo (2001) afirmou que o tempo destinado ao trabalho aumentou significativamente com a disseminação da indústria no Brasil no início do século XX, sendo aproximadamente de 3500 a 4000 horas por ano. Os domingos também eram

² DUMAZEDIER, J.A. *Revolução cultural do tempo livre*. São Paulo: Studio Nobel: SESC, 199p. 1994.

³ MARCELLINO, N.C. *Estudos do lazer: uma introdução. Autores associados*. Campinas. 100p. 1996.

⁴ BRAMANTE, A.C. "Estamos vivendo uma civilização do lazer?" *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v.4, n. 4, 1990.

⁵ GAELZER, L. *Lazer: bênção ou maldição? Sulina*. Porto Alegre. 192p. 1979.

⁶ SCHWARTZ, G.M. *Atividades lúdicas no contexto da Educação Física Escolar: possível dissonância? Tese de Doutorado*. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo: 1997.

considerados dias de trabalho. Com o advento das leis trabalhistas e a redução da jornada de trabalho para 40 a 44 horas de trabalho, totalizaram cerca de 1800 a 2000 horas por ano. Com o aumento do tempo para o lazer, tornou-se necessário a modificação de espaços públicos e privados para a realização destas atividades. No entanto, o autor considerou que a sociedade educa seu cidadão para o trabalho, colocado no centro das atividades humanas. Dessa forma, reconheceu algumas dificuldades na utilização deste tempo para o lazer. Descreveu em atividades de consumo de lazer de outros, sem nenhuma interação ativa por meio de assistência a produção de lazer de outros indivíduos ou por ocupação deste tempo por outro trabalho remunerado, numa nova jornada para complementar a renda, aumentar a possibilidade de consumo ou até mesmo o suprimento das necessidades básicas individuais e/ou familiares. Defendeu que somos sempre *faber* (alguém que trabalha) e *ludens* (alguém que brinca) e que ambas as dimensões deveriam receber atenção e cuidado, tendo a necessidade de ser útil para alguém ou algo e também de desenvolver atividades de lazer criativo voltado para si próprio.

Segundo Marcellino (1996) o crescimento da relevância do lazer em sociedade para a qualidade de vida nas cidades não tem sido seguido por ações do poder público na proposição de políticas do setor.

Waichman (2003) afirmou que, socialmente, o trabalho é visto como primeira necessidade. A diminuição do tempo de trabalho gerou um vazio, mas não um tempo livre e sim um espaço temporal liberado do trabalho, na maioria ocupado pelo sono, este como um efeito do próprio trabalho. Soma-se ainda o transporte para a casa que também ocupa cada vez mais este espaço temporal liberado do trabalho. Acumula-se a este tempo as obrigações religiosas e familiares exercidas no tempo liberado do trabalho, não necessariamente tempo livre com liberdade.

Waichman (2003) comentou as principais interpretações de tempo livre. *Tempo livre é o que sobra após o trabalho; Tempo livre é o que fica livre das obrigações e necessidades e obrigações cotidianas; Tempo livre é o que fica livre das obrigações e necessidades e obrigações cotidianas e que empregamos no que queremos; Tempo livre é aquele que empregamos no que queremos; Tempo livre é a parte do tempo destinada ao desenvolvimento físico e intelectual do homem como fim em si mesmo.*

Segundo Waichman (2003), todas apresentam limitações, seja pela oposição entre trabalho e ócio ou pela valorização da liberdade pouco definida. O

argumento para isso seria a divisão total e radical inventada acerca do trabalho e de seu oposto, o ócio. Definiu tempo livre como aquele no qual não se está sujeito a obrigação. Tempo livre como tempo de liberdade para a liberdade. Diz que o tempo livre será livre quando não for uma necessidade. Exemplifica dizendo que, após a refeição, temos a liberdade ou necessidade biológica para a sesta. Diferente de decidir deitar, quando, o local, por quanto tempo desejar sem a necessidade de descansar, apenas o desejo de deitar, isto se for possível algum instante sem nenhuma influência qualquer.

Camargo (2001) enfatizou que mesmo com todas as mudanças anunciadas em “um novo tempo”, o trabalho continua sendo a identidade dos indivíduos. Mas o que se observa é uma crescente valorização social dos indivíduos que se esforçam por temperar a rotina de trabalho com o lazer e cuidados pessoais.

O termo lazer tem sido utilizado nos mais diversos segmentos da sociedade, quase sempre associado a escolhas pessoais, gratuidade, prazer, liberação das atividades laborais e familiares. No entanto, o lazer não pode ser definido como atividades de “livre escolha” do indivíduo, considerando as diversas influências as quais as pessoas são expostas em sociedade, como por exemplo, os determinismos culturais, econômicos, políticos e sociais. Evidentemente no lazer, se pode exercer um grau maior de liberdade de escolha comparado ao trabalho. Portanto, entende-se por livre escolha no lazer “a existência de um tempo precioso no qual se pode exercitar com mais criatividade as alternativas de ação ou de participação”. A gratuidade do lazer também não pode ser considerada na totalidade, pois toda ação apresenta algum interesse, seja explícito ou implícito. Entretanto, no lazer se podem dirigir esforços em atividades de forma menos preocupada com retorno financeiro ou dispêndio significativo de dinheiro. O lazer também tem a característica do poder compensatório das ações ocupacionais. Na forma de liberação, o lazer é a oportunidade de extravasar as tensões acumuladas do dia a dia e preparar-se para a próxima seqüência de atividades laborais. Porém, após uma rotina intensa de trabalho ou estudos e atividades domésticas, as atividades de lazer dividem boa parte do tempo com o sono (Camargo, 1992).

Complementou ainda que o lazer no trabalho fosse possível para apenas pequena parcela da sociedade, para o restante, as atividades laborais são desinteressantes, impessoais e repetitivas. Também para com as atividades familiares o lazer seria encontrado para pequena parcela da população, que o autor

caracterizou como uma espécie de *semilazer* doméstico como decorar a casa, cozinhar e brincar com os filhos. Destacou que a classificação do lazer ainda é diversa. O pesquisador Joffre Dumazedier, classificou o lazer com características físicas, manuais, intelectuais, artísticas, sociais e turísticas. Este último somado por Camargo (1992).

Deve-se destacar que ao contrário do que se menciona freqüentemente, não existe lazer passivo. Mesmo que a atividade de lazer seja de assistência e observação, existe a interação e reflexões sobre as questões em apresentação, conseqüentemente, uma atividade. O autor ainda salientou que a televisão tem sido uma das principais atividades de lazer. Explicitou que o tempo despendido diante de tal aparelho posiciona-se historicamente em elevação. Este veículo de comunicação em massa tem a companhia também de outros meios, como rádios, jornais, revistas, discos, livros. Entretanto, estas práticas não simbolizam uma pratica ativa de lazer, mais sim um consumo de lazer (Camargo, 1992).

Marcellino (2002) contribuiu significativamente para a discussão do tema no contexto contemporâneo. O autor esclareceu que o lazer não pode ser definido apenas pela característica da ação. Para isso, atribuiu necessidade fundamental de se considerar os aspectos *atitude*, sendo a relação do indivíduo com a atividade e a promoção do prazer e satisfação; e *tempo*, relacionado ao tempo liberado do trabalho, das obrigações familiares, religiosas e sociais. Afirmou que o caráter desinteressado e a oportunidade de escolha são premissas básicas do lazer, porém, o que se observa em sociedade são práticas compulsivas, influenciadas por modismos e embasadas no desejo de *status*. O autor afirmou que o lazer não pode ser considerado isolado de outros aspectos sociais, pois influencia e é influenciado por eles de forma dinâmica, fato que circunda o lazer por divergências interpretativas e de valores.

Marcellino (2007) destaca a discordância entre os pesquisadores do lazer sobre a definição. Salienta a divisão em duas vertentes. A primeira corrente teórica prioriza o aspecto *atitude*, relacionado ao estilo de vida e independente da determinação de um tempo. Nesta abordagem se valoriza a relação entre o sujeito e, basicamente, a satisfação da experiência vivida. A segunda corrente enfatiza a ocupação do tempo livre do trabalho e de outras obrigações sociais, familiares e religiosas. A dificuldade apontada nesta interpretação refere-se à possibilidade de realização de atividades simultâneas, como trabalhar e ouvir música, por exemplo.

Outro ponto limitante nesta abordagem é a não existência de um tempo totalmente livre de influências e normas sociais. Neste estudo realizado sobre lazer e educação, o autor assume a definição de lazer como cultura vivenciada no “tempo disponível”, relacionados ao trabalho e demais obrigações sociais, combinando os aspectos *tempo e atitude*.

Marcellino (2002) considerou a inserção sócio-econômica como influenciador das práticas e acesso às atividades de lazer. A esse respeito, salientou outros fatores importantes nesta relação, nomeada de *barreiras interclasses sociais*. Destacou ainda as diferenças nas atribuições sociais entre homens e mulheres. Para a população masculina, um cenário mais propício e fecundo para o desenvolvimento de atividades em vários panoramas sociais, e para as mulheres, a restrição cultural a inúmeras práticas, a submissão, a dupla jornada de trabalho entre outras atribuições emprenhadas no modo de educar e viver da população feminina. O tempo e o espaço também figurariam como possíveis barreiras, dependendo da inserção do indivíduo e possibilidades disponíveis. Salientou que a classe social, o grau de instrução, a faixa etária, o sexo, o acesso aos espaços, assim como a crescente violência urbana e outros fatores limitariam o lazer a uma pequena parcela da população.

Sobre a forma de lazer, o autor realçou as mudanças observadas atualmente na sociedade, com a diminuição das antigas brincadeiras infantis e a substituição pela televisão, jogos eletrônicos e, sobretudo, as recentes possibilidades no cenário tecnológico da informática. Essas mudanças foram potencializadas por diversos fatores como o crescimento dos centros urbanos e diminuição dos espaços de lazer, influência dos meios de comunicação em massa, brinquedos industrializados, sofisticados e atraentes, mensagens veiculadas pela indústria cultural desvinculadas do contexto local, popularização dos meios de informática e seus respectivos recursos de comunicação e consumo de lazer produzido pelos outros. revelou ainda que o indivíduo, principalmente a criança, sem o espaço de criação, situa-se na forma de consumo, sem condições prévias de análise crítica e criativa deste conteúdo (Marcellino, 2002).

Ao iniciar a reflexão sobre o lúdico, a maioria das pessoas associa esta prática aos recursos necessários, sejam estruturais, financeiros, eletrônicos entre outros. Porém, Camargo (2001) destacou que existem subsídios para momentos de ludicidade infinitos, basta considerar o arcabouço de invenções tecnológicas e nas

mais diversas formas de transformação da matéria em brinquedos. Este cenário descrito associa o lazer e a ludicidade a camadas mais favorecidas da sociedade. Porém, o autor se refere à cena de um menino que brinca de futebol com uma latinha de alumínio deixada no lixo ou uma criança que enrola uma garrafa descartável de plástico num jornal velho e o trata como se fosse uma boneca no mundo da imaginação. Segundo o autor, é possível reconhecer ludicidade nestes exemplos. Portanto, a ludicidade pode ser incrementada de inovações do crescente mercado *ludens*, mas destacou que não seja elemento indispensável para o lazer, pois seria possível o desenvolvimento de atividades lúdicas sem nenhum destes objetos.

Sempre que se fala de lazer, subentende-se a presença do bem-estar e do prazer imediato. Mas, ao refletir sobre algumas atividades freqüentemente relatadas como tal, como por exemplo, sessões de esforços físicos vigorosos e cansativos, o prazer não está diretamente na ação, mas na sensação posterior de bem-estar, ou seja, na busca pelo prazer (Camargo, 1992).

Ao descrever o que se busca na diversão, Camargo (2001) utilizou as reflexões do sociólogo *Roger Caillois*⁷ sobre o *jogo*, estendidas aqui para as motivações da busca pela diversão: *aventura, competição, vertigem e fantasia*.

A *aventura* tem por base a curiosidade e está relacionada à descoberta, a algo de novo e surpreendente. Estes aspectos poderiam ser observados nas várias formas que as crianças usam os brinquedos de um *playground*, variando e reinventando as características originais de diversão em busca de novas sensações e desafios, como descer no escorregador em posição de mergulho, por exemplo. Estas transformações contribuiriam para o desenvolvimento da inteligência abstrata e prática. Já a *competição* motivaria pelo desejo de superação, seja do outro ou de si mesmo, transpondo barreiras antes insuperáveis, evidenciando também o prazer. Segundo o autor, a *vertigem* seria a grande motivação lúdica nos dias atuais, caracterizadas pela perda momentânea de controle, se deixar levar e, paradoxalmente, correr riscos com segurança. A *fantasia* seria o desejo de ser outro ou de estar em lugares diferentes. Similar ao devaneio, com o pensamento livre, tornando-se assim, um ser diferente. O autor acrescentou que numa mesma atividade pode se experimentar motivações de diferentes formas, variações e combinações (Camargo, 2001).

⁷ CAILLOIS, R. *Los juegos y los hombres: La máscara y el vértigo*. México. Fondo de Cultura Económica, 1986

Uvinha (2001), ao relatar sobre o universo do jovem e esportes radicais no lazer, destacou características de identidade do grupo, como o espaço físico de encontros, a linguagem, a vestimenta, a música, a liderança entre outras. Outro fato abordado pelo autor foi a representação de gênero, atribuindo papéis diferentes em sociedade e nas atividades de lazer, pois na figura masculina se reconhece a força e o poder. Já em relação às mulheres atribuem-se a fragilidade e subordinação.

Segundo Camargo (2001), o adolescente de antigamente seguia os passos e caminhos tradicionalmente desenhados pela família, na maioria rural, seja no comportamento, na profissão, religião e política. Atualmente, com o fenômeno da urbanização, a aproximação tende a ser maior com os grupos de iguais, ou seja, outros jovens que partilham os pensamentos, os costumes e os prazeres cada vez mais comuns entre eles. Existe então, a necessidade de ser aceito, muitas vezes incorporando hábitos e atitudes reproduzidas pelo grupo que deseja participar. Schwartz (2000) apontou que as mudanças atitudinais são representações da pressão interna que o ser humano se impõe, quando tenta aproximar constantemente sua própria identidade com a do outro para aceitação e valorização perante a sociedade.

Meschke e Silbereisen (1997) reportaram que nesta fase da vida, os adolescentes procuram o lazer que favoreça a aproximação de grupos de amigos. Apontaram que o contato com o sexo oposto tem sido o principal fator de motivação para escolha das atividades. Já o lazer que envolve riscos à saúde foi associado a comportamentos de delinqüência, uso de drogas e iniciação sexual precoce. Os autores reforçaram que o monitoramento dos pais e o tipo de lazer envolvendo risco à saúde são importantes variáveis a serem consideradas no sentido de compreender o universo de saúde do adolescente.

A erotização precoce das crianças também poderia repercutir negativamente na formação de identidade. Segundo Bruhns (2000), numa sociedade machista, este assunto é vedado às mulheres, que em fases posteriores da vida enfrentariam dificuldades no desenvolvimento da sexualidade e nas relações de gênero, sobretudo nas questões de poder envolvidas nestas situações.

Para Camargo (2001), sexo estaria diretamente relacionado à diversão. Afirmou que a motivação da busca por parceiros para o sexo está presente em todas as atividades humanas. Que boa parte das diversões apresenta, implícito ou explícito, o encontro sexual. Este conhecimento é utilizado freqüentemente pelos

meios de comunicação e entretenimento como anúncios, programas de TV, filmes entre outros. Salientou, ainda, a formatação do atual cenário de liberação sexual e o aumento do tempo livre, junções estas favoráveis ao exercício dos prazeres sexuais. Nestes tempos, a juventude tende a se dedicar a atividades de interesses pessoais e distantes do controle familiar, de forma gratuita e a serviço do prazer. Neste panorama, as relações entre pessoas seriam reorganizadas de maneira menos formais do que os até então populares namoros, noivados e casamentos, substituídos, muitas vezes pelo simples “ficar juntos” (Camargo, 2001).

2.4. Atividade física, comportamentos relacionados à saúde e DST/Aids

Em relação à saúde, observam-se freqüentes afirmações enfatizando os benefícios e proteção proporcionada pela prática de atividade física regular (Overman e Terry, 1991; Sasco et al., 2003; Sanches e Nappo, 2002; Goldberg et al., 2003; Erickson, 1997; Sallis et al., 2001, Ussher et al., 2003). Com referência ao estilo de vida, pode-se destacar o incentivo à participação em atividades físicas na maioria dos programas de saúde (Pereira, 1995; Pollock e Wilmore, 1993).

A atividade física é compreendida como comportamento complexo determinado por vários fatores relacionados aos aspectos biológicos, psicológicos e comportamentais, além de influência social e ambiental. Destaca-se ainda, os benefícios psicológicos e fisiológicos que uma vida fisicamente ativa poderia proporcionar (Bara Filho et al., 2000). Entende-se atividade física como todo movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que proporcione gasto energético (Caspersen, Powell, Christenson, 1985). De maneira mais específica, o exercício físico aparece diferenciando-se por ser previamente planejado, estruturado e repetitivo, com objetivo definido (Gonçalves et al., 1997). Já o treinamento esportivo faz uso do exercício físico para melhorar a capacidade física e o desempenho na respectiva modalidade (Robergs e Roberts, 2002).

A prática de atividade física regular e seus benefícios estão bem documentados e são apontados como importante contribuição para a qualidade de vida. Apesar da complexidade envolvida nestas relações, a atividade física pode reduzir o risco de doenças cardiovasculares, câncer de intestino, diabetes mellitus, osteoporose, artrite, obesidade, ansiedade e depressão, entre outros benefícios. A prática regular de atividade física está associada à melhora da aptidão física,

qualidade do sono e sensação de bem-estar. Para os adolescentes estas afirmações ainda são modestas (Gonçalves et al., 2007), porém existem trabalhos relacionando esta prática a melhor aptidão física, pressão arterial, lipídios sanguíneos, sistema ósseo, benefícios relacionados ao bem-estar. No entanto, em relação às lesões, deve-se considerar que aproximadamente metade das ocorrências que demandam atenção médica entre crianças e adolescentes estão associadas às práticas esportivas e atividades de recreação. Outro ponto destacado foi a diminuição da prática de atividade física com o aumento da idade, sobretudo entre as mulheres (Currie et al., 2004).

Nos anos noventa, a popularização do computador tornou-se evidente, proporcionando entre outras situações, maiores possibilidades de atividades no tempo livre de crianças e adolescentes. Estes comportamentos sedentários somaram-se ao período destinado aos programas de televisão. Mudanças que favoreceram a ocupação do tempo livre com atividades sedentárias, associados ao aumento do sobrepeso e fatores de risco à saúde, assim como efeitos negativos ao bem-estar de crianças e adolescentes. No entanto, existem controvérsias, outros estudos evidenciaram proporção de usuários de mídia eletrônica com maior nível de atividade física comparado aos que usam estas mídias em menores frequências. Estes dados sugerem a necessidade de maiores investigações sobre uso pesado de computadores, desempenho escolar, autoconfiança e atividade física (Currie et al. 2004).

Fernandes et al. (2008), em estudo sobre associação entre participação em esportes e comportamento no tempo livre entre 1 495 estudantes entre 11 e 17 anos de Presidente Prudente-SP, encontraram com maior frequência praticantes de atividade física de lazer (caminhar e pedalar) entre os indivíduos que faziam esportes regularmente. Porém, não houve relação estatística entre prática de atividade física e menor tempo destinado à televisão. De modo geral, a prática de assistir televisão constitui uma atividade freqüente no tempo livre para significativa parte desta população. Destaca-se que a *American Academy of Paediatrics* aconselham não mais que duas horas de televisão por dia, recomendação esta superada pela maioria das crianças e adolescentes (Currie et al. 2004).

Paffenbarger Jr; Lee; Leung (1994), estudando a prática de atividade física e as características pessoais de estudantes do sexo masculino, encontrou freqüência menor de depressão entre indivíduos fisicamente ativos e participantes

de esportes. Em contrapartida, foi elevada entre fumantes e não relacionada ao consumo de álcool.

Dentre as informações sobre comportamentos sedentários, destacaram-se as variações e características regionais. No entanto, podem-se apontar algumas tendências gerais entre crianças e adolescentes. Currie et al. (2004) ressaltaram em seus estudos que o tempo destinado a prática de assistir televisão foi elevada em quase todos os países e regiões, superando demais comportamentos de uso do computador e tempo gasto com tarefas escolares, tanto durante a semana como nos finais de semana. Para as mulheres, houve associação positiva entre maior tempo destinado a televisão e menores níveis de atividade física. Já para os homens, esta associação não foi evidente (Currie et al., 2004).

Collingwood et al. (1991) investigaram os efeitos do incremento de variáveis da aptidão física sobre aspectos psicológicos como depressão, ansiedade e auto-estima com relação ao consumo de substâncias psicoativas entre escolares. Verificou-se que a elevação dos parâmetros inerentes à aptidão física foi associada à melhora da auto-estima, diminuição da ansiedade e depressão, assim como, respectiva diminuição de uso de substâncias.

Porém, a opção de escolha de estilo de vida situa-se de maneira diferenciada para diversas partes da população, recebendo forte influência dos determinantes sociais (Mäkinen et al., 2010). Vilhjalmsson e Thorlindsson (1998) corroboraram com outros estudos relacionando elevada classe sócio-econômica a maiores níveis de participação em exercícios físicos regulares.

Sarriera et al. (2007) em investigação sobre o uso do tempo livre entre adolescentes de classes populares de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, destacaram a baixa participação em atividades formativas, artísticas, culturais, uso do computador e jogos eletrônicos, sendo predominante dentre esta população o hábito de assistir televisão. Evidenciaram ainda, limitada diversificação das atividades de tempo livre, vinculada aos baixos recursos familiares, assim como da comunidade e escola em oferecer ou incentivar o acesso a outras possibilidades de práticas no tempo livre. Foi estimado maior tempo de realização de reuniões de amigos e práticas esportivas nos finais de semana, possibilitando maior interação social e com a comunidade. Porém, estes dados alertaram para a agravante da possível exposição e vulnerabilidade a situações de risco, devido à carência de locais e atividades de uso do tempo livre. Pouca diferença quanto ao gênero foram

evidenciadas nas práticas de tempo livre entre as idades de 14 e 18 anos. De modo geral, as mulheres referiram maior frequência nas atividades de sair com amigos e relacionamentos amorosos, ao passo que os homens atividades sociorecreativas esportivas e o uso de computadores e jogos eletrônicos.

Duncan et al. (2002) investigaram entre jovens de 10 a 14 anos, de ambos os sexos, atividades *prosociais*, como atividade física, participação em esportes, trabalho voluntário, atividades não-esportivas e religiosas relacionando-as à outras categorizadas *antisociais*, como uso de substâncias e desvios de comportamento. Também, analisou a renda familiar e organização familiar. A prática de esporte organizado e dias de envolvimento em atividades físicas foram inversamente relacionados ao uso de substâncias. Renda elevada e viver com os dois pais juntos foram associados à maior participação em esportes e menor uso de substâncias. Ao observar as diferenças encontradas no padrão de atividade física e outros comportamentos entre classes sociais, reforçaram a assertiva de que fatores socioculturais estejam amplamente relacionados aos hábitos e comportamentos desses adolescentes, assim como a necessidade de se promover futuros estudos aprofundando no potencial desta questão.

Safron; Schulenberg e Bachman (2001) investigaram a relação entre as horas de trabalho semanal, as atividades sociais, o comportamento com relação à saúde e o uso de substâncias entre adolescentes. Os resultados apontaram para a associação positiva entre o número de horas de trabalho no dia e fatores de risco à saúde de adolescentes. Argumenta-se que o aumento de horas de trabalho dificultaria o engajamento em atividades potencialmente importantes para o seu desenvolvimento, como atividades extracurriculares, participação em esportes, tarefas escolares, comportamento saudável e lazer.

Silva et al. (2002) ao desenvolverem programa de prevenção de DST e Aids entre atletas de futebol destacam que pouco se tem encontrado sobre a específica vulnerabilidade masculina e respectivos procedimentos preventivos. Neste sentido, a esfera esportiva, sobretudo o futebol, caracterizou-se por concentrar predominantemente homens, e por isso, seria adequado elaborar estratégias de prevenção relacionadas ao modo de viver de seus praticantes. Consideraram ainda que, devido à representação e influência que indivíduos ativos exercem em sociedade, esta poderia ser uma forma de veicular comportamento sexual seguro frente às DST/Aids e gravidez indesejada. Outro aspecto que

envolveria o panorama esportivo seria a sensação de proteção a saúde e invulnerabilidade entre indivíduos praticantes de exercícios físicos vigorosos, fato que poderia ocultar a problemática das DST/Aids.

Iannotti et al. (2009) investigaram sobre o padrão de atividade física, uso de mídias e comportamentos positivos e negativos indicadores de saúde de populações em idade escolar dos EUA (N=14 818) e Canadá (N=7 266). Ressaltaram que em ambos os países, a atividade física foi relacionada a melhores padrões de saúde, como positiva auto-imagem, saúde física, qualidade de vida, relacionamento familiar e grupos de amigos. Indivíduos que se envolveram com atividades físicas reportaram significativamente menores valores de problemas de saúde e uso de cigarros. No entanto, se apresentou preditor de situações de agressões físicas, principalmente entre homens. A atividade física foi negativamente relacionada às queixas de saúde nos homens e ao uso de maconha entre homens americanos e garotas canadenses. Porém, foi positivamente relacionada ao uso de álcool entre garotos canadenses. Em ambos os países, o uso de mídias se associou a menores frequências de atividade física, porém esta relação foi modesta e não sugere oposição entre os comportamentos. Entre os pesquisados, esta prática hipocinética foi relacionada à menor percepção de estado de saúde, qualidade de vida e qualidade de relacionamento familiar. O uso de mídia foi relacionados nos dois países às queixas de saúde, agressões físicas, uso de cigarros, consumo de álcool e situações de embriaguez. De modo geral, os autores ressaltaram que a prática de atividade física foi associada a indicadores positivos de saúde, embora a magnitude desta associação tenha sido limitada. No entanto, encontraram consistência nos resultados para diversos comportamentos de saúde nos dois países, sobretudo para variáveis relacionadas aos aspectos psicológicos e sociais de saúde. Estes achados foram considerados como fortes argumentos para a promoção de práticas de atividades físicas e redução do tempo de uso de televisão e similares entre adolescentes.

Currie et al., (2004) afirmaram que situações positivas e negativas à saúde fazem parte da cultura e do modo de viver destes adolescentes, que não somente bebem e fumam na companhia de amigos, mas também praticam atividades físicas e jogos recreacionais em outros momentos e outros grupos.

Miller et al. (1998) investigaram a participação em atividades esportivas e o comportamento sexual de adolescentes entre 611 adolescentes da cidade de

Nova Iorque, Estados Unidos. Foram utilizadas entrevistas telefônicas perguntando sobre variáveis sócio-econômicas e demográficas, sobretudo a diferença entre gêneros quanto à participação em atividades esportivas e comportamento sexual. Os achados indicaram que existe especificidade do efeito de participação em atividades esportivas relacionada ao gênero. Para as mulheres, a participação em atividades esportivas foi associada à baixa frequência de relação sexual, menos parceiros e idade mais avançada para o início de atividade sexual. Para os garotos, resultados se apresentaram com tendência oposta. Segundo os autores, estes dados se opõem a teoria de controle e tempo desocupado, que não consideram diferenças significativas quanto ao gênero na relação participação em esportes e comportamento. Entre as mulheres, a participação em esportes poderia auxiliar na melhor inserção social no grupo de amigos e na resistência de pressões para as práticas sexuais. Embora não seja estatisticamente significativo, homens que se envolveram com práticas esportivas apresentaram tendência de maiores aproximações com atividades sexuais. Os autores consideraram que estes homens poderiam usar de seu *status* de esportista como sedução e práticas sexuais. Destacaram que o grupo de homens praticantes de esportes se polarizou em duas categorias, os que são sexualmente inativos e os que são muito ativos, dificultando um amplo entendimento desta relação.

Kulig; Brener e McManus (2003) averiguaram como o engajamento em atividades físicas vigorosas se associa ao uso de drogas e comportamento sexual entre adolescentes americanos. Utilizaram amostra de uma pesquisa nacional sobre comportamento de risco entre 15.349 jovens em idade escolar, compilados com o uso de questionário anônimo de auto preenchimento, no ano de 1999. Contrariando outros estudos, homens que participavam de treinamento esportivo não foram associados ao uso de álcool, a prática sexual ou iniciação sexual precoce. No entanto, destacaram a diferença de categorias e divisões de práticas de atividades físicas e treinamento esportivo na literatura comparada. Indicaram a necessidade de se analisar separadamente por tipo de envolvimento com atividade física. Também ressaltaram a necessidade de analisar separadamente por gêneros, pois o envolvimento com atividade física e treinamento, assim como inserções midiáticas nos programas esportivos tem características diferentes para homens e mulheres.

Tenório et al. (2010) investigou a prevalência e fatores associados a prática insuficiente de atividades físicas e exposição a comportamento sedentário

em adolescentes da rede pública estadual de ensino médio do Estado de Pernambuco. Utilizaram questionários anônimos e de auto-preenchimento. Os dados revelaram que tanto a prática insuficiente de atividade física quanto à exposição a práticas sedentárias foram elevadas dentre a população. As moças apresentaram maior frequência de prática insuficiente de atividade física, corroborando outros estudos. Estudantes de áreas rurais relataram maior frequência de prática insuficiente de atividade física, fato associado ao menor acesso a espaços destinados a práticas de lazer.

Em investigação sobre co-ocorrências negativas à saúde e características preditoras de comportamento de risco entre adolescentes, Hair et al. (2009) utilizaram estudo longitudinal e amostra representativa norte-americana com corte em 1997. Os resultados apontaram para divisão em quatro grupos de comportamentos, sendo o de alto risco com: 57% de indivíduos não-praticantes de exercícios físicos, a maioria dos adolescentes envolvidos em delinquência, tabagismo, uso de drogas, de bebidas alcoólicas e, atividade sexual de risco. Do outro lado, situou-se o grupo de menor risco para todas as variáveis de comportamento e com 56,6% de envolvimento com exercícios físicos. Intermediariamente dois grupos de risco moderado que se diferenciaram pela prática de exercícios físicos. O primeiro apresentou elevados valores para prática de sexo não-seguro, consumo de bebidas alcoólicas e elevada prática de exercícios físicos; e o segundo grupo caracterizado pela alta porcentagem de fumantes, prática de sexo não-seguro e não envolvimento com exercício físico. Os autores destacaram a complexidade envolvida nas análises sobre o padrão de comportamento de adolescentes. Salientaram ainda a necessidade de abordagem de múltiplos temas relacionados à saúde do adolescente nos programas de intervenção.

Assim como a família e a escola, as atividades organizadas de lazer têm apresentado papel importante no campo da prevenção de risco e comportamento de saúde. Rutten et al. (2008) destacaram que as atividades esportivas representam um dos mais relevantes campos de ação entre crianças e adolescentes. Na Holanda, cerca de 68% dos pré-adolescentes participam de atividades esportivas organizadas. Estes valores se aproximaram do que foi observado para crianças e adolescentes norte-americanos. Este ambiente propiciaria não só desenvolvimento específico da atividade, mas também favoreceria a aproximação de valores, normas e oportunidades de relacionamento. No entanto, as pesquisas que focalizaram esta

variável ainda apresentam resultados controversos, em um momento favorecendo comportamentos positivos como colaboração e trabalho em grupos, e em outros momentos, os negativos como agressões fora das situações de jogo. O estudo sustentou que a atuação do supervisor da atividade poderia ajudar com proteção os adolescentes envolvidos na competição e fora do jogo. No âmbito da prática esportiva, os adolescentes receberiam incentivos maiores de atitudes prosociais do que para comportamentos antisociais. Os autores consideraram que as ações de *fair play* (jogo limpo) são incorporadas a outras atitudes positivas no jogo e fora dele. Isto reforçaria a importância de atitudes positivas externalizadas pelos orientadores no sentido de incentivar comportamentos similares em seu alunos/atletas.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Estudar a associação entre os auto-avaliação dos conhecimentos sobre a prevenção das DST/Aids, a prevalência de práticas sexuais de risco, o nível de atividade física habitual e a quantidade e formas de utilização do tempo livre e lazer entre estudantes do ensino fundamental e médio de escolas públicas e privadas de um município do interior paulista.

3.2. Objetivos Específicos

- 1) Identificar possíveis fatores de risco entre estudantes frente às DST/Aids;
 - 2) Descrever o tempo livre e as atividades de lazer;
 - 3) Identificar atividades desenvolvidas quando faltam às aulas;
 - 4) Identificar estudantes que realizaram trabalho remunerado nos últimos meses;
 - 5) Estimar o uso de drogas lícitas e ilícitas no último mês;
 - 6) Descrever a auto-avaliação do desempenho escolar;
 - 7) Identificar estudantes que já pensaram em abandonar a escola;
 - 8) Descrever a auto-avaliação da rejeição no grupo de amigos e/ou outros da mesma idade;
 - 9) Descrever a auto-avaliação de apoio emocional de amigos, familiares ou namorado(a);
 - 10) Analisar possíveis associações entre os níveis de atividade física, sexo, o conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e a exposição à prática sexual de risco;
 - 11) Identificar possíveis fatores preditores a exposição de risco para as DST/Aids.
-

4. SUJEITOS E MÉTODO

4. SUJEITOS E MÉTODO

4.1. Sujeitos

A presente pesquisa foi realizada nas escolas públicas e privadas de ensino fundamental e médio, do município de Lençóis Paulista - SP, e teve como população alunos de 7^a e 8^a séries do ensino fundamental, assim como estudantes do 1^o, 2^o e 3^o ano do ensino médio.

4.2. Desenho do estudo

Foi realizado um estudo transversal, com a aplicação de questionário estruturado, previamente testado, individual, anônimo, de auto preenchimento e com a participação facultativa entre alunos de escolas públicas e privadas, do ensino fundamental e médio do município de Lençóis Paulista - SP, para detectar a prevalência de exposição e os fatores de risco para DST/Aids bem como as atividades de lazer, o tempo livre e a atividade física habitual. A pesquisa foi autorizada pela Diretoria de Ensino de Lençóis Paulista, Delegacia Regional de Ensino do Estado de São Paulo e aprovada pelo Comitê de Ética Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu.

4.3. Local da pesquisa

O município de Lençóis Paulista localiza-se na região centro-oeste, a 280 km da capital, São Paulo, com área de 792,4 km² e população de 61.454 habitantes (IBGE, 2010). No momento da coleta de dados, o município possuía oito escolas públicas e três particulares que atendiam a população de estudos.

4.4. Instrumentos

4.4.1. Questionário

Foram utilizados dois instrumentos: O primeiro foi um questionário estruturado e específico, elaborado e utilizado por Kerr-Corrêa et al. (2001) no

primeiro levantamento do uso de álcool e de drogas e das condições gerais de vida dos estudantes da Unesp, com adaptações. As modificações realizadas no instrumento tiveram como objetivo facilitar a interpretação das questões e fazer sua adequação aos estudantes de ensino fundamental e médio.

Para realizar a classificação social dos estudantes, foi utilizado o sistema de classificação da ABIPEME (Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado). Utiliza-se da quantificação de uma série de bens e serviços disponíveis no domicílio do indivíduo, além de considerar o nível de escolaridade do *chefe* da família. Após a somatória, utiliza-se uma classificação sócio-econômica dividida em cinco classes de A (maior pontuação) a E.

4.4.2. Mensuração do nível de atividade física habitual

Para mensurar o nível de atividade física habitual, foi utilizado um instrumento de auto preenchimento, um recordatório das atividades do cotidiano, preconizado por Bouchard et al. (1983). Dessa forma, as atividades diárias foram classificadas em seqüência contendo nove categorias, de acordo com o custo energético estimado. Organizadas em ordem crescente, a categoria 1 contempla atividades de menor custo calórico, como *sono e repouso na cama* e, progressivamente segundo gasto energético, a categoria 9 reúne atividades de mais elevado custo calórico, como *trabalho manual intenso e prática de esportes competitivos*. Os participantes do estudo foram orientados sobre os procedimentos de preenchimento e, em seguida, deverão identificar o tipo de atividade realizada em cada período de 15 minutos ao longo das 24 horas do dia, com dois dias habituais, um durante o final de semana e outro do dia anterior da aplicação do questionário. Após a obtenção das informações, foi estimado o tempo despendido nas diferentes práticas de atividade física e respectiva demanda energética por quilograma de peso corporal ao longo de cada dia (kcal/kg/dia). Este instrumento foi utilizado entre adolescentes (Guedes et al., 2001) e jovens adultos brasileiros (Pitanga, 2001).

Após análise dos questionários e estimativa do gasto energético, os sujeitos foram classificados em quatro níveis de atividades físicas, segundo proposto por Cale (1994): a) ativos: igual ou maior que 40 kcal/kg/dia; b) moderadamente ativos: 37 a 39,9 kcal/kg/dia; c) inativo: 33 a 36,9 kcal/kg/dia; d) muito inativo: igual ou menor que 32,9 kcal/kg/dia.

4.5. Procedimento de coleta de dados

Previamente, foi realizado um pré-teste entre estudantes de um município próximo ao local de pesquisa e semelhantes à população de estudos, porém não participante do universo populacional do trabalho.

O questionário foi aplicado com a participação de alunos do 3º ano do curso de Educação Física, após treinamento.

As aplicações dos questionários contaram com a presença de dois auxiliares em cada sala de aula, sendo o tempo estimado de, em média, 90 minutos para o preenchimento dos instrumentos. As folhas de respostas foram depositadas pelos respondentes em envelopes sem identificação, garantindo-se o anonimato dos alunos e evitando a estigmatização das escolas.

Os questionários foram respondidos em folha personalizada de leitura óptica, e foi disponibilizada em meio magnético.

No início do ano letivo de 2005, encontravam-se matriculados 4664 alunos nas escolas de ensino fundamental e médio do município. Foram excluídas do estudo as escolas rurais e turmas de Educação de Jovens e Adultos – EJA (12,1%) e aqueles que abandonaram a escola (14,8%), que totalizou 1255 indivíduos.

Para coleta de dados, foram considerados 3409 alunos. A coleta de dados aconteceu nos meses de outubro e novembro de 2005, nas datas estipuladas pela direção das escolas. Mesmo com o agendamento, aproximadamente 12,3% (418 alunos) da população de estudos encontrava-se em atividades que impediram a aplicação dos instrumentos, como situações extramuros, provas, curso e/ou palestras. Também não participaram 558 alunos (16,4%) ausentes nos dias das coletas de dados e 31 estudantes (0,9%) que se recusaram a participar. Uma das quatro escolas particulares, composta por quatro classes e 87 alunos (2,5%) do ensino médio não disponibilizou o tempo necessário para os procedimentos de coleta de dados. Foram excluídos do estudo 204 (6%) questionários que apresentaram condições inadequadas de preenchimento da ficha de leitura, como rasuras, desenhos, frases, rabiscos, além de 181 (5,3%) questionários que foram devolvidos em branco. A população estudada foi de 56,6% dos estudantes (n= 1930) da área urbana que freqüentavam regularmente às aulas nos meses de coleta de dados.

4.6. Análise estatística

O banco de dados foi formulado através do software SPSS, versão 15.0. Os dados foram organizados em forma de tabelas descritivas com frequências absolutas e relativas.

Sobre o tempo livre foram utilizadas duas questões relacionadas à quantidade de horas livres reconhecidas pelos estudantes nos dias de semana e final de semana: *Atualmente, de quantas horas livres você dispõe em média, a cada dia da semana, para suas atividades de esporte e lazer? Atualmente, de quantas horas livres você dispõe em média, por dia, durante o fim de semana?* Os estudantes foram divididos em duas categorias: *Sim* (tem tempo livre) e *Não* (não tem tempo livre).

A questão: *o que você faz quando falta às aulas?* foi utilizada na tentativa de auxiliar na descrição da população de estudos segundo este período/momento fora da escola.

A relevância da questão do trabalho tem sido observada nos estudos entre adolescentes e comportamento de risco. Na pesquisa, foi utilizada a questão número 8: *Você trabalhou com remuneração nos últimos 6 meses?* O agrupamento utilizado foi: *não trabalha; trabalho período parcial/integral e; trabalho esporádico/outros.*

A estimativa de uso de drogas foi introduzida na análise dos determinantes de risco uma vez que é apontada como sendo uma das variáveis principais em todas as análises desta natureza, nesta faixa etária. Neste trabalho para estimar o risco foi considerada a variável o uso de drogas no último mês. Composta por questões que indagavam especificamente sobre determinada substância psicoativa: *bebida alcoólica; tabaco (cigarro); maconha ou haxixe (marola, parada); alucinógenos (LSD, chá de cogumelo, mescalina); cocaína (exceto crack) e crack (pedra); ecstasy; merla; solvente orgânico; opiáceos;. Alguns medicamentos, quando sem receita médica: Anfetaminas (Hipofagin, Moderex, Inibex, Desobesi, Reativan, Pervetin, Preludin, fórmulas para emagrecer); anticolinérgicos; tranqüilizantes, ansiolíticos; anabolizantes e outras drogas.* Para esta análise, as respostas foram agrupadas em “*não usou*” e “*usou*”. Também foram classificadas em *Lícitas* (álcool e tabaco) e *Ilícitas* (demais substâncias psicoativas).

O contexto escolar tem sido apontado na literatura como variável importante em relação ao comportamento sexual de adolescentes. No presente estudo, optou-se por utilizar as seguintes questões: *Você considera seu desempenho escolar*. As respostas possíveis foram definidas em: *Péssimo, Insuficiente, Regular, Bom, Excelente*. E a segunda questão: *Você já pensou em abandonar a escola?* As respostas foram agrupadas em *Não* e *Sim/Ainda penso*.

Outra questão igualmente importante para explicar os riscos assumidos é aquela relacionada a qualidade da inserção entre colegas ou sentir-se pertencente ao grupo de amigos. Para contemplar este cenário foram selecionadas do questionário as questões: *Nos últimos 12 meses, você sentiu dificuldades para fazer amigos(as) em novos grupos?* (Não/Sim); *Nos últimos 12 meses, você se sentiu rejeitado(a) pelo seu grupo de amigos ou outros de sua idade?* (Não/Sim) e; *Você recebe o apoio emocional de que necessita, em qualidade e quantidade de amigo, familiar, namorado?* (Não/Mais ou menos/Sim).

Para a classificação do auto-conhecimento sobre prevenção das DST/Aids, consideraram-se as questões: *Você se sente suficientemente esclarecido em relação aos riscos de adquirir Aids? Atualmente, você considera a hipótese de usar algum tipo de proteção contra a Aids?* Indivíduos que apresentaram respostas positivas a estas questões foram classificados com *maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids*. Respostas negativas em, pelo menos, uma destas questões foram classificadas com *menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids*.

Para definir indivíduos expostos ao risco de adquirir DST/Aids, optou-se pela variável: *Durante o último mês, você manteve relações sexuais sem o uso de camisinha?* Utilizou-se o teste estatístico de Regressão Logística método *passo-a-passo para trás*. Neste modelo de análise, definiu-se a variável dependente (*exposição ao sexo sem preservativo; auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção das DST/Aids*). Como critério de inclusão de co-variáveis na Regressão Logística, considerou-se as variáveis que atingiram resultado estatístico significativo na análise univariada ($p < 0,05$) e aquelas que a literatura apontou como relevantes. A codificação foi elaborada para que *odds ratio* maior que 1 sinalizasse aumento de risco e menor que 1 diminuição. Em relação ao conhecimento sobre prevenção das DST/Aids, *odds ratio* menor que 1 indicou menor conhecimento e maior que 1 maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids.

O Teste do Qui-quadrado de Pearson, foi utilizado para estabelecer diferenças entre freqüências. Todos os testes foram bicaudais e o nível de significância de 5%.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

A presente pesquisa foi realizada em escolas públicas e privadas do município de Lençóis Paulista - SP, e teve como sujeitos todos os alunos de 7^a e 8^a séries do ensino fundamental e de 1^o, 2^o e 3^o anos do ensino médio.

A Tabela 1 descreve a população de estudos, segundo sexo, idade, estado civil, número de filhos série e prática religiosa. Dentre os estudantes, cerca de 50% pertence ao sexo masculino, faixa etária predominante de 12 a 19 anos, com média de idade de 15 anos ($\pm 1,5$ anos) e cerca de 50% matriculados no ensino fundamental. Aproximadamente 98% são solteiros e 99,3% não possuem filhos. Dentre os estudantes, 76,1% freqüentam práticas religiosas, pelo menos, uma vez no mês e 6,9% não tem religião.

Tabela 1: Distribuição dos estudantes em freqüência absoluta e relativa segundo: sexo, idade, estado civil, número de filhos, série e prática religiosa. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005

		N	%
Sexo (N=1916)	Masculino	969	50,6
	Feminino	947	49,4
Idade (N= 1862)	12	10	0,5
	13	259	13,9
	14	470	25,2
	15	438	23,5
	16	310	16,6
	17	276	14,8
	18	82	4,4
Estado civil (N=1891)	19	17	0,9
	Solteiro(a)	1857	98,2
	Casado(a)	15	0,8
	Mora com companheiro(a)	10	0,5
	Separado(a)	6	0,3
Número de filhos (N=1737)	Viúvo(a)	3	0,2
	Sem filhos	1724	99,3
	1 a 2 filhos	11	0,6
Série (N= 1918)	3 ou mais	2	0,1
	7. ^a série	451	23,5
	8. ^a série	536	27,9
	1. ^o colegial	366	19,1
	2. ^o colegial	255	13,3
Prática religiosa (N= 1906)	3. ^o colegial	310	16,2
	Não acredita	131	6,9
	Acredita, mas não freqüenta	324	17,0
	Freqüenta	1451	76,1

A Tabela 2 apresenta informações sobre a classificação sócio-econômica e o tempo destinado ao trabalho remunerado. Em relação à classificação sócio-econômica, foram elencados nos extratos C e B, 41,2% e 38,3%, respectivamente. Os extratos D e E somaram 12,9%. Dentre os estudantes: 80,9% não trabalhavam, 11,5% trabalham em período integral/parcial e 7,6% exerciam atividades esporádicas/outros.

Tabela 2: Distribuição dos estudantes em frequência relativa e absoluta segundo, classificação sócio-econômica e tempo destinado ao trabalho remunerado. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005

		N	%
Classificação sócio-econômica (N= 1911)	A	145	7,6
	B	731	38,3
	C	787	41,2
	D	230	12,0
	E	18	0,9
Trabalho remunerado (N= 1901)	Não trabalhou	1537	80,9
	Período parcial/integral	219	11,5
	Esporádicos/outros	145	7,6

A Tabela 3 apresenta informações sobre tempo livre durante a semana e nos finais de semana, segundo sexo, conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e relação sexual sem o uso de preservativo. Também apresenta distribuição desses indivíduos em relação às atividades realizadas neste período. Observou-se que as mulheres dispõem de menos tempo livre durante a semana. Aproximadamente 11% dos homens e 18% das mulheres apontaram não ter nenhuma hora livre durante os dias da semana ($p < 0,001$).

Indivíduos com auto-avaliação de menor conhecimento nas questões sobre prevenção das DST/Aids apresentaram maior frequência para nenhuma hora livre durante a semana, em relação aos que acertaram mais do que uma questão (16,1 % e 12,4%; $p = 0,027$). O mesmo padrão foi observado em relação ao tempo livre nos finais de semana (9,0% e 4,7%; $p = 0,000$).

Não foi encontrada diferença estatística entre exposição ao sexo sem proteção e tempo livre durante a semana (14,2% e 17,8%; $p = 0,135$). Dentre os que não têm nenhuma hora livre nos finais de semana, 12,4% informaram ter praticado sexo sem o uso de preservativo e 6,2% não foram expostos a este risco ($p = 0,000$).

Entre as atividades desenvolvidas no tempo livre consideradas para o estudo, os homens apresentaram maior freqüência para: *dirigir por prazer* (26% e 10,4%; $p < 0,001$) e *prática de exercícios e esportes* (77,1% e 56,5%; $p < 0,001$). Já a população feminina apresentou maior freqüência para: *ir à igreja ou serviço religioso* (52,3% e 46,4%, $p = 0,011$), *sair com amigos ou namorado(a)* (86,3% e 78%; $p < 0,001$), *assistir televisão* (89,3% e 82,7%; $p < 0,001$), *sair com a família* (82,6% e 69,2%; $p < 0,001$) e *leitura* (71,8% e 55,1%; $p < 0,001$). *Participar de trabalhos voluntários, freqüentar bares/festas/boates e usar o computador/internet* não apresentaram diferenças significativas estatisticamente. Assistir televisão teve elevadas freqüências no presente estudo para ambos os sexos.

Já os indivíduos que obtiveram maior conhecimento sobre prevenção DST/Aids na auto-avaliação apresentaram maior freqüência para sair com a família/namorado (a) (85% e 79,9%; $p = 0,006$), freqüentar bares/festas/boates (53,8% e 44,2%; $p < 0,001$), leitura (66,3% e 61,6%; $p < 0,05$) e usar o computador/internet (66,4% e 57,1%; $p < 0,001$). Os estudantes auto-avaliados com menor conhecimento referiram freqüência superior em dirigir por prazer (20,6% e 16,1%; $p < 0,05$) e ir à igreja ou serviço religioso (52,3% e 46,4%; $p < 0,05$). As atividades de prática de exercícios/esporte, assistir televisão, trabalhos voluntários e sair com a família não apresentaram diferença significativa quanto ao conhecimento sobre prevenção DST/Aids.

Os indivíduos que referiram fazer sexo sem preservativo no último mês mencionaram maiores freqüências para as atividades de lazer: dirigir por prazer (25,2% - 17,3%; $p = 0,003$), trabalhos voluntários (22,3% - 16%; $p = 0,014$) e freqüentar bares/festas/boates (58,2% - 47,1%; $p = 0,001$). Entre os indivíduos que relataram não ter feito sexo sem o uso de preservativo nos últimos trinta dias, as atividades mais freqüentes foram assistir televisão (86,6% - 81,6%; $p = 0,037$), leitura (65% - 55,3%; $p = 0,004$) e usar computador/internet (62,2% - 53,9%; $p = 0,015$). As atividades de ir à igreja ou serviço religioso, práticas de exercícios/esportes, sair com amigos/namorado(a) e sair com a família, não apresentaram diferenças estatísticas.

Tabela 3: Distribuição dos estudantes em freqüência relativa e valor de p no teste estatístico Qui-quadrado de *Pearson* segundo, sexo, auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção de DST/Aids, exposição ao sexo sem o uso de preservativo no último mês, tempo livre e atividades desenvolvidas. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005

	Sexo		p	Conhecimento sobre prevenção DST/Aids		p	Sexo sem preservativo		p
	Masc	Fem		Menor	Maior		Não	Sim	
Tempo Livre Durante Semana									
Não	11,1	17,8	0,000	16,1	12,4	0,027	14,2	17,8	0,135
Sim	88,9	82,2		83,9	87,6		85,8	82,2	
Tempo Livre Fim de Semana									
Não	7,7	7,1	0,552	9,0	4,7	0,000	6,2	12,4	0,000
Sim	92,3	92,9		91	95,3		93,8	87,6	
Dirigir por prazer	26,0	10,4	0,000	20,6	16,1	0,017	17,3	25,2	0,003
Ir à igreja ou serviço religioso	46,4	52,3	0,011	52,3	46,4	0,015	50,5	45,1	0,119
Prática de exercícios/esportes	77,1	56,5	0,000	67,2	65,9	0,569	67,4	61,2	0,057
Sair com amigos/namorado(a)	78,0	86,3	0,000	79,9	85,0	0,006	82,1	83,9	0,489
Assistir televisão	82,7	89,3	0,000	85,1	87,0	0,278	86,6	81,6	0,037
Trabalhos voluntários	18,1	14,7	0,051	18,4	15,3	0,092	16,0	22,3	0,014
Sair com a família	69,2	82,6	0,000	76,6	74,8	0,373	76,4	71,3	0,088
Freqüentar bares/festas/boates	46,4	49,8	0,142	44,2	53,8	0,000	47,1	58,2	0,001
Ler livros, revistas, jornais	55,1	71,8	0,000	61,6	66,3	0,044	65,0	55,3	0,004
Usar computador/internet	62,0	59,1	0,202	57,1	66,4	0,000	62,2	53,9	0,015

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos estudantes segundo sexo, auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e exposição à relação sexual sem o uso de preservativo no último mês, em associação às atividades quando faltam às aulas, locais de lazer, nível de atividade física, uso de drogas, auto-avaliação do desempenho escolar e pensamento de abandonar a escola. Cerca de 30% da população masculina e feminina relataram não faltar às aulas. Destaca-se que os homens relataram maior freqüência quando faltam para *ir ao cinema, clube ou lanchonetes* (5,0% - 2,9%) e *trabalhar* (7,8% - 4,6%). As mulheres referiram para este período maior freqüência para *estudar em casa* (12,5% - 9,0%). Dentre os estudantes 46,8% dos homens e 48,9% das mulheres responderam que *nada fazem, dormem ou descansa* quando faltam às aulas.

Os indivíduos que apresentaram maior conhecimento na auto-avaliação sobre prevenção das DST/Aids referiram maior freqüência para *não faltar às aulas* (33,1% - 28,3%) e *estudar na biblioteca* quando faltam (1,1% - 0,6%). Os estudantes com auto-avaliação de menor conhecimento relataram freqüências maiores para *ir*

ao cinema, clube ou lanchonete (4,8% - 3,0%), estudar em casa (11,3% - 9,6%) e trabalhar (7,5% - 4,6%). Não houve diferença significativa para a associação da prática sexual sem preservativo e atividades desenvolvidas quando faltam às aulas.

Em relação às atividades que mais freqüentam para o lazer, os homens relataram freqüentar, com preferência, bares (7,4% - 6,8%) e atividades esportivas/culturais (37,2% - 18,7%). As mulheres escolheram as lanchonetes (33,3% - 17,2%). Destaca-se que 16% dos homens e 19,2% das mulheres relataram que não freqüentam nem bares, clubes, lanchonetes ou atividades esportivas e culturais como forma de lazer.

Os estudantes que informaram não ter se exposto ao sexo sem o uso de preservativo apresentaram maior freqüência para clubes (22,3% - 18,5%) e atividades esportivo-culturais (28,4% - 25,2%). Os alunos que afirmaram ter praticado sexo sem o uso de preservativos foram mais freqüentes para lanchonetes (26,8% - 25,0%) e bares (13,8% - 6,5%). Não houve diferença significativa na associação entre conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e os lugares que freqüentam para o lazer.

Sobre o nível de atividade física, a população masculina apresentou freqüência maior na classificação ativo (70,4% - 53,9%). E a população feminina destacou-se nos inativo (22,2% - 12,5%) e moderadamente ativo (19,3% - 12,1%). Não houve diferença significativa desta variável em associação com o conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e relação sexual sem o uso de preservativos no último mês.

Para o uso de drogas nos últimos trinta dias, 42,4% dos homens e 41,9% das mulheres referiram o uso de substâncias lícitas. Em relação às drogas ilícitas, os valores estimados foram de 8% para a população masculina e 6,4% para a feminina neste período. Não houve diferença significativa nesta associação.

Em relação ao conhecimento sobre prevenção das DST/Aids, e uso de drogas no último mês, os indivíduos auto-avaliados com maior conhecimento informaram usar com maior freqüência as lícitas (46,3% - 40%; $p=0,007$) e os que obtiveram menor conhecimento as substâncias ilícitas (8,7% - 5,9%; $p=0,023$).

Os estudantes que relataram exposição a prática sexual sem o uso de preservativo no último mês apresentaram maiores freqüências para o uso de drogas lícitas (60% - 40,2%; $p=0,000$) e ilícitas (17,7% - 5,6%; $p=0,000$) em comparação os não expostos.

Em relação à auto-avaliação do desempenho escolar será apresentado abaixo os achados associados ao sexo, conhecimento sobre prevenção das DST e exposição ao sexo sem preservativo, com diferença significativa.

As mulheres classificaram-se como *excelente* (14,9% - 10,3%) e *bom* (54,4% - 50,6%), ao passo que os homens consideraram-se *regular* (26,9% - 22,0%), *insuficiente* (6,4% - 5,0%) e *péssimo* (5,8% - 3,7%).

Indivíduos com auto-avaliação de maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids qualificaram-se como *excelente* (13,6% - 10,9%) e *bom* (55,2% - 50,2%). Em contrapartida, os que se auto-avaliaram com menor conhecimento rotularam-se como *regular* (26,2% - 24,0%), *insuficiente* (6,5% - 4,5%) e *péssimo* (6,2% - 2,7%).

Os estudantes não expostos ao sexo sem preservativo, nos últimos trinta dias, avaliaram-se na categoria *excelente* (12,4% - 11,3%), *bom* (53,5% - 49,0%) e *regular* (25,3% - 22,6%). Já os que relataram ter praticado sexo sem preservativo no último mês foram mais freqüentes distribuídos como *insuficiente* (7,8% - 5,3%) e *péssimo* (9,3% - 3,5%).

Para a pergunta *pensar em abandonar a escola*, os homens responderam sim com maior freqüência (17,5% - 12,2%). Também os indivíduos com menor conhecimento nas questões sobre prevenção das DST/Aids (17,3% - 12,0%) e os indivíduos expostos ao sexo sem preservativo no último mês (27,5% - 13,2%).

Tabela 4: Distribuição dos estudantes em freqüência relativa e valor de p no teste estatístico Qui-quadrado de *Pearson* segundo, sexo, auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção de DST/Aids, exposição ao sexo sem o uso de preservativo no último mês, atividades quando falta às aulas, locais de lazer, nível de atividade física, uso de drogas, desempenho escolar e pensar em abandonar a escola. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005

	Sexo			Conhecimento sobre prevenção DST/AIDS			Relação sexual sem preservativo		
	Masc	Fem	p	Menor	Maior	p	Não	Sim	p
Faz quando falta às aulas									
Não falta	30,6	30,3	0,002	28,3	33,1	0,009	31,1	26,6	0,052
Cinema, clube, lanchonete	5,0	2,9		4,8	3,0		3,4	6,6	
Estuda em casa	9,0	12,5		11,3	9,6		11,0	9,0	
Estuda na biblioteca	0,8	0,9		0,6	1,1		0,9	0,8	
Nada faz/dorme/descansa	46,8	48,9		47,4	48,6		47,8	48,4	
Trabalha	7,8	4,6		7,5	4,6		5,9	8,6	
Mais freqüenta para o lazer									
Não freqüenta	16,0	19,2	0,000	18,7	16,3	0,090	17,9	15,7	0,001
Lanchonetes	17,2	33,3		24,5	26,0		25,0	26,8	
Bares	7,4	6,8		6,6	8,0		6,5	13,8	
Clubes	22,1	22,1		20,5	24,0		22,3	18,5	
Atividades esportivas/culturais	37,2	18,7		29,7	25,7		28,4	25,2	
Nível de atividade física									
Muito inativo	5,1	4,5	0,000	5,3	4,0	0,697	4,7	5,5	0,695
Inativo	12,5	22,2		17,4	17,7		18,0	16,1	
Moderadamente ativo	12,1	19,3		15,5	15,6		15,9	14,0	
Ativo	70,4	53,9		61,9	62,7		61,4	64,4	
Uso de drogas no último mês									
Lícitas	42,4	41,9	0,827	40,0	46,3	0,007	40,2	60,0	0,000
Ilícitas	8,0	6,4	0,175	8,7	5,9	0,023	5,6	17,7	0,000
Desempenho escolar									
Excelente	10,3	14,9	0,001	10,9	13,6	0,000	12,4	11,3	0,000
Bom	50,6	54,4		50,2	55,2		53,5	49,0	
Regular	26,9	22,0		26,2	24,0		25,3	22,6	
Insuficiente	6,4	5,0		6,5	4,5		5,3	7,8	
Péssimo	5,8	3,7		6,2	2,7		3,5	9,3	
Pensou abandonar a escola	17,5	12,2	0,001	17,3	12,0	0,002	13,2	27,5	0,000

Em relação aos conhecimentos sobre risco de adoecer e prevenção das DST/Aids, 14,6% dos estudantes referiram ter realizado sexo sem o uso de preservativo no último mês (Tabela 5).

Embora a população feminina tenha maior percepção em relação ao esclarecimento do risco de adquirir Aids (68,1 – 59%; $p < 0,001$), quando se considera

a hipótese de uso de preservativo, esta diferença desaparece. Aproximadamente 46% dos adolescentes apresentaram auto-avaliação de maior conhecimento sobre prevenção DST/Aids. Assim, não houve diferença significativa para o conhecimento sobre prevenção de DST/Aids entre os sexos. Valores semelhantes foram aferidos por Camargo et al. (2010).

Dos indivíduos que consideram a possibilidade de adoecer devido a DST/Aids, 29,2% relataram exposição ao sexo sem preservativo no último mês, contra 17,8% que negaram a exposição ($p < 0,001$). A situação se inverte quando a pergunta foi sentir-se suficientemente esclarecido em relação ao risco de adquirir Aids; os indivíduos que se sentem esclarecidos apresentam a menor exposição ao sexo sem proteção (64,6% - 56,3%; $p = 0,011$). Os alunos com maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids foram os menos expostos ao sexo sem proteção no último mês (47,8% - 39,4%; $p = 0,013$).

Tabela 5: Distribuição dos estudantes em frequência relativa e valor de p no teste estatístico Qui-quadrado de *Pearson* segundo, sexo, relações sexuais sem o uso de preservativo no último mês, consideração do risco de adoecer com Aids, esclarecimento em relação aos riscos de adquirir Aids, hipótese de usar algum tipo de proteção contra a Aids e auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção de DST/Aids. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005

	Relação sexual sem o uso de preservativo				Sexo			
	Não	Sim	Total	p	Masc.	Fem.	Total	p
Relações sexuais sem uso de preservativo no último mês	-	-	-	-	14,1	15,1	14,6	0,556
Considera o risco de adoecer com Aids	17,8	29,2	19,5	0,000	18,9	19,6	19,3	0,706
Se sente suficientemente esclarecido em relação aos riscos de adquirir AIDS	64,6	56,3	63,4	0,011	59,0	68,1	63,5	0,000
Considera a hipótese de usar algum tipo de proteção contra a AIDS	63,2	63,6	63,2	0,884	62,1	65,0	63,6	0,201
Auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção de DST/AIDS								
Menor	52,2	60,6	53,4	0,013	54,9	51,3	53,1	0,129
Maior	47,8	39,4	46,6		45,1	48,7	46,9	

A Tabela 6 apresenta os resultados da análise da relação entre o conhecimento sobre prevenção às DST/Aids e uso de preservativo segundo classificação sócio-econômica e tempo destinado ao trabalho remunerado. A medida da associação entre conhecimento sobre DST/Aids e classificação social foi significativa. Observou-se que entre os indivíduos dos extratos A e B as freqüências observadas foram maiores do que as esperadas para o maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids. O contrário foi observado nos extratos C, D e E ($p < 0,001$).

A exposição ao sexo sem proteção no último mês foi maior entre os indivíduos que relataram trabalhar em período integral/parcial (20,0% - 10,4%) ou esporádico/outros (9,2% - 7,4%) ($p < 0,001$).

Em relação à classificação social e sua conexão com exposição ao sexo sem preservativo no último mês, observou-se o seguinte: indivíduos classificados nas posições C, D e E apresentaram maior exposição ao sexo de risco, as freqüências observadas foram maiores do que as esperadas; em relação ao extrato B, o inverso ocorreu ($p = 0,043$). No extrato A as freqüências observadas foram iguais as esperadas.

Tabela 6: Distribuição dos estudantes em freqüência relativa e valor de p no teste estatístico Qui-quadrado de *Pearson* segundo, auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção de DST/Aids, relações sexuais sem o uso de preservativo no último mês, classificação sócio-econômica, e tempo destinado ao trabalho remunerado. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005

	Conhecimento sobre prevenção DST/Aids			p	Relação sexual sem o uso de preservativo			p
	Menor	Maior	Total		Não	Sim	Total	
A	5,9	9,9	7,7	0,000	7,7	8,9	7,9	0,043
B	36,2	43,6	39,6		40,0	30,6	38,6	
C	43,1	36,7	40,1		39,6	46,1	40,6	
D e E	14,8	9,9	12,5		12,7	14,3	12,9	
	(N= 1768)				(N= 1777)			
Não trabalha	78,9	82,9	80,8	0,080	82,3	70,8	80,6	0,000
Período integral/parcial	12,6	11,0	11,8		10,4	20,0	11,8	
Esporádico/outros	8,5	6,2	7,4		7,4	9,2	7,6	
	(N= 1759)				(N= 1765)			

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos estudantes segundo sexo série cursada, sentimento de rejeição pelo grupo de amigos, dificuldade de fazer amigos

em novos grupos e apoio emocional de amigos, familiares ou namorado/namorada. O grupo feminino apresentou maior sentimento de rejeição pelo grupo de amigos (22,8% - 16,4%; $p=0,000$). No entanto, referiram maior percepção de apoio emocional (58,1% - 48,4%; $p=0,000$). Não houve diferença significativa para dificuldades para fazer amigos em novos grupos. Também não foi observada significância para análise segundo ensino fundamental e médio.

Tabela 7: Distribuição dos estudantes em freqüência absoluta e relativa segundo, sexo e nível de ensino, apoio emocional, dificuldade de fazer novas amizades e sentimento de rejeição pelo grupo de amigos. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005.

	Sexo				<i>p</i>	Nível de ensino				<i>p</i>
	Masculino		Feminino			Fundamental		Médio		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Sentiu-se rejeitado(a) pelo seu grupo de amigos ou outros de sua idade	157	16,4	215	22,8	0,000	200	20,4	174	18,8	0,362
Sentiu dificuldades para fazer amigos(as) em novos grupos	163	17,0	145	15,3	0,322	148	15,1	159	17,2	0,223
Recebe o apoio emocional de que necessita, em qualidade e quantidade de amigo, familiar, namorado	462	48,4	548	58,1	0,000	508	51,9	504	54,7	0,331

Teste estatístico Qui-quadrado de *Pearson*

A Tabela 8 estratifica as variáveis relacionadas à rejeição, novas amizades e apoio emocional segundo sexo, conhecimento sobre prevenção DST/Aids e relação sexual sem o uso de preservativo no último mês. Para a população masculina, sentir-se rejeitado pelo grupo de amigos foi mais freqüente entre os que apresentaram menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids (19,9% - 13,0%; 0,006). Referiu, também, sentir menos apoio emocional em qualidade e quantidade de amigos, família e namorado/namorada que os indivíduos que tiveram maior conhecimento (42,5% - 56,1%; $p=0,000$). Entre as mulheres, o apoio emocional foi percebido por 63,1% dentre as que obtiveram maior conhecimento e 53,0% para menor conhecimento ($p=0,010$). Não foi observada relevância estatística na análise segundo sexo e relação sexual sem o uso de preservativo.

Tabela 8: Distribuição dos estudantes em frequência relativa segundo, sexo, auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção das DST/Aids, relação sexual sem preservativo, apoio emocional, dificuldade de fazer novos amigos e sentimento de rejeição pelo grupo de amigos. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005.

	Conhecimento						Sexo sem preservativo					
	Masculino			Feminino			Masculino			Feminino		
	0-1	2	<i>p</i>	0-1	2	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>
Sentiu-se rejeitado(a) pelo seu grupo de amigos ou outros de sua idade	19,9	13,0	0,006	21,6	23,3	0,549	15,9	22,6	0,066	22,8	20,3	0,517
Sentiu dificuldades para fazer amigos(as) em novos grupos	16,9	17,7	0,757	13,4	16,0	0,289	16,4	20,8	0,231	14,4	15,0	0,838
Recebe o apoio emocional de que necessita, em qualidade e quantidade de amigo, familiar, namorado	41,5	56,1	0,000	53,0	63,1	0,010	49,0	44,8	0,669	59,1	52,6	0,365

Teste estatístico Qui-quadrado de *Pearson*

A distribuição dos estudantes segundo nível de ensino, sexo, conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e prática sexual sem preservativo no último mês foi apresentada na Tabela 9. Entre os homens cursando o ensino fundamental, o sentimento de rejeição pelo grupo de amigos foi maior para os indivíduos com menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids (22,3% - 10,6%; $p=0,002$) e que estiveram expostos ao sexo sem preservativo (30,8% - 16,7%; $p=0,014$). Outro destaque entre os homens foi a percepção de apoio emocional maior para os que obtiveram maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids (55,9% - 44,2%; $p=0,026$). Dados semelhantes para a variável de apoio emocional foram observados na população masculina do ensino médio (56,5% - 38,9%; $p=0,001$). Quanto à alunas do ensino fundamental, 62,9% das que tiveram maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids relataram receber apoio emocional de amigos, família ou namorado e contra 50,8% ($p=0,040$) das estudantes com menor conhecimento. Não houve diferença significativa em relação ao ensino médio.

Tabela 9: Distribuição dos estudantes em frequência relativa segundo, nível de ensino, sexo, auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção das DST/Aids, relação sexual sem preservativo, apoio emocional, dificuldade de fazer novos amigos e sentimento de rejeição pelo grupo de amigos. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005

	Ensino fundamental						Ensino médio					
	Conhecimento sobre prevenção			Sexo sem preservativo			Conhecimento sobre prevenção			Sexo sem preservativo		
	0-1	2	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>	0-1	2	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>
Masculino												
Sentiu-se rejeitado(a) pelo seu grupo de amigos ou outros de sua idade	22,3	10,6	0,002	16,7	30,8	0,014	16,3	14,6	0,619	15,1	15,5	0,932
Sentiu dificuldades para fazer amigos(as) em novos grupos	15,4	14,8	0,873	15,1	15,4	0,961	17,8	19,7	0,612	17,3	25,0	0,121
Recebe o apoio emocional de que necessita, em qualidade e quantidade de amigo, familiar, namorado	44,2	55,9	0,026	50,1	38,5	0,286	38,9	56,5	0,001	48,5	50,0	0,880
Feminino												
Sentiu-se rejeitado(a) pelo seu grupo de amigos ou outros de sua idade	21,1	24,2	0,440	23,5	12,2	0,073	22,5	22,6	0,984	22,2	25,0	0,581
Sentiu dificuldades para fazer amigos(as) em novos grupos	13,7	14,5	0,814	14,9	10,2	0,337	13,2	17,1	0,262	13,8	17,9	0,349
Recebe o apoio emocional de que necessita, em qualidade e quantidade de amigo, familiar, namorado	50,8	62,9	0,040	56,5	49,0	0,561	56,0	63,2	0,230	62,2	54,8	0,446

Teste estatístico Qui-quadrado de Pearson

A Tabela 10 apresenta os valores de *Odds Ratio* (OR), Intervalo de Confiança (IC) de 95% e valor de p na análise de regressão logística, segundo possíveis variáveis preditoras de conhecimento sobre prevenção DST/Aids, separadamente entre homens e mulheres. As variáveis independentes foram organizadas de forma ordinal e crescente. As categorias designadas como *referência* nos procedimentos de regressão logística foram: *não ter se exposto a prática sexual sem preservativo no último mês; nenhuma hora livre durante a semana; nenhuma hora livre nos finais de semana; não dirigir por prazer nas horas livres; Não freqüentar igreja ou serviço religioso nas horas livres e; não ter pensado em abandonar a escola*. A idade, o ano escolar, o extrato social e a classificação da auto-avaliação do desempenho escolar entraram como variáveis numéricas, do menor para o maior. Dessa forma, a cada série avançada entre a 7ª série do ensino fundamental e 3º ano do ensino médio acrescentou 1,3 mais chances de apresentar maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids (IC 95%: 1,201-1,404). A auto-avaliação do desempenho escolar foi organizada em cinco categorias, partindo da classificação *péssimo* (referência) para a *excelente*. Os resultados apontaram que cada avanço nesta classificação representa 1,2 vezes mais conhecimento (IC 95%: 1,090-1,396). Sobre o tempo livre nos finais de semana, ter horas livres representou aumento de 1,7 vezes do conhecimento sobre prevenção das DST/Aids (IC 95%: 1,070-2,706). Segundo a presente análise, a ascensão nos extratos sociais representou aumento de 1,3 vezes mais chances de maior conhecimento a cada classificação avançada (IC 95%: 1,101-1,447). O uso de drogas lícitas também apresentou associação positiva com o conhecimento (IC 95: 1,012-1,578). No outro sentido, observou-se que relação sexual sem o uso de preservativo no último mês (IC 95%: 0,473-0,890) e dirigir por prazer (IC 95%: 0,527-0,916) foram associados ao menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids.

Ao analisar separadamente por sexo, algumas diferenças tornaram-se evidentes. Para a população feminina, ascender na auto-avaliação do desempenho escolar *péssimo* para as classificações posteriores representou 1,4 vezes mais chances de obter maior conhecimento sobre prevenção das DST/AIS. (IC95%: 1,158-1,677). Para esta população, ter horas livres durante a semana representa aumento de 1,6 vezes mais chances de maior conhecimento (IC95% 1,108-2,439) em comparação a não ter nenhuma hora livre. Em relação ao extrato social, cada classificação ascendida representa 1,2 vezes as chances de maior conhecimento (IC

95%: 1,027-1,486) comparando-se ao extrato social E. Já as práticas de dirigir por prazer (IC 95%: 0,360-0,980) e ir à igreja ou serviço religioso (IC 95%: 0,500-0,915) foram associados ao menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids.

Para a população masculina, destacou-se que ter horas livre nos finais de semana acrescentou 2,1 vezes mais chances de maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids (IC 95%: 1,046-4,160) em relação a variável *não ter nenhuma hora livre*. Entre os homens, cada ascensão no extrato social representou 1,3 vezes mais chances de maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids (IC 95%: 1,050-1,588). Receber apoio emocional apresentou 1,3 vezes as chances de maior conhecimento (IC 95%: 1,060-1,679). Em contrapartida, pensar em abandonar a escola (IC 95%: 0,410-0,945) e sentimento de rejeição entre amigos (IC 95%: 0,406-0,938) associaram-se ao menor conhecimento.

Tabela 10: Valores de OR, IC (95%) e p-valor, segundo sexo na análise de regressão logística para auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção das DST/Aids entre estudantes do ensino fundamental e médio. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005

	OR	IC (95%)		p
Série	1,299	1,201	1,404	0,000
Desempenho escolar	1,233	1,090	1,396	0,001
Relação sexual sem preservativo no último mês	0,649	0,473	0,890	0,007
Tempo livre nos finais de semana	1,702	1,070	2,706	0,025
Dirigir por prazer	0,695	0,527	0,916	0,010
Extrato social	1,262	1,101	1,447	0,001
Drogas lícitas	1,264	1,012	1,578	0,039
Feminino				
Série	1,328	1,190	1,483	0,000
Desempenho escolar	1,394	1,158	1,677	0,000
Tempo livre durante a semana	1,644	1,108	2,439	0,041
Dirigir por prazer	0,594	0,360	0,980	0,041
Ir à igreja/serviço religioso	0,676	0,500	0,915	0,011
Extrato social	1,236	1,027	1,486	0,025
Masculino				
Série	1,330	1,190	1,485	0,000
Tempo livre nos finais de semana	2,086	1,046	4,160	0,037
Pensar em abandonar escola	0,623	0,410	0,945	0,026
Extrato social	1,292	1,050	1,588	0,015
Rejeição no grupo de amigos	0,617	0,406	0,938	0,024
Recebe apoio emocional	1,334	1,060	1,679	0,014

Variáveis participantes da regressão logística: sexo, série, idade, tempo livre durante a semana, tempo livre nos finais de semana, dirigir por prazer, ir à igreja/serviço religioso, sair com amigos/namorado(a), frequentar bares/festas/boates/danceterias, leitura, usar computador/internet, uso de drogas lícitas no último mês, uso de drogas ilícitas no último mês, pensar em abandonar a escola, auto-avaliação do desempenho escolar, extrato social, relação sexual sem o uso de preservativo no último mês, sentimento de rejeição no grupo e receber apoio emocional.

Na análise de regressão logística para relação sexual sem o uso de preservativo no último mês, Tabela 11, as variáveis independentes também foram organizadas de modo ordinal e crescente. As categorias de referência para de regressão logística foram similares ao empregado na análise anterior. As outras variáveis de referência foram: *idade; não ter trabalho remunerado; não usar drogas lícitas; não usar drogas ilícitas; não considerar o risco de adquirir Aids; menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids; não participar de trabalhos voluntários nas horas livres e; não usar o computador/internet nas horas livres.*

Neste sentido, o aumento de cada ano na idade acrescentou 1,3 vezes as chances de prática sexual sem o uso de preservativo (IC 95%: 1,132-1,404). Trabalhar em período parcial/integral aumentou em 1,8 vezes as chances desta prática sexual desprotegida (IC 95%: 1,159-2,710) em comparação ao *não trabalhar*. Ter pensado em abandonar a escola acrescentou risco de 1,8 vezes às chances de prática sexual sem preservativo (IC 95%: 1,223-2,619). O uso de drogas lícitas proporcionou aumento de risco para prática sexual sem preservativo em 1,8 vezes (IC 95% 1,327-2,568) e as ilícitas 1,9 vezes.(IC 95%: 1,186-3,105) A participação em trabalhos voluntários nas horas livres apresentou aumento de 1,6 vezes o risco de prática sexual desprotegida (IC 95%: 1,071-2,274). No outro sentido, maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids apresentou-se como fator de proteção (IC 95%: 0,442-0,836) comparado ao menor conhecimento. Mesma característica protetora foi observada para o uso de computador/internet nas horas livres (IC 95%: 0,527-0,987).

Ao analisar o sexo feminino em separado, o aumento da idade proporcionou 1,4 vezes o risco de práticas sexuais em o uso de preservativos (IC 95%: 1,196-1,599). Ter pensado em abandonar a escola aumentou em 2,5 vezes o risco de práticas sexuais desprotegidas (IC 95%: 1,452-4,295). O uso de drogas lícitas acrescentou em 2,1 vezes o risco para esta prática de risco (IC 95%: 1,354-3,225) comparados aos usuários. Da mesma forma, considerar o risco de adoecer de Aids representou 2,1 vezes mais risco de relações sexuais desprotegidas (IC 95%: 1,270-3,078). Proporção de risco duas vezes maior foi observada para a participação em trabalhos voluntários nas horas livres (IC 95% 1,185-3,418). Trabalhar período parcial/integral aumentou o risco em 2,2 vezes (IC 95%: 1,214-4,110). Do outro lado, o maior conhecimento apresentou características protetoras para esta prática sexual de risco (IC 95%: 0,390-0,935).

Em relação a prática sexual sem preservativos, o grupo masculino diferenciou-se por apresentar, além do maior risco de 1,8 vezes para o uso de drogas lícitas (IC 95%: 1,141-2,968), também o risco representado pelo uso de drogas ilícitas em quase três vezes (IC 95%: 1,528-5,503) comparados ao não uso de drogas. Ascensão nas séries escolares associou-se a 1,8 vezes maior risco (IC 95%: 1,001-1,380). Considerar o risco de adoecer de Aids representou aumento de 1,8 vezes o risco para esta prática de risco (IC 95%: 1,099-3,037). Maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids (IC 95%: 0,334-0,857) e o uso de computador/internet nas horas livres (IC 95%: 0,401-0,999) configuraram-se como fatores de proteção ao sexo sem preservativo.

Tabela 11: Valores de OR, IC (95%) e p-valor, segundo sexo na análise de regressão logística para relações sexuais sem o uso de preservativo no último mês entre estudantes do ensino fundamental e médio. Município de Lençóis Paulista-SP, 2005

	OR	IC (95%)		p
Idade	1,261	1,132	1,404	0,000
Trabalho período parcial/integral	1,772	1,159	2,710	0,008
Pensar em abandonar a escola	1,790	1,223	2,619	0,003
Uso de drogas lícitas	1,846	1,327	2,568	0,000
Uso de drogas ilícitas	1,919	1,186	3,105	0,008
Considera o risco de adoecer de Aids	1,820	1,280	2,588	0,001
Maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids	0,608	0,442	0,836	0,002
Participar de trabalho voluntário	1,560	1,071	2,274	0,021
Usar no computador/internet	0,721	0,527	0,987	0,041
Feminino				
Idade	1,383	1,196	1,599	0,000
Pensar em abandonar escola	2,497	1,452	4,295	0,001
Drogas lícitas	2,100	1,354	3,225	0,001
Considerar risco de adoecer de Aids	2,071	1,270	3,378	0,004
Maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids	0,604	0,390	0,935	0,024
Participar de trabalho voluntário	2,013	1,185	3,418	0,010
Trabalho período parcial/integral	2,234	1,214	4,110	0,010
Masculino				
Série	1,775	1,001	1,380	0,049
Drogas lícitas	1,841	1,141	2,968	0,012
Drogas ilícitas	2,900	1,528	5,503	0,001
Usar computador/internet	0,633	0,401	0,999	0,049
Considera risco de adoecer de Aids	1,717	1,028	2,866	0,039
Maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids	0,535	0,334	0,857	0,009

Variáveis participantes da regressão logística: idade, série, sexo, tempo destinado ao trabalho, extrato social, pensar em abandonar escola, auto-avaliação do desempenho escolar, uso de drogas lícitas no último mês, uso de drogas ilícitas no último mês, considera o risco de adoecer por Aids, auto-avaliação do conhecimento sobre prevenção das DST/Aids, tempo livre nos finais de semana, dirigir por prazer, assistir televisão, participar de trabalho voluntário, freqüentar bares/boates/festas/danceterias, leitura, usar computador/internet, sentimento de rejeição no grupo e apoio emocional

6. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

A população estudada apresentou equilíbrio na distribuição quanto ao sexo: 50,6% homens e 49,4% mulheres. Este perfil se aproximou do observado no município. Segundo dados preliminares do IBGE (2010), a população contabilizada para a cidade foi de 61.454 habitantes, sendo 30.498 homens e 30.956 mulheres. Para a faixa etária de 15 a 19 anos, a população masculina foi de 2.618 e feminina 2.447 habitantes. A distribuição relativa populacional da presente pesquisa assemelhou-se a outros estudos entre escolares (Tavares et al., 2004; Soldera et al., 2004; Camargo et al., 2010; Brasil, 2009; Faria et al., 2011; Vale; Kerr; Bosi, 2011).

Quanto ao trabalho remunerado e distribuição entre as extratos sociais, os dados da presente pesquisa também se aproximaram de estudos anteriores. Vale; Kerr; Bosi (2011) encontraram valores próximos entre estudantes de Fortaleza, Ceará, quando 85,5% dos alunos referiram não trabalhar. Soldera et al. (2004), encontraram valores superiores para a classificação social A e B (68,4%) em comparação ao presente estudo (45,9%). Variação semelhante foi observada para o componente trabalho, sendo que 80,9% dos escolares estudados relataram não trabalhar contra 66,6% no estudo de Soldera et al., (2004). Esta diferença pode ser explicada pela seleção de amostra intencional neste último estudo realizado em Campinas, privilegiando a estratificação em escolas públicas centrais, periféricas e particulares.

A partir dos dados apresentados, constatou-se que a população feminina tem menos tempo livre durante a semana em comparação ao grupo masculino. Importante ressaltar que o termo *tempo livre* aqui utilizado deve ser considerado com as limitações apontadas por Marcellino (2007), referindo que tempo algum está livre de coações e normas sociais. Neste sentido, parece comum na sociedade atual, maior envolvimento das mulheres com as atividades domésticas. Outros estudos também relataram maior frequência de mulheres como responsáveis pelas atribuições domésticas (Oliveira et al., 2010). Esta situação pode ter contribuído para a menor identificação de tempo livre entre as mulheres do presente estudo.

A falta de tempo livre, seja durante ou nos finais de semana, foi associada ao menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids. Também a afirmação de nenhuma hora livre nos finais de semana foi associada à relação sexual sem o uso de preservativo nos trinta dias anteriores ao estudo. Vale ressaltar que 7,8% dos

homens relataram faltar às aulas para trabalhar, o que também se associou ao menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids. Esta limitação quanto ao tempo poderia dificultar o envolvimento destes adolescentes em atividades e discussões sobre comportamentos e atitudes preventivas frente às DST/Aids. Neste sentido, Safron; Schulenberg e Bachman (2001), investigando sobre número de horas de trabalho semanal, atividades sociais, comportamento com relação à saúde e uso de substâncias entre adolescentes apontaram para a associação entre maiores freqüências de horas de trabalho no dia e fatores de risco à saúde de adolescentes.

Faltar às aulas para trabalhar também expõe a hipótese do maior desfavorecimento sócio-econômico e necessidade de complementação de renda pessoal ou familiar, contexto este, relacionado ao menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e maior exposição às práticas sexuais sem o uso de preservativos (Vilela e Doreto, 2006; Farias, 2004). Os dados do presente estudo também apontaram que indivíduos trabalhadores apresentaram maior freqüência de prática sexual sem o uso de preservativo no último mês, embora não tenha sido observada diferença significativa para o conhecimento sobre prevenção das DST/Aids.

A população masculina relatou *freqüentar atividades esportivas/culturais e dirigir por prazer* em maior freqüência durante as horas livres. Em contrapartida, a população feminina referiu *ir à igreja ou serviço religioso, sair com amigos/namorado, assistir televisão, sair com a família e leitura* em freqüência superior comparadas ao grupo masculino. De fato, os homens têm apresentado maior envolvimento com a prática de atividades físicas e esportivas (Tenório et al., 2010). Talvez a identificação de maior disponibilidade de horas livres durante a semana também tenha potencializado a participação masculina nestas atividades sociais. Por outro lado, as mulheres têm apresentado maior tempo assistindo televisão e menores níveis de atividade física (Currie et al., 2004). Uvinha (2001) apontou para a representação de gênero no lazer, situando os homens em atividades de explicitação de força e poder. Já em relação às mulheres características de fragilidade e subordinação.

Em outro contexto, Sarriera et al. (2007), encontraram algumas diferenças quanto ao gênero nas práticas de tempo livre entre as idades de 14 a 18 anos. Destacaram que as mulheres referiram maior freqüência nas atividades de sair com

amigos e relacionamentos amorosos, ao passo que os homens, atividades sócio-recreativas/esportivas e o uso de computadores e jogos eletrônicos. Muza e Costa (2002), apoiados no discurso sobre a escassez de políticas de lazer para esta população, afirmaram que os homens se dividem entre práticas esportivas não supervisionadas em espaços diversos e permanência em casas de jogos eletrônicos. As mulheres freqüentam a própria escola e ocasionalmente, a quadra esportiva.

Dirigir por prazer durante o tempo livre também foi associada ao menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e prática sexual sem o uso de preservativo. Alguns autores apresentaram colaboração a esse respeito. Bina; Graziano; Bonino (2006) em estudo sobre riscos ao dirigir veículos motorizados e estilo de vida de adolescentes italianos, identificaram associação entre direção perigosa e envolvimento com eventos de agressões físicas, vandalismo e desobediência, sobretudo entre os homens, assim como uso de tabaco e maconha. Afirmaram que o maior envolvimento masculino com a prática de dirigir pode estar associado ao processo de formação de identidade e auto-afirmação. Destacaram também a correlação entre dirigir e maior freqüência de prática sexual. No Brasil, os acidentes de trânsito têm sido considerados problema de saúde pública (Anjos et al., 2007). Andrade et al. (2003), em estudo sobre comportamento de risco associados a acidentes de trânsito na região sul do país, apontaram que houve predominância dos homens em aprender a dirigir antes dos 18 anos de idade, principalmente na faixa etária de 16 anos ou menos (63,4% - 33,7%). Os pais foram apontados como os principais responsáveis pelo ensino da condução do automóvel. Embora a relação entre dirigir por prazer e comportamento sexual de risco necessite de maiores investigações, o acompanhamento e orientação dos pais tornam-se fundamentais para a conscientização das responsabilidades no início da vida ao volante. Meschke e Silbereisen (1997) reforçam que o monitoramento dos pais e o lazer envolvendo risco à saúde são importantes variáveis a serem consideradas no sentido de compreender o universo de saúde do adolescente. Em pesquisa nacional sobre saúde do escolar - PENse - (Brasil, 2009), foram investigados escolares entre 13 e 15 anos de idade nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Em relação ao tempo livre, 55,8% dos escolares relataram que seus pais ou responsáveis tinham conhecimento o que eles faziam no tempo livre nos últimos trinta dias, havendo variação entre homens e (51,4%) e mulheres (59,7%) (Brasil, 2009).

Interessante destacar que *freqüentar a igreja ou serviço religioso* nas horas livres foi associado ao menor conhecimento sobre DST/Aids, de outro lado, as atividades como *sair com amigos/namorado(a)*, *freqüentar bares/festas/boates*, *leitura* e *usar o computador/internet* foram associados ao maior conhecimento. Moreira-Almeida et al. (2010) apontaram a freqüente associação entre religiosidade e ser mulher. A literatura tem ressaltado que a crença religiosa e a participação em respectivas atividades como importante fator de proteção ao comportamento de risco à saúde. Pratta e Santos (2007), em estudo sobre o lazer de adolescentes usuários e não-usuários de substâncias psicoativas, relataram que a variável *ir à igreja ou serviço religioso* foi mais freqüente entre indivíduos não-usuários de drogas. Barbosa e Koyama (2008) ressaltaram maior propensão de parcerias sexuais únicas entre indivíduos filiados a qualquer religião. Porém, Silva et al. (2008), em estudo sobre religiosidade, juventude e sexualidade, destacaram que, independente de sua preferência religiosa, os adolescentes relataram sentimento de desconforto ao abordar autoridades religiosas sobre suas dúvidas e experiências sexuais. No entanto, deve-se considerar a diversidade de crenças e formas de relacionamento entre indivíduos e religião, assim como diferenças quanto a abordagem e posicionamento sobre práticas sexuais.

Outras formas de aproximação dos conhecimentos sobre práticas sexuais são apresentados em outros estudos. Berten e Rossem (2009) enfatizaram neste contexto as situações de *busca ativa por informações*. Os dados da presente pesquisa apontaram a atividade de *leitura*, além de maior proporção do sexo feminino, também associada ao maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e menor exposição a relações sexuais sem o uso de preservativo. No estudo de Camargo et al. (2010), as principais fontes de informação foram escola, televisão, família, folhetos informativos, jornais e revistas, profissionais de saúde e amigos. Berten e Rossem (2009) salientaram que os adolescentes não são sujeitos passivos no processo de aquisição de conhecimentos, mas sim necessariamente ativos na busca e informações relevantes ao seu modo de viver. A relevância pode mudar de acordo com suas novas práticas, interesses e comportamentos. Neste sentido, considera-se importante conhecer as fontes de informações que tem auxiliado adolescentes na busca de esclarecimentos sobre comportamento sexual. Este apoio deve auxiliar no processo de escolha dos adolescentes das fontes adequadas e

seguras de informação, assim como instrumento para embasar futuras ações e estratégias de abordagem dos adolescentes e o comportamento sexual.

Do mesmo modo, o uso de *computador/internet* parece ter se associado ao maior conhecimento sobre DST/Aids e menor exposição ao sexo sem preservativo. Embora o presente estudo não tenha avaliado o conteúdo e a quantidade de tempo desta atividade, a internet pode esclarecer dúvidas e curiosidades latentes de todos os domínios, inclusive envolvendo relações sexuais. Nesta busca ativa de conhecimentos, aponta-se para a necessidade de conhecer as fontes virtuais de informação mais acessadas por esses adolescentes assim como indicar *sites* com informações adequadas a este momento da vida. Vale ressaltar também os problemas associados aos longos períodos destinados ao uso de computador e televisão. Currie et al., (2004) advertiram que assistir televisão por longos períodos tem sido uma constante entre crianças e adolescentes de diferentes países e contextos regionais, principalmente para a população feminina. Carson; Pickett; Janssen (2010) relacionaram o tempo destinado ao computador, televisão e *vídeo-game* e os comportamentos de risco entre jovens canadenses. Destacaram que o uso intenso, principalmente do computador, esteve associado a múltiplos comportamentos de risco à saúde. Em pesquisa entre estudantes das capitais brasileiras e do distrito federal foi estimado em 79,5% a população que destina duas ou mais horas diárias ao hábito de assistir televisão (Brasil, 2009).

A comunicação interpessoal, principalmente com os pais e amigos tem demonstrado importante canal de informação e conhecimentos sobre a vida sexual de adolescentes. O grupo de amigos tem apresentado forte importância neste momento da vida. A conversa com namorado ou namorada também tem apontado relevância sobre as práticas sexuais preventivas (Berten e Rossem, 2009). Entre os estudantes da presente pesquisa, as mulheres sentiram-se mais rejeitadas pelo grupo de amigos ou outros de sua idade, no entanto, perceberam apoio emocional de amigos, familiar ou namorado. Os homens que apresentaram menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids referiram maior frequência de sentimento de rejeição nos grupos de amigos ou outros de sua idade. Para ambos os sexos, a percepção de apoio emocional foi associada ao maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids. Este panorama aparece em maior intensidade no ensino fundamental. Para este nível educacional, o sentimento de rejeição de amigos ou outros da mesma idade foi associado ao menor conhecimento sobre prevenção das

DST/Aids e a exposição ao sexo sem preservativo no último mês. Por outro lado, o sentimento de apoio emocional foi associado ao maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids no ensino fundamental e médio. A percepção desses adolescentes em relação a sua inserção no grupo e apoio emocional de amigos, namorado/namorada e família parece potencialmente subsidiar conhecimento sobre prevenção DST/Aids. Soma-se ainda a influência do convívio familiar e do grupo de amigos sobre os conhecimentos e práticas na adolescência. De fato, Coley; Votruba-Drzal; Schindler (2009) apontaram para uma bidirecionalidade sobre o engajamento em atividades familiares e o comportamento sexual de risco. Indivíduos adolescentes que participaram regularmente de atividades familiares, com pais e mães que tem maior conhecimento sobre seu grupo de amigos, reportaram menores médias de comportamento sexual de risco em comparação aos seus pares que tem menor engajamento familiar. Os autores apontaram também que o envolvimento paternal e sua aproximação do cotidiano dos filhos adolescentes, parecem contribuir positivamente como proteção aos comportamentos sexuais de risco.

A participação em trabalhos voluntários aproximou-se de maiores freqüências de prática sexual sem preservativo. Embora tais atividades tenham ênfase no apoio social a diversos grupos populacionais, a questão de desenvolvimento de comportamentos positivos de saúde nem sempre são adequadamente abordados ou discutidos. Tais atividades muitas vezes são consideradas pontos de encontro e de convivência de grupo. Isto vale também para a variável *frequentar bares/festas/boates* nas horas livres que também se associou ao sexo de risco. Meschke e Silbereisen (1997) salientaram que muitos adolescentes escolhem suas atividades de tempo livre pela possibilidade de aproximação do sexo oposto. Dessa forma, os grupos envolvidos em trabalhos voluntários parecem apresentar potencial significativo para o desenvolvimento e discussão relacionada à saúde sexual, sobretudo, subsidiando conhecimento para a prática sexual segura. Um exemplo seria a parceria intersetorial com instituições educacionais e da saúde como apoio técnico e encaminhamentos sobre relação sexual na adolescência.

De modo específico, torna-se relevante contextualizar essas informações à realidade que os jovens estão inseridos, assim como considerar dúvidas e necessidades imergentes. Este processo não se deve limitar a apenas expor um *padrão de comportamento* preventivo de forma imperativa e unidirecional. Mais do

que informá-los, torna-se necessário o diálogo e o exercício constante de aproximação e escuta desses adolescentes. Entender como esses indivíduos compreendem e vivem suas práticas sexuais deve ser o principal ponto de partida para ações de orientação e promoção do comportamento sexual seguro.

Vale ressaltar também que no presente estudo, indivíduos que relataram não ter se exposto ao sexo sem preservativo no último mês freqüentaram em maior proporção clubes e atividades esportivo-culturais para o lazer. Por outro lado, freqüentar a *bares* para o lazer esteve associado à prática sexual sem o uso de preservativo. Camargo (2001) lembra que o carnaval, surgido na Idade Média, permitia inversão momentânea, sobretudo para os pobres, da dura rotina vivida em sociedade. Neste período de quatro dias, havia excesso de comidas, bebidas e, principalmente o sexo. Na recente civilização do lazer, esta tradição foi diluída e disseminada nas noites dos finais de semana, boates, danceterias e outras formas de lazer noturno. Para o autor, sexo está diretamente relacionado à diversão. Afirma que a motivação da busca por parceiros para o sexo está presente em todas as atividades humanas. Que boa parte das diversões humanas traz implícita ou explícita o encontro sexual. Este conhecimento é utilizado freqüentemente pelos meios de comunicação e entretenimento como anúncios, programas de TV, filmes entre outros. Somam-se a isso o atual cenário de liberação sexual e aumento do tempo livre, junções favoráveis ao exercício dos prazeres sexuais. Nestes tempos, a juventude tem se dedicado a atividades de interesses pessoais e longe do controle familiar, gratuitas e a serviço do prazer. Neste panorama, as relações entre pessoas são reorganizadas de maneira menos formais do que os até então populares namoros, noivados e casamentos, substituídos, muitas vezes pelo simples “ficar juntos”.

Outros comportamentos de risco também são evidenciados nestes encontros e atividades no período noturno. O uso de drogas, principalmente álcool, situa-se na literatura como preditor de sexo sem proteção (Cardoso; Malbergier; Figueiredo, 2008). Pinsky et al. (2010), em estudo com amostragem probabilística representativa sobre o uso de álcool entre adolescentes brasileiros, afirmaram que o início do consumo regular de bebidas alcoólicas situa-se em idades anteriores ao estabelecido pela legislação. De fato, Pratta (2007), em estudo sobre lazer e uso de substâncias psicoativas na adolescência em cidade do interior paulista constatou ampla freqüência a *bares* entre os jovens, sobretudo entre os que reportaram o

consumo de drogas. Diversos estudos têm apontado para a associação de uso de drogas e prática sexual de risco (Silva et al., 2006; Galduróz et al., 2006). Também salientaram que o consumo de drogas potencializa o sexo desprotegido (Camargo et al., 2010). Taquette et al. (2004), em estudo sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes que procuraram atendimento em núcleo de saúde, destacaram múltiplos fatores de risco, principalmente o uso infreqüente de preservativo, atraso escolar e o uso de drogas lícitas e ilícitas. No presente estudo, o uso de drogas lícitas foi associado ao maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids, ao passo que as drogas ilícitas ao menor conhecimento. Tanto as drogas lícitas quanto as ilícitas foram associadas à prática sexual sem o uso de preservativo. Estes dados explicitam parte do cenário em que os adolescentes estão envolvidos, ou seja, grupo de amigos, álcool, drogas e suscetibilidade a práticas de risco, entre elas, relações sexuais desprotegidas. Neste momento de diversão, muitas vezes acompanhados por ingestão de álcool e drogas, a racionalidade perante aos riscos à saúde fica minimizada. Por outro lado, as emoções passam a conduzir o comportamento desses adolescentes, situando os conhecimentos preventivos em um plano secundário (Jeolás, 2007; Casey; Jones; Hare, 2008).

A análise sobre o nível de atividade física apresentou diferença entre homens e mulheres. A população masculina reportou superioridade estatística para as classificações de gasto energético mais elevado. De fato, a literatura tem apontado essa característica frequentemente associadas às diferenças socioculturais, privilegiando os homens quanto às possibilidades de atividades físicas (Azevedo et al., 2008; Santos et al., 2010).

Não houve diferença significativa entre classificação de nível de atividade física, conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e exposição ao sexo sem preservativo. Desse modo, considerou-se que apenas sob o enfoque do gasto energético habitual não foi possível averiguar diferenças importantes. Entende-se como necessário a análise estratificada da prática de atividade física, segundo lazer, recreação, aspectos ocupacionais, treinamento desportivo entre outros. Outros estudos têm apontado para essa tendência (Kulig; Brener e McManus, 2003). Uma hipótese seria considerar as recomendações de atividade física para este grupo populacional. Currie et al. (2008) ao abordar sobre a importância da prática de atividade física para a saúde de crianças e adolescente e manutenção desse hábito durante a vida adulta, ressaltaram as atuais recomendações de pelo menos uma

hora de atividade física moderada a intensa por dia, ou 300 minutos de atividade física acumulados por semana. Outra possibilidade seria a análise de práticas de atividades físicas supervisionadas. Esta característica poderia explicitar especificidades associativas outras variáveis de comportamento relacionado à saúde. Estas orientações poderiam transcender o panorama de práticas de atividades físicas e auxiliar no desenvolvimento da promoção da saúde.

Práticas positivas e negativas em relação à saúde também foram observadas em outros estudos, apontando o envolvimento de jovens, hora em atividades de promoção da saúde e outros momentos comportamentos que potencialmente fragilizam (Ward et al., 2002; Peretti-Watel et al., 2002; Hair et al., 2009). Currie et al. (2004) contribuíram neste sentido ao enfatizar que esta variedade de situações desenvolvidas no tempo livre fazem parte da cultura e do modo de viver destes adolescentes, que não somente bebem e fumam na companhia de amigos, mas também praticam atividades físicas e jogos recreacionais em outros momentos e outros grupos.

Outro ponto a ser discutido neste trabalho refere-se ao relacionamento com o ambiente escolar. Dentre os estudantes, aproximadamente 30% relataram não faltas às aulas. Esses dados se aproximam do observado em estudo no município de Botucatu (Kerr-Corrêa et al., 2008). Entre os que referiram faltar, aproximadamente 48% referiram que nada fazem/dorme/descansa. Este dado parece alertar sobre possível desinteresse pelas atividades escolares, fato este associado ao desempenho acadêmico, a evasão escolar, o consumo de drogas e as práticas sexuais de risco (Currie et al. 2004). No panorama nacional, segundo dados de pesquisa sobre a saúde dos escolares brasileiros, 18,5% dos estudantes investigados faltaram às aulas sem autorização dos pais (Brasil, 2009).

A auto-avaliação do desempenho escolar assim como o pensamento em abandonar a escola apresentou importante expressão entre as variáveis do estudo. A análise de desempenho escolar inferior concentrou-se entre os homens. Também foi observada associação do desempenho escolar *regular*, *insuficiente* e *péssimo* com menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e exposição à prática sexual sem o uso de preservativo. Este quadro apresenta semelhança em relação ao pensamento em abandonar a escola, com valores superiores entre os homens, menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e prática sexual sem o uso de preservativo. Esses dados parecem apontar para a importância de melhor conhecer

esses alunos na intenção de estabelecimento de programas/ações preventivas, pois indivíduos que apresentam estas características tendem a associar-se ao maior risco sexual. Berten e Rossem (2009) também encontraram maior prática sexual de risco entre adolescentes com baixo desempenho escolar. Este panorama foi apontado por Currie et al. (2004), que recomendaram futuras investigações compreendam os determinantes do uso de preservativo e comportamentos de risco, especialmente uso de álcool e drogas, desempenho escolar e relação familiar.

Em relação à prática sexual de risco, não foi observada diferença significativa entre homens e mulheres quanto à exposição ao sexo sem preservativo no último mês. Estudos anteriores têm apontado para o crescimento da exposição feminina ao risco das DST/Aids (Berquó et al., 2008; Farias, 2004). Pela característica transversal do presente estudo e por não haver dados anteriores sistematizados sobre uso de preservativos em relação à população estuda, não foi possível avaliar a variação deste comportamento. Alguns estudos não observaram diferença (Carlini-Cotrim; Gazal-Carvalho; Gouveia, 2000) e outros destacaram as mulheres em maior exposição ao sexo sem preservativo (Cruzeiro et al., 2010; Stulhofer et al., 2009; Geluda et al., 2006).

A população feminina relatou sentir-se suficientemente esclarecida em relação ao risco de adoecer de Aids com maior frequência comparada aos homens, porém, não houve a mesma diferença em relação à hipótese de usar proteção contra a Aids. Estes dados se aproximaram de Ferreira (2008), que estudou a evolução do nível de conhecimento e percepção de risco sobre HIV/Aids da população brasileira, comparando dados de 1998 em relação aos obtidos em 2005. Ressaltou que não houve diferença sobre o nível de conhecimento mínimo entre os períodos de coleta para indivíduos entre 16 e 24 anos. Porém, destacou que a superioridade feminina de conhecimento mínimo sobre HIV/Aids não foi observada em 2005. Quanto ao conhecimento sobre DST/Aids, Tapia-Aguirre et al. (2004) encontraram a maior parte da população em níveis intermediários (46%), seguido por indivíduos com conhecimento elevado (37%) e inferior (16,9%).

Os indivíduos que relataram a prática sexual sem o uso de preservativo foram mais freqüentes na variável *considerar o risco de adoecer por Aids* e menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids. Por outro lado, foram menos freqüentes em se sentir suficientemente esclarecido em relação aos riscos de adquirir Aids. Esses dados parecem apontar para a participação do conhecimento

sobre prevenção das DST/Aids nas práticas sexuais desses adolescentes. Considerando as demais situações inerentes e participantes da decisão de usar ou não usar o preservativo, o conhecimento parece contribuir no sentido de evitar situações de maior risco. Borges e Schor (2005) também corroboram outros autores ao afirmar que existem outras variáveis envolvidas na decisão de usar preservativos além do conhecimento sobre métodos preventivos.

Casey; Jones; Hare (2008), afirmaram que o jovem ao teorizar cenários ou situações hipotéticas, apresentam respostas de forma racional. Porém, no contexto ambiental, os aspectos emocionais exercem grande influência na decisão dos adolescentes. Marcellino (2002) contribuiu ao exemplificar sobre atitudes patológicas de lazer com os conhecidos “rachas”. Afirmou que além de ter a possibilidade de exercer práticas alienantes e compromissadas com o consumo fácil e a manutenção do *status quo* social, podem também desenvolver valores destrutivos. Salientou que este fato tem servido de base para a crítica ao tempo disponível de adolescentes e a argumentação como forma de depreciação do lazer e negação de sua função de desenvolvimento individual e coletivo. Apontou que, infelizmente, não se destina a mesma visibilidade para discussões sérias e adequadas de valorização social, organização de políticas públicas e democratizadoras do lazer no âmbito educativo.

Berten e Rossem (2009) apontaram a necessidade de se estudar este panorama considerando características de subgrupos, seja relativa ao sexo, idade, aspectos demográficos e/ou religiosos. De acordo com os autores, a variação de conhecimento e comportamento pode ser muito diferente para o mesmo grupo de adolescentes. De fato, os aspectos como desejo, confiança, poder nas relações de gênero, inexperiência e risco podem interferir na decisão de uso do preservativo.

Neste sentido, Taquette; Vilhena; Paula (2004) salientaram que campanhas preventivas devem se alicerçar na tranqüilidade e garantia que o preservativo pode oferecer, assim como, outras ações de redução de danos como orientação sobre o início da vida sexual, fidelidade e/ou redução de parceiros e abandono de práticas sexuais de risco. Destacaram ainda a importância de se ouvir os adolescentes envolvidos no processo como fortalecimento da efetividade das estratégias preventivas.

Alves e Aerts (2011) enfatizaram em revisão de literatura sobre práticas educativas, que atualmente, as metodologias utilizadas ainda se apóiam em

estruturas tradicionais, dificultando o diálogo e a interação entre os participantes das estratégias de educação em saúde. Neste sentido, observam-se também em outras pesquisas, abordagens diferenciadas que se aproximam de conceitos participativos, dialógicos, democráticos e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990b). Guimarães et al. (2011) apresentaram um exemplo desta possibilidade. Baseado encontros periódicos entre profissionais de saúde, líderes comunitários e religiosos para discussões sobre problemas relacionados às condições de vida inerentes da comunidade local. Dessa forma, a escuta torna-se sistematizada, favorecendo a reflexão, compreensão dos problemas apresentados e formulação de conhecimentos construídos coletivamente.

As classes sócio-econômicas mais baixas frequentemente aparecem em situações desfavoráveis no âmbito da saúde (Yazlle Rocha; Simões; Guedes, 1997). No caso de conhecimento e atitudes frente às DST/Aids, este panorama tem confirmado a situação. Os extratos sociais menos favorecidos apresentaram menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e maior exposição ao sexo sem o uso de preservativo. Estes resultados parecem corroborar outros estudos dispostos na literatura (Hoyos e Sierra, 2001). Farias (2004), destacou que o padrão de epidemia da Aids observada em seu trabalho acompanha o estimado para o país, caracterizando maiores proporções em regiões periféricas, pobres e população feminina. Stephan; Henn e Donalísio (2010) em estudo sobre a distribuição espacial dos casos notificados de Aids em adultos e sua relação com as condições de vida, corroboraram a tendência de aumento de casos entre mulheres, sobretudo entre populações urbanas mais vulneráveis e empobrecidas. Jiménez et al. (2001), ao estudar o comportamento de risco as DST/Aids entre mulheres de Campinas, São Paulo, encontraram menor frequência de práticas preventivas entre a população de menores condições socioeconômicas e baixa escolarização. Desse modo, considera-se que a dimensão social e a população feminina como importantes fatores de vulnerabilidade, merecendo consideração nas abordagens preventivas do comportamento sexual de risco.

Considerando as diferenças entre homens e mulheres averiguadas nos teste estatístico Qui-quadrado de *Pearson*, os procedimentos de regressão logística foram realizados separadamente entre os sexos. As mulheres apresentaram associação das variáveis, progressão nas séries escolares, melhor auto-avaliação do desempenho escolar, maior tempo livre durante a semana e ascensão no extrato

social como preditores de maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids. Dirigir por prazer e ir à igreja ou serviço religioso associou-se ao menor conhecimento. Para os homens, destacou-se progressão nas séries escolares, maior tempo livre nos finais de semana, ascensão no extrato social e apoio emocional como preditores de maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids. Pensar em abandonar a escola e sentimento de rejeição entre amigos foi associado ao menor conhecimento.

Da mesma forma, a análise de regressão logística para o risco de exposição ao sexo sem o uso de preservativos foi realizada separadamente entre mulheres e homens. Para a população feminina, o aumento da idade, pensar em abandonar a escola, usar drogas lícitas, a participação em trabalhos voluntários, trabalhar em período parcial/integral e considerar o risco de adoecer de Aids são possíveis fatores preditores de maior risco. O conhecimento sobre prevenção foi apontado como provável variável de proteção a prática sexual sem preservativo. Dentre os homens, o maior risco para relações sexuais desprotegidas foi associado à progressão nas séries escolares, ao uso de drogas, lícitas e ilícitas e considerar o risco de adoecer por Aids. As variáveis “*conhecimento sobre prevenção das DST/Aids*” e *usar computador/internet nas horas livre* foram associadas à proteção ao risco de práticas sexuais sem preservativo.

Estes achados apontam para a necessidade de aproximação da realidade desses indivíduos para o estabelecimento de estratégias de informação sobre práticas sexuais. Currie et al. (2004) afirmaram que as principais preocupações no âmbito público relacionadas a saúde sexual de jovens estão concentradas na gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis. Os esforços de prevenção devem ser abrangentes de forma a considerar a participação das famílias, escolas, serviços de saúde e educação e organizações comunitárias. Portanto, considera-se urgente a mobilização no sentido de ampliar o conhecimento sobre o comportamento sexual de adolescentes e seus determinantes. Também o entendimento dos efeitos das inserções sociais e culturais ao abordar a temática saúde sexual, com a finalidade de maximizar os desfechos das intervenções. Além de avaliar se os adolescentes já mantiveram relações sexuais sem o uso de preservativo, parece fundamental considerar o potencial uso de álcool e outras drogas, conhecer sua inserção socioeconômica, percepção de seu desenvolvimento acadêmico, perspectivas de futuro escolar e de vida. Estes dados podem auxiliar na

identificação de indivíduos em situações de maior risco às práticas sexuais desprotegidas e organização de programas de prevenção específicos para o grupo. Ressalta-se também a necessidade de abordagem do tema e do contexto de uso de drogas, amplamente relacionados às práticas sexuais de risco. Blake et al. (2003), em estudo sobre práticas sexuais de adolescentes, relataram que alunos de escolas que disponibilizavam preservativos acompanhados de discussões sobre comportamento sexual apresentavam duas vezes mais chances de usar este tipo de proteção.

Nesta perspectiva, indica-se a reflexão sobre a escolha dos métodos didáticos de orientação e prevenção (Camargo e Barbará, 2004), considerando a variação de efetividade de ações já desenvolvidas (Taquette et al., 2004). Enfatize-se a dificuldade de aproximação destes jovens apoiando-se em metodologias de comunicação monológica (Martínez-Hernández, 2010) e unidirecional, desconsiderando seus interesses, vivências, desejos e expectativas. No outro sentido, abordagens baseadas na discussão, problematização, utilizando-se de metodologias participativas e construção coletiva de conhecimentos têm apontado resultados positivos no campo da saúde (Camargo e Ferrari, 2009; Guimarães et al., 2011).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1. Conclusões

Diante do exposto e discutido no presente trabalho, destacam-se alguns pontos a serem considerados sobre tempo livre, lazer, nível de atividade física habitual, conhecimentos e atitudes frente às DST/Aids de escolares de ensino fundamental e médio do município estudado:

i) As estudantes referiram menos horas livres durante a semana. Não houve diferença significativa para horas livres nos finais de semana.

ii) Nas horas livres, os homens reportaram dirigir por prazer e prática de esportes/exercícios. As mulheres relataram ir à igreja ou serviço religioso, sair com namorado, assistir televisão, sair com a família e leitura.

iii) Para o lazer, os homens referiram atividades esportivo-culturais enquanto as mulheres freqüentam lanchonetes.

iv) A auto-avaliação positiva do desempenho escolar foi mais freqüente no grupo feminino e, a negativa no masculina.

v) O menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids associou-se à: prática sexual sem o uso de preservativo no último mês, extratos sociais menos favorecidos, identificação de menos horas livres, dirigir por prazer e ir à igreja ou serviço religioso nas horas livres, faltar às aulas para trabalhar, uso de drogas ilícitas, auto-avaliação negativa do desempenho escolar e pensamento de abandonar a escola. Especificamente, entre os homens e estudantes do ensino fundamental, o sentimento de rejeição no grupo de amigos ou da mesma idade também foi associado ao menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids.

iv) O maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids conectou-se a sair com amigos/namorado(a), a freqüentar bares/festas/boates, a usar o computador/internet, uso de drogas lícitas, a auto-avaliação positiva do desempenho

escolar, a faltar menos às aulas, aos extratos sociais mais elevados, a percepção de receber maior apoio emocional de amigos, família e namorado(a).

vii) A prática sexual sem o uso de preservativo no último mês foi associada à: falta de horas livres nos finais de semana, extratos sociais menos favorecidos, trabalho remunerado, dirigir por prazer, participar de trabalhos voluntários, freqüentar bares/festas/boate nas horas livres, freqüentar bares para o lazer, uso de drogas lícitas e ilícitas, auto-avaliação negativa do desempenho escolar, pensar em abandonar a escola, considerar o risco de adoecer por Aids, não sentir-se esclarecido(a) sobre o risco de adquirir Aids e menor conhecimento sobre prevenção das DST/Aids. Para estudantes do ensino fundamental, sentir-se rejeitado pelo grupo de amigos ou da mesma idade também foi associado a prática sexual sem o uso de preservativos no último mês.

viii) Estudantes não expostos ao sexo sem preservativo nos últimos trinta dias relataram maior freqüência para as atividades de assistir televisão, leitura, usar no computador/internet, freqüentar clubes e atividades esportivas/culturais para o lazer.

ix) Assim como em estudos anteriores, a população masculina apresentou níveis de atividade física habitual mais elevada em comparação ao universo feminino.

x) Não foi observada diferença significativa entre nível de atividade física habitual, conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e prática sexual sem o uso de preservativo no último mês.

Utilizando-se de análise de regressão logística e estimativa de risco (*odds ratio*) separadamente para homens e mulheres, avaliou-se que:

xi) Entre as mulheres, o maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids foi associado à ascensão nas séries escolares, auto-avaliação positiva do desempenho escolar, ter horas livres durante a semana e extratos sociais mais elevados. O menor conhecimento foi associado a dirigir por prazer e ir à igreja ou serviço religioso nas horas livres.

xii) Entre os homens, o maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids foi associado à ascensão nas séries escolares, horas livres nos finais de semana, extrato social mais elevado e apoio emocional. O menor conhecimento foi associado ao pensamento de abandonar a escola e rejeição no grupo de amigos.

xiii) Para as mulheres, a prática sexual sem preservativo foi associada a: aumento da idade, pensar em abandonar a escola, uso de drogas lícitas, considerar o risco de adoecer de Aids, participar de trabalho voluntário e trabalhar em período parcial/integral. O menor risco foi associado ao conhecimento sobre prevenção das DST/Aids.

xiv) Para a população masculina, o maior risco de prática sexual sem preservativo foi associado ao uso de drogas lícitas, ilícitas, ascensão nas séries escolares e considerar o risco de adoecer de Aids. O menor risco foi associado ao uso de computador/internet nas horas livres e maior conhecimento sobre prevenção das DST/Aids.

O tempo livre tem sido relacionado a comportamentos negativos a saúde. No presente trabalho e em outros estudos, pelo contrário, a falta de identificação de horas livres foi associada ao maior risco de práticas sexuais sem preservativos. Este fato chama a atenção para a necessidade de valorizar o tempo livre de adolescentes. Esta valorização deve considerar, além da recreação, alternativas de desenvolvimento pessoal, acesso a informações, oportunidades de trocas de experiências e vivências com outros jovens. Também propiciar situações nas quais sejam possíveis discussões problematizadoras do comportamento de saúde nesta fase da vida, principalmente sobre relação de gêneros, o uso de drogas e práticas sexuais seguras.

As escolhas de lazer apresentadas pelos escolares parecem auxiliar na ampliação de conhecimento sobre o grupo investigado. No presente estudo, possibilitou conhecer os interesses e práticas dos escolares, assim como identificar locais e atividades para disponibilização de informações e implementação de ações de promoção da saúde, inclusive sobre comportamento sexual. Este trabalho poderia ser desenvolvido em grupos de treinamentos esportivos, atividades culturais ou de trabalhos voluntários. Nestas ações, indicam-se abordagens intersectoriais,

como por exemplo, a aproximação de profissionais dos serviços de saúde e educação atuando conjuntamente nestes lugares em que os adolescentes se reúnem e apresentam interesse. Salienta-se também a necessidade de adequação dos procedimentos metodológicos de abordagem do tema *comportamento sexual* entre adolescentes. A organização desta ação de promoção da saúde deve favorecer, a escuta, o diálogo, a participação direta e efetiva dos participantes. Também deve ser contextualizada com a realidade local, vivência e interesses do grupo.

Quanto à prática de atividade física, a diferença entre gêneros corroborou estudos anteriores. A semelhança em relação ao nível de atividade física habitual, conhecimento sobre prevenção das DST/Aids e prática sexual sem preservativos, apontam, de um lado, a alternância de envolvimento destes jovens com atividades positivas e negativas à saúde, dependendo do momento. De outro lado, reforça a necessidade de aprofundamento sobre a esta variável e sua relação comportamento de saúde, por exemplo, identificando cenários específicos de práticas de atividades físicas e respectivas associações com o comportamento sexual. Salienta-se também que os locais de práticas de atividades físicas orientadas podem atuar como espaço de informações e discussões sobre promoção da saúde e práticas sexuais seguras.

O conhecimento sobre prevenção das DST/Aids mostrou-se importante para a prevenção de práticas sexuais desprotegidas. Apesar da relevância, divide a determinação do comportamento sexual com outros fatores como a aproximação e distanciamento dos adolescentes com o risco e o prazer, relação de gêneros, inserção social e econômica, uso de drogas, percurso e auto-avaliação do desempenho escolar. Neste sentido, aponta-se a necessidade de reconhecer contextos de vulnerabilidade específica entre estudantes. Também reconhecer adolescentes que identificam suas práticas e inserção em proximidade com o risco de adquirir DST/Aids. Esta ampliação do olhar sobre a problemática do comportamento sexual poderia favorecer a aproximação e atendimento das reais necessidades e expectativas deste grupo abordado.

Desse modo, mais do que conhecimento sobre comportamento sexual seguro, considerando também a diversidade de fatores participantes do encaminhamento da prática sexual, emerge a necessidade de empoderamento destes indivíduos, no sentido de subsidiar elementos para a reflexão, autoconhecimento nas situações de risco, prazer e diversos panoramas inerentes ao

desafio de viver em sociedade. Neste processo, participam o poder público, instituições educacionais e serviços de saúde, assim como a família e grupo de amigos. A aproximação destas instâncias e atuação coletiva deve ser sistematizada e construída conjuntamente, observando atentamente os limites e potencialidades locais e regionais.

Dessa forma, os adolescentes devem protagonizar as ações de promoção da saúde e prevenção do comportamento sexual de risco, superando a freqüente posição de expectadores de informações veiculadas de modo unidirecional. Mais do que isso, devem participar efetiva e dialogicamente da construção de conhecimentos sobre ações de promoção de saúde do adolescente.

7.2. Limitações do estudo

O presente estudo deve ser analisado considerando algumas limitações.

Por se tratar de estudo tipo transversal, a relação *causa-efeito* não pode ser atribuída diretamente. Neste modelo de investigação as variáveis são analisadas por meio de associação, devendo o leitor/pesquisador discutir e contextualizar tais apontamentos.

Outro ponto a ser considerado foi referente às perdas ocorridas nos procedimentos de coleta de dados. Mesmo com o prévio agendamento para a aplicação dos questionários, aproximadamente 12% dos alunos encontrava-se em atividades que impossibilitavam o preenchimento dos questionários. Outros 16,4% dos estudantes não estavam presentes nas escolas nos dias de coletas de dados. Dentre os presentes, observou-se 0,9% de recusa. No entanto, constatou-se aproximadamente 11% de questionários excessivamente rasurados ou devolvidos em branco. Estas situações apresentam algumas das dificuldades de desenvolvimento de pesquisas no contexto escolar, assim como a necessidade de estratégias e instrumentos que ofereçam subsídios para maior acesso aos dados para investigação. Mesmo considerando estas dificuldades, o estudo averiguou 56,6% da população de estudos (N=1.930 estudantes), número que representa relevante parcela dos estudantes do município.

8. REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 92p.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. p. 319-325, 2011.

ALVES, J. G. B.; MONTENEGRO, F. M. U.; OLIVEIRA, F. A.; ALVES, R. V. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Rev Bras. Med. Esporte**, v. 11, n. 5, p.291-294, set/out, 2005.

ANDRADE, S.M. et al. Comportamentos de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na região sul do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 4, 2003.

ANJOS, K.C. et al. Paciente vítima de violência no trânsito: análise do perfil socioeconômico, características do acidente e intervenção do Serviço Social na emergência. **Acta. ortop. bras.**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 262-266, 2007.

ANTUNES, M.C. et al . Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, ago. p. 88-95, 2002.

AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 11, p.11-24, ago. 2002.

AYRES, J.R.C.M. et al. Adolescência e Aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 7, n.12, fev. p. 123-138, 2003.

AZEVEDO, M.R.; HORTA, B.L.; GIGANTE, D.P.; VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. Fatores associados ao sedentarismo no lazer de adultos na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, Supl. 2, p. 70-7, 2008.

AZLLE ROCHA, J.S.; SIMOES, B.J.G.; GUEDES, G.L.M. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, out. p. 479-487, 1997.

BARA FILHO, M.G.; BIESEK, S.; FERNANDES, A.P.T.; ARAÚJO, C.G.S. Comparação do padrão de atividade física e peso corporal pregressos e atuais entre graduandos e mestres em Educação Física. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Porto Alegre, v. 21, n. 2/3, p. 30-35, jan/mai. 2000.

BARBOSA, R.M.; KOYAMA, M.A.H. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, Supl 1, p. 21-33, 2008.

BASTIANI, J.A.N.; PADILHA, M.I.C.S. Experiência dos Agentes Comunitários de Saúde em Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, abr. p. 233-236, 2007.

BELL, J. Why embarrassment inhibits the acquisition and use of condoms: A qualitative approach to understanding risky sexual behaviour. **J. Adolesc.** v. 32, p. 379-391, 2009.

BERQUÓ, E. et al. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, Supl 1, p. 34-44, 2008.

BERTONI, N. et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1350-1360, jun, 2009.

BERTEN, H.; ROSSEM, R.V. Doing worse but knowing better: An exploration of the relationship between HIV/Aids knowledge and sexual behavior among adolescents in Flemish secondary schools. **J. Adolesc.**, v. 32, p. 1303-1319, 2009.

BLAKE, S.M.; LEDSKY, R.; GOODENOW, C.; SAWYER, R.; LOHRMANN, D.; WINDSOR, R. Condom availability programs in Massachusetts high schools: relationships with condom use and sexual behavior. **Am. J. Public Health**, v.93, n. 6. p.955-962, 2003.

BINA, M.; GRAZIANO, F.; BONINO, S. Risky driving and lifestyles in adolescence. **Accident Anal. Prev.**, v. 38, n. 3, p. 472–481, 2006.

BORGES, A.L.V. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 597-604, 2007.

BORGES, A.L.V.; SCHOR, N. Trajetórias afetivo-amorosas e perfil reprodutivo de mulheres adolescentes residentes no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 2, jun. p. 163-170, 2005.

BOUCHARD, C.; TREMBLAY, A.; LEBLANC, C.; LORTIE, G.; SAVARD, R.; THERIAULT, G. A Method to Assess Energy Expenditure in Children and Adults. **Am. J. Clin. Nutr.**, Houston, v. 37, p. 461-467, Mar, 1983.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei no. 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990a

BRASIL. Lei No 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF), 1990b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids para atenção básica**. Brasília, 2003. 29p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, 2006a. 24p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Levantamento Nacional Sobre Prevenção de DST/Aids e de uso Indevido de Drogas em Escolas**. Brasília, 2006b. 55p. (Serie avaliação 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Prevalências e freqüências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005**. Brasília, 2008a. 224 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionada às DST e Aids da população brasileira de 15 a 64 anos de idade, 2008**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2009**. Rio de Janeiro, 2009. 130p.

BROWN, D.R.; BLANTON, C.J. Physical Activity, Sports Participation and Suicidal Behavior Among College Students. **Med. Sci. Sports Exerc.**, Indianapolis, v. 34, n. 7, p. 1087-1096, jul. 2002.

BRUHNS, H.T. Lazer e motricidade: dialogando com o conhecimento. In: _____. (Org.) **Temas sobre o lazer**. Campinas: Autores associados. 2000, 156p. (Educação Física e Esportes).

CALE, L. Self-report measures of children's physical activity: recommendations for future development and a new alternative measure. **Health Educ. J.**, v. 53, p. 439-53, 1994.

CAMARGO, B.V.; BARBARÁ, A. Efeitos de panfletos informativos sobre a Aids em adolescentes. **Psicol. Teor. Pesqui.**, v. 20, n. 3, p. 279-287, 2004.

CAMARGO, B.V.; BERTOLDO, R.B. Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. **Estud. Psicol.** Campinas, v. 23, n. 4, p. 369-379, 2006.

CAMARGO, B.V.; BOTELHO, L.J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública.**, v. 41, n.1, p. 1-8, fev. 2007.

CAMARGO, B.V. et al . Vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/Aids. **Estud. Psicol.** Campinas, v. 27, n. 3, set. p.343-354, 2010.

CAMARGO, E.A.I.; FERRARI, R.A.P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 3, p. 937-946, 2009.

CAMARGO, L.O.L. **O que é lazer.** 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1992. 100p. (Coleção primeiros passos).

CAMARGO, L.O.L. **Educação para o lazer.** 3.ed. São Paulo: Moderna, 2001, 160p. (Coleção Polêmica)

CAPUTO, V.G.; BORDIN, I.A. Gravidez na adolescência e uso freqüente de álcool e drogas no contexto familiar. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 402-10, 2008.

CARDOSO, L.R.D.; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T.F.B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. **Rev. psiquiatr. Clín.**, v. 35, suppl.1, p. 70-75, 2008.

CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVEIA, N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública.** v. 34, n. 6, São Paulo, p. 636-645, dez. 2000.

CALVERT, W.J.; BUCHOLZ, K.K. Adolescent risky behaviors and alcohol use. **West. J. Nurs. Res.**, v.30. p. 147-148, 2008.

CARSON, V.; PICKETT, W.; JANSSEN, I. Screen time and risk behaviors in 10- to 16-year-old Canadian youth. **Prev. Med.**, v. 52, n. 2, p. 99-103, 2011.

CASEY, B.J.; JONES, R.M.; HARE, T.A. The Adolescent Brain. **Ann. N.Y. Acad. Sci.**, v. 1124, p. 111–126, 2008.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.F.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Rep.**, v. 100, p. 126-31, 1985.

CAVAZOS-REHG, P.A.; KRAUSS, M.J.; SPITZNAGEL, E.L.; SCHOOTMAN, M.; BUCHOLZ, K.K.; PEIPERT, J.F.; SANDERS-THOMPSON, V.; COTTLER, L.B.; BIERUT, L.J. Age of sexual debut among US adolescents. **Contraception**, v. 80, p. 158–162, 2009.

CHIRINOS, J.L.; SALAZAR, V.C.; BRINDIS, C.D.A. Profile of sexually active male adolescent high school students in Lima, Peru. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 733-746, jul/set. 2000.

COLEY, R.L.; VOTRUBA-DRZAL, E.; SCHINDLER, H.S. Fathers' and Mothers' Parenting Predicting and Responding to Adolescent Sexual Risk Behaviors. **Child. Development**, v. 80, n. 3, p. 808–827, mai/jun. 2009.

COLLINGWOOD, T.R.; REYNOLDS, R.; KOHL, H.W.; SMITH, W.; SLOAN, S. Physical Fitness Effects on Substance Abuse Risk Factors and use Patterns. **J. Drug. Educ.** v. 21, n. 1. p. 74-84, 1991.

CONWAY, T.L.; CRONAN, T.A. Smoking Exercise and Fitness. **Prev. Med.**, v. 21, p. 723-734, 1992.

CRUZEIRO, A.L.S. et al. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 1149-1158, 2011.

CURRIE, C.; ROBERTS, C.; MORGAN, A.; SMITH, R.; SETTERTOBULTE, W.; SAMDAL, O.; RASMUSSEN, V.B. (ed.) **Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study**: international report from the 2001/2002 survey. World Health Organization, Geneva. 248p. 2004.

CURRIE, C. et al. **Inequalities in young people's health**: HBSC international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: World Health Organization, 206p, 2008. (Health policy for children and adolescents, n. 5).

CYRINO, E.G.; PEREIRA, M.L.T. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde e educação de Botucatu, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, suppl.2, 1999.

DORETO, D.T.; VIEIRA, E.M. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2007.

DUMAZEDIER, J. **Sociologia empírica do lazer**. 2.ed. São Paulo: Perspectiva. 1999, 244p. (Debates v. 164)

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular**. 3.ed. São Paulo: Perspectiva. 2001, 333p. (Debates v. 82)

DUNCAN, S.C. et al. Relations between young prosocial and antisocial activities. **J. Behav. Med.**, v. 25, n. 5, p. 425-438, out. 2002.

EASTON, A.; KISS, E.; MOWERY, P. Budapest student health behavior survey - Budapest, Hungary, 1999. findings on unintentional and intentional injuries, alcohol use, and sexual activity. **Cent. Eur. J. Publ. Health**, v. 12, n. 2, p. 94-101, 2004.

EATON, D.K.; KANN, L.; KINCHEN, S.; ROSS, J.; HAWKINS, J.; HARRIS, W.A.; LOWRY, R.; MCMANUS, T.; CHYEN, D.; SHANKLIN, S.; LIM, C.; GRUNBAUM, J. A.; WECHSLER, H. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2005. **MMWR Surveill. Summ.**, v. 55, n. 5, p. 1-108, Jun. 2006.

EKSTRAND, M.; LARSSON, M.; VON ESSEN, L.; RYDÉN, T. Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behavior, and contraceptive habits – a focus group study among 17-year-old female high-school students. **Acta. Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 84, n. 10. p. 980-986, 2005.

ERICKSON, P.G. Reducing harm of adolescent substance use. **Can. Med. Assoc.**, v. 156, n. 10, p. 1397-1399, mai, 1997.

EVANS, A.E. et al. An Exploration of the Relationship Between Youth Assets and Engagement in Risky Sexual Behaviors. **J. Adolesc. Health**, v. 35, n. 424 p. 21– 30, 2004.

FARIA, R. et al. Propaganda de álcool e associação ao consumo de cerveja por adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. p. 441-447, 2011.

FARIAS, N.; CESAR, C.L.G. Tendências da morbi-mortalidade por Aids e condições socioeconômicas no Município de São Paulo, 1994 a 2001. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 4, dez. p. 489-502, 2004.

FEJGIN, N. Participation in High School Competitive Sports: A Subversion of School Mission or Contribution to Academic Goals? **Sociol. Sports J.**, v. 11, p. 211-230, 1994.

FERNANDES, R.A. et al. Association between regular participation in sports and leisure time behaviors in Brazilian adolescents: A cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 8, n. 329, p. 1-6, 2008.

FERREIRA, M.P. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, suppl.1, p. 65-71, 2008.

FREITAS, F.V.; REZENDE FILHO, L.A. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.36, p.243-255, jan./mar. 2011.

FONSECA, M.G. et al. Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, Supl. 1, p. 77-87, 2000.

GALDURÓZ, J.C.F. et al. **V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, 2006. 400p.

GELUDA, K. et al. "Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 1671-1680, 2006.

GIANNOTTA, F.; CIAIRANO, S.; SPRUIJT, R.; SPRUIJT-METZ, D. Meanings of sexual intercourse for Italian adolescents. **J. Adolesc.**, v. 32, p. 157-169, 2009.

GOLDBERG, L. et al. Drug Testing Athletes to Prevent Substance Abuse: Background and Pilot Study Results of the SATURN (Student Athlete Testing Using Random Notification) Study. **J. Adolesc. Health.**, v. 32, p. 16-25, 2003.

GONÇALVES, A. et al. **Saúde coletiva e urgência em educação física**. Campinas. Papirus. 1997. 190p.

GONÇALVES, H.; HALLAL, P.C.; AMORIM, T.C.; ARAÚJO, C.L.P.; MENEZES, A. M. B. Fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 22, n. 4, p. 246–53, 2007.

GRAAF, H.; VANWESENBEECK, I.; MEIJER, S.; WOERTMAN, L.; MEEUS, W. Sexual Trajectories during Adolescence: Relation to Demographic Characteristics and Sexual Risk. **Arch. Sex. Behav.**, v. 38, p. 276–282, 2009.

GUEDES, D.P. et al. Níveis de práticas de atividade física habitual entre adolescentes. **Rev. Bras. Med. Esporte**. v. 7, n. 6, p. 187-199, 2001.

GUIMARAES, M.B.L. et al. Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 291-300, jan. 2011.

HAIR, E.C.; PARK, M.J.; LING, T.J.; MOORE, K.A. Risky Behaviors in Late Adolescence: Co-occurrence, Predictors, and Consequences. **J. Adolesc. Health**, v. 45, p. 253–261, 2009.

HORTA, B.L., et al. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 35, n.2, p. 159-164, 2001.

HOYOS R.C., SIERRA.V.B. El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes **Rev. Saúde Pública**. v, 35, n. 6, p. 531-538, 2001.

IANNOTTI, R. J.; KOGAN, M. D.; JANSSEN, I.; BOYCE, W. F. Patterns of Adolescent Physical Activity, Screen-Based Media Use, and Positive and Negative Health Indicators in the U.S. and Canada. **J. Adolesc. Health**, v. 44, p. 493–499, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA Cidades: primeiros resultados do censo 2010. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

JEOLÁS, L. S. **Risco e prazer: os jovens e o imaginário da Aids**. Londrina: Eduel, 2007. 264p.

JIMENEZ, A.L. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 55-62, fev. 2001.

KERR-CORRÊA, F.; DALBEN, I., et al. **I Levantamento do Uso de Álcool e Drogas e das Condições Gerais de Vida dos Estudantes da Unesp (1998)**. São Paulo: Fundação Vunesp, 2001.

KERR-CORRÊA, F. et al. **Relatório UNESP sobre o levantamento de uso de álcool e drogas por estudantes do ensino fundamental, médio e supletivo do município de Botucatu**. Botucatu, 2008.

KULIG, K.; BRENER, N.D.; MCMANUS, T. Sexual Activity and Substance Use Among Adolescents by Category of Physical Activity Plus Team Sports Participation. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, v. 157, p. 905-912, 2003.

LAFLIN, M. T.; WANG, J.; BARRY, M. A Longitudinal Study of Adolescent Transition from Virgin to Nonvirgin Status. **J. Adolesc. Health**, v. 42, p. 228–236, 2008.

MÄKINEN et al. The effects of adolescence sports and exercise on adulthood leisure-time physical activity in educational groups. **Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.**, v. 7, n. 27, p. 1-11, 2010.

MANLOVE, J.; IKRAMULLAH, E.; MINCIELI, L.; HOLCOMBE, E.; DANISH, S. Trends in Sexual Experience, Contraceptive Use, and Teenage Childbearing: 1992–2002. **J. Adolesc. Health**, v. 44, p. 413–423, 2009.

MARCELLINO, N.C. **Estudos do lazer: uma introdução**. 3.ed. Campinas: Autores associados. 2002. 100p. (Série: Educação Física e Esportes)

MARCELLINO, N.C. **Políticas públicas setoriais de lazer: o papel das prefeituras.** Campinas: Autores Associados. 1996. 133p.

MARCELLINO, N.C. **Lazer e educação.** 12.ed. Campinas: Papirus. 2007. 164p.

MARTINEZ-HERNAEZ, A. Dialógica, etnografia e educação em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. p.399-405, 2010.

MARTINS, L. B. M. et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/Aids em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 315-23, 2006.

MESCHKE, L.L.; SILBEREISEN, R.K. The influence of puberty, family processes, and leisure activities on the timing of first sexual experience. **J. Adolesc.**, v. 20, p. 403–418, 1997.

MILLER, K.E.; SABO, D.F.; FARRELL, M.P.; BARNES, G.M.; MELNICK, M.J. Athletic Participation and Sexual Behavior in Adolescents: The Different Worlds of Boys and Girls. **J. Health Soc. Behav.**, v. 39, N. 2, p. 108-123, jun. 1998.

MIRANDA, A.E.; GADELHA, A.M.J.; SZWARCOWALD, C.L. 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. Saúde Pública**, v.21, n. 1, p. 207-16, 2005.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 37, n. 1, jan. p.12-15, 2010.

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes - o olhar dos adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, Rio de Janeiro. jan./fev. p.321-328, 2002.

OLIVEIRA, N.S. et al. Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de unidades de referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, mar. p.107-116, 2008.

OLIVEIRA, T.C. et al. Atividade física e sedentarismo em escolares da rede pública e privada de ensino em São Luís. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, dez. p. 996-1004, 2010.

OVERMAN, S.J.; TERRY, T. Alcohol use and attitudes: A comparison of college athletes and nonathletes. **J. Drug. Educ.**, v. 21, n. 3, p. 107-117, 1991.

PADILLA-WALKER, L.M.; BEAN, R.A. Negative and positive peer influence: Relations to positive and negative behaviors for African American, European American, and Hispanic adolescents. **J. Adolesc.**, v. 32, p. 323-337, 2009.

PAFFENBARGER JR, R.S.; LEE, M.; LEUNG, R. Physical activity and personal characteristics associated with depression and suicide in American college men. **Acta. Psychiatr. Scand.**, v. 89, Suppl. s377. p. 16-22, feb. 1994.

PAGE, R.M.; HAMMERMEINSTER, J.; SCALAN, A.; GILBERT, L. Is School Sports Participation a Protective Factor Against Adolescent Health Risk Behaviors? **J. health Educ.**, v. 29, n. 3, p. 186-192, 1998.

PALMA, A.; ABREU, R.A.; CUNHA, C.A. Comportamentos de risco e vulnerabilidade entre estudantes de Educação Física. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n. 1, p. 117-26, 2007.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596p.

PERES, C.A.; RUTHERFORD, G.; BORGES, G.; GALANO, E.; HUDES, E.S.; HEARST, N. Family Structure and Adolescent Sexual Behavior in a Poor Area of São Paulo, Brazil. **J. Adolesc. Health**, v. 42, p. 177–183, 2008.

PERETTI-WATEL, P.; BECK, F.; LEGLEYE, S. Beyond the U-curve: the relationship between sport and alcohol, cigarette and cannabis use in adolescents. **Addiction**, v. 97, n. 6, p. 707-716, 2002.

PINSKY, I. et al. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 242-249, Set. 2010.

PITANGA, F. J. G. Atividade Física e lipoproteínas plasmáticas em adultos de ambos os sexos. **Rev. Bras. Ciênc. Mov.**, v. 9, n. 4, p. 25-31, 2001.

POLLOCK, M.L., WILMORE, J.H. **Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. 718p.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. Lazer e Uso de Substâncias Psicoativas na Adolescência: Possíveis Relações. **Psic. Teor. Pesq.**, v. 23 n. 1, p. 43-52, 2007.

PRICE, M. N.; HYDE, J. S. When Two Isn't Better Than One: Predictors of Early Sexual Activity in Adolescence Using a Cumulative Risk Model. **J. Youth Adolesc.**, v. 38, p. 1059–1071, 2009.

ROBERGS, R.A.; ROBERTS, S.O. **Princípios fundamentais da fisiologia do exercício para aptidão, desempenho e saúde**. São Paulo. Phorte. 2002, 490p.

ROBIN, L., et al. Behavioral Interventions to Reduce Incidence of HIV, STD, and Pregnancy Among Adolescents: A Decade in Review. **J. Adolesc. Health**. v. 34, p.3-26. 2004.

ROMERO, K.T. et al. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 1, fev. 2007.

RUTTEN, E.A.; DEKOVIC, M.; STAMS, G.J.J.M.; SCHUENGEL, C.; HOEKSMAN, J. B.; BIESTA, G.J.J. On- and off-field antisocial and prosocial behavior in adolescent soccer players: A multilevel study. **J. Adolesc.**, v. 31, p. 371–387, jun. 2008.

SAFRON, D.H.; SCHULENBERG, J.E.; BACHMAN, J.G. Part-Time Work and Hurried Adolescence: The Links among Work Intensity, Social Activities, Health Behaviors, and Substance Use. **J. Health Soc. Behav.**, v. 42, n.4. p. 425- 449, 2001.

SALLIS, J. et al. The association of school environments with youth physical activity. **Am. J. Public Health**, v. 91, n. 4, p. 618-620, 2001.

SAMPAIO, J. et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/Aids no semi-árido nordestino. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 171-181, mar. 2011.

SANCHES, Z.V.M.; NAPPO, S.A. Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SANTOS, M.S. et al. Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.94-104, mar. 2010.

SARRIERA, J.C. et al. Uso do tempo livre por adolescentes de classe popular. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 361-367, 2007.

SASCO, A.J. et al. Trends in Tobacco Smoking Among Adolescents in Lion, France. **Eur. J. Cancer**. v. 39, p. 496-504, 2003.

SCHOFIELD, H.L.T.; BIERMAN, K.L.; HEINRICHS, B.; NIX, R.L. Predicting Early Sexual Activity with Behavior Problems Exhibited at School Entry and in Early Adolescence. **J. Abnorm. Child. Psychol.**, v. 36, p. 1175–1188, 2008.

SCHWARTZ, G.M. Homo expressivos In: BRUHNS H.T. (org.) **Temas sobre o lazer**. Campinas: Autores associados. 2000, 156p. (Série: Educação Física e Esportes).

SCIVOLETTO, S.; HENRIQUES Jr, S.G.; ANDRADE, A.G. A progressão do consumo de drogas entre adolescentes que procuram tratamento. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 45, n. 4, p. 201-207, 1996.

SILVA, C.G. et al. Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 4, dez. p. 683-692, 2008.

SILVA, E.F. et al. Prevalência de uso de drogas entre escolares do ensino médio do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1151-1558, 2006.

SILVA, W.A. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e Aids entre jogadores juniores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 68-75, ago. 2002.

SOLDERA, M.; DALGALARRONDO, P.; CORREA FILHO, H.R.; SILVA, C.A.M. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 277-283, 2004.

SOUSA, M.C.P.; ESPIRITO SANTO, A.C.G.; MOTTA, S.K.A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.58-68, Jun 2008.

STEPHAN, C.; HENN, C.A.; DONALSIO, M.R. Expressão geográfica da epidemia de Aids em Campinas, São Paulo, de 1980 a 2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 812-819, 2010.

STULHOFER, A.; GRAHAM, C.; BOZICEVIC, I.; KUFRIN, K.; AJDUKOVIC, D. An Assessment of HIV/STI Vulnerability and Related Sexual Risk-Taking in a Nationally Representative Sample of Young Croatian Adults. **Arch. Sex. Behav.**, v. 38, p. 209–225, 2009.

TAPIA-AGUIRRE, V.; ARILLO-SANTILLÁN, E.; ALLEN, B.; ANGELES-LLERENAS, A.; CRUZ-VALDÉZ, A.; LAZCANO-PONCE, E. Associations among Condom Use, Sexual Behavior, and Knowledge about HIV/Aids. A Study of 13,293 Public School Students. **Arch. Med. Research.**, v. 35. p.334–343, 2004.

TAQUETTE, S.R.; VILHENA, M.M.; PAULA, M.C. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: Um estudo transversal com adolescentes do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 1, p. 282-90, 2004.

TAVARES, B.F.; BERIA, J.U.; LIMA, M.S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 787-796, 2004.

TENÓRIO, M.C.M.; BARROS, M.V.G.; TASSITANO, R.M.; BEZERRA, J.; TENÓRIO, J. M.; HALLAL, J.C. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 13, n. 1, p. 105-17, 2010.

TRAJMAN, A. et al. Knowledge about STD/Aids and sexual behavior among high school students in Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, n. 1, p. 127-33, 2003.

USSHER, M. et al. Efficacy of exercise counselling as an aid for smoking cessation: a randomized trial. **Addiction**. v. 98, p. 523-532, 2003.

UVINHA, R.R. **Juventude, lazer e esportes radicais**. São Paulo: Manole, 2001. 108p.

VALE, A.M.O.; KERR, L.R.S.; BOSI, M.L.M. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. p. 121-132, 2011.

VILELLA, W.V.; DORETO, D.T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública**., v.22, n. 11, p. 2467-72, 2006.

VILHJALMSSON, R.; THORLINDSSON, T. Factors Related to Physical Activity: A study of Adolescents. **Soc. Sci. Med.**, v. 47, n. 5 p. 665-675, 1998.

VUKOVIC, D.S.; BJEGOVIC, V.M. Risky sexual behavior of adolescents in Belgrade: Association with Socioeconomic status and family structure. **J. Adolesc.**, v. 30, p. 869–877, out. 2007.

WAICHMAN, P. **Tempo livre e recreação**. 4ª ed. Campinas: Papyrus. 2003, 158p. (Coleção fazer/lazer).

WARD, K.D. et al. Characteristics of highly physically active smokers in a population of young adult military recruits. **Addict. Behav.**, v. 892, p. 1-14, 2002.

WHO. **Global status report on alcohol and health**. Geneva, 2011, 79p.

WHO. **Global strategy to reduce the harmful use of alcohol**, Geneva, 2010, 44p.

WHO. UNAids. **Aids epidemic update**, Geneva, 2009. 100p.

YAZLLE ROCHA, J.S.; SIMOES, B.J.G.; GUEDES, G.L.M. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 479-487, out. 1997.

1. Idade (em anos):
2. Série que está cursando:
 A. 7ª Série B. 8ª Série C. 1ª Colegial
 D. 2ª Colegial E. 3ª Colegial F. Técnico
3. Sexo:
 A. Masculino
 B. Feminino
4. Seu estado civil atual é:
 A. Solteiro (a)
 B. Casado (a)
 C. Mora com companheiro (a)
 D. Separado (a)
 E. Viúvo (a)
5. Quantos filhos você tem?.....
6. Você pratica a sua religião?
 A. Não tenho religião
 B. Não freqüente, porém oro/rezo ou acredito
 C. Freqüente menos que 1x / mês
 D. Freqüente pelo menos 2x / mês
 E. Freqüente 1x / semana
 F. Freqüente 2x / semana
7. Religião é importante para você?.....
 A. Não
 B. Importante
 C. Muito importante
8. Você trabalhou remunerado nos últimos 6 meses?
 A. Não trabalhei
 B. Período integral
 C. Período parcial
 D. Esporádicos (bicos)
 E. Outro
9. Qual o grau de escolaridade de seu pai?.....
 A. Não recebeu educação formal
 B. Primeiro grau incompleto
 C. Primeiro grau completo
 D. Segundo grau incompleto
 E. Segundo grau completo/Superior incompleto
 F. Superior completo
10. Qual o grau de escolaridade de sua mãe?.....
 A. Não recebeu educação formal
 B. Primeiro grau incompleto
 C. Primeiro grau completo
 D. Segundo grau incompleto
 E. Segundo grau completo/Superior incompleto
 F. Superior completo

Na casa dos seus pais ou na sua casa (se for casado) vocês possuem (complete com um X):

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Automóvel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Televisão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Banheiro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Empregada mensal (não faxineira) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Rádio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Máquina de lavar roupa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Videocassete ou DVD..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Aspirador de pó | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Geladeira | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Computador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Com relação a sua mesada: | <input type="checkbox"/> | | | | |
| A. Eu não recebo mesada / meus pais provêm minhas necessidades | | | | | |
| B. Não é suficiente | | | | | |
| C. É suficiente, mas é completada por outras fontes | | | | | |
| D. É suficiente | | | | | |
| E. É suficiente, mas não sobra para lazer | | | | | |
| F. É suficiente e sobra para lazer | | | | | |
| 22. Seus pais ou padrastos vivem: | <input type="checkbox"/> | | | | |
| A. Juntos, com bom relacionamento | | | | | |
| B. Juntos, com relacionamento regular / ruim | | | | | |
| C. Separados, com bom relacionamento | | | | | |
| D. Separados, sem bom relacionamento | | | | | |
| E. Pai ou Mãe falecidos | | | | | |
| F. Pai e Mãe falecidos | | | | | |
| 23. Atualmente, de quantas horas livres você dispõe em média, a cada dia da semana, para suas atividades de esporte e lazer? | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | | |
| A. Nenhuma | | | | | |
| B. Até 2 h | | | | | |
| C. De 2 a 4 h | | | | | |
| D. De 4 a 6 h | | | | | |
| E. Mais que 6 h | | | | | |
| 24. Atualmente, de quantas horas livres você dispõe em média, por dia, durante o fim de semana?..... | <input type="checkbox"/> | | | | |
| A. De nenhuma hora | | | | | |
| B. De menos de uma hora por dia | | | | | |
| C. De algumas horas por dia | | | | | |
| D. De todo meu tempo | | | | | |
| 25. O que você costuma fazer nas horas livres? | | | | | |
| A. Não B.Sim | | | | | |
| A. Dirigir (carro ou moto) por prazer..... | <input type="checkbox"/> | | | | |
| B. Ir à igreja ou serviço religioso..... | <input type="checkbox"/> | | | | |
| C. Fazer exercícios / praticar esportes..... | <input type="checkbox"/> | | | | |
| D. Sair com amigos / namorado (a)..... | <input type="checkbox"/> | | | | |
| E. Assistir televisão..... | <input type="checkbox"/> | | | | |

- F. Participar de trabalhos voluntários.....
- G. Sair com a Família.....
- H. Frequentar bares/festas/boates/danceterias.....
- I. Ler livros, revistas, jornais, etc.....
- J. Mexer com computador / internet.....
- K. Outros.....
26. Você pratica estas atividades com a frequência que gostaria?.....
- A. Não
- B. Sim
27. O que você faz quando falta às aulas?
- A. Não faltou às aulas
- B. Vou ao cinema, clube, lanchonete, etc.
- C. Estudo em casa
- D. Estudo na biblioteca
- E. Nada faço / durmo e/ou descanso
- F. Trabalho
28. Nos últimos 12 meses, você sentiu dificuldades para fazer amigos (as) em novos grupos?
- A. Não
- B. Sim
29. Nos últimos 12 meses, você se sentiu rejeitado(a) pelo seu grupo de amigos ou outros de sua idade?.....
- A. Não
- B. Sim
30. Você recebe o apoio emocional de que necessita, em qualidade e quantidade de amigo, familiar, namorado
- A. Não
- B. Mais ou menos
- C. Sim
31. Que lugares você mais frequenta para o lazer?.....
- A. Não frequento
- B. Lanchonetes
- C. Bares
- D. Clubes
- E. Atividades esportivas e culturais
32. Está adaptado(a) na cidade onde mora?
- A. Não
- B. Sim
33. Você já pensou em escolher uma profissão?.....
- A. Não
- B. Sim
34. Você já pensou em abandonar a escola?
- A. Não
- B. Ainda penso
- C. Sim
35. Você considera seu desempenho escolar:
- A. Péssimo
- B. Insuficiente
- C. Regular
- D. Bom
- E. Excelente
- As questões de números 36 a 50 são a respeito do padrão de uso de drogas na vida.
36. BEBIDA ALCOÓLICA
- A. Nunca tomei
- B. Tomei alguma vez na vida
- C. Não tomei no último ano
- D. Tomei no último ano
37. TABACO (Cigarro).....
- A. Nunca fumei
- B. Fumei alguma vez na vida
- C. Não fumei no último ano
- D. Fumei no último ano
38. MACONHA OU HAXIXE
- (Marola, Parada, Pacal)
- A. Nunca fumei
- B. Fumei alguma vez na vida
- C. Não fumei no último ano
- D. Fumei no último ano
39. ALUCINÓGENOS
- (LSD, Chá de cogumelo, Mescalina)
- A. Nunca usei
- B. Usei alguma vez na vida
- C. Não usei no último ano
- D. Usei no último ano
40. COCAÍNA (Exceto crack)
- A. Nunca usei
- B. Usei alguma vez na vida
- C. Não usei no último ano
- D. Usei no último ano
41. CRACK (Pedra).....
- A. Nunca usei (nunca pipei)
- B. Usei alguma vez na vida
- C. Não usei no último ano
- D. Usei no último ano
42. ANFETAMINAS
- (Hipofagin, Moderex, Inibex, Desobesi, Reativan, Pervetin, Preludin, Fórmulas para emagrecimento)
- A. Nunca usei
- B. Usei alguma vez na vida
- C. Não usei no último ano
- D. Usei no último ano
43. ECSTASY
- A. Nunca usei
- B. Usei alguma vez na vida
- C. Não usei no último ano
- D. Usei no último ano

44. MERLA
 A. Nunca usei
 B. Usei alguma vez na vida
 C. Não usei no último ano
 D. Usei no último ano

45. ANTICOLINÉRGICO
 (Artane, Akineton, Chá de Lírio, Asmosterona, Saia Branca, Véu de Noiva, Trombeteira, Zabumba, Cartucho)
 A. Nunca usei
 B. Usei alguma vez na vida
 C. Não usei no último ano
 D. Usei no último ano

46. SOLVENTE ORGÂNICO
 (Lança-perfume, Loló, Cola, Gasolina, Tinta, Acetona, Aguarrás, Tíner, Éter, Esmalte, Clorofórmio, Benzina)
 A. Nunca cheirei
 B. Cheirei, usei alguma vez na vida
 C. Não cheirei no último ano
 D. Cheirei no último ano

47. OPIÁCEOS
 Dolantina, Meperidina, Demerol, Algafan, Heroína, Morfina, Ópio ou medicamentos a base de codeína como xaropes para tosse, (Elixir paregórico)
 A. Nunca usei
 B. Usei alguma vez na vida
 C. Não usei no último ano
 D. Usei no último ano

48. TRANQUILIZANTES, ANSIOLÍTICOS.....
 (Diazepan, Lorax, Librium, Diempax, Lexotan, Somalium, Rohypnol)
 A. Nunca usei
 B. Usei alguma vez na vida
 C. Não usei no último ano
 D. Usei no último ano

49. ANABOLIZANTES
 (Cobactin, Deca Durabolin, Zinabol, Enzivital, Proviron, “Bomba”)
 A. Nunca usei
 B. Usei alguma vez na vida
 C. Não usei no último ano
 D. Usei no último ano

50. OUTRAS DROGAS
 (Buclina, Vibazina, Profol, Holoten, Carpinol, Medavane, Adeprin)
 A. Nunca usei
 B. Usei alguma vez na vida
 C. Não usei no último ano
 D. Usei no último ano

As questões de números 51 a 65 são a respeito da frequência de uso de drogas nos últimos 30 dias.

51. BEBIDA ALCOÓLICA
 A. Não tomei
 B. Menos que 1 vez por semana
 C. 1 ou mais vezes por semana
 D. Diariamente
 E. Duas ou três vezes por dia
 F. Quatro ou mais vezes por dia

52. TABACO (Cigarro).....
 A. Não fumei
 B. Menos que 1 vez por semana
 C. 1 ou mais vezes por semana
 D. Diariamente
 E. Duas ou três vezes por dia
 F. Quatro ou mais vezes por dia

53. MACONHA OU HAXIXE (Marola, Parada).....
 A. Não fumei
 B. Menos que 1 vez por semana
 C. 1 ou mais vezes por semana
 D. Diariamente
 E. Duas ou três vezes por dia
 F. Quatro ou mais vezes por dia

54. ALUCINÓGENOS
 (LSD, Chá de cogumelo, Mescalina)
 A. Não usei
 B. Menos que 1 vez por semana
 C. 1 ou mais vezes por semana
 D. Diariamente
 E. Duas ou três vezes por dia
 F. Quatro ou mais vezes por dia

55. COCAÍNA (Exceto crack)
 A. Não usei
 B. Menos de 1 vez por semana
 C. 1 ou mais vezes por semana
 D. Diariamente
 E. Duas ou três vezes por dia
 F. Quatro ou mais vezes por dia

56. CRACK (Pedra).....
 A. Não usei
 B. Menos de 1 vez por semana
 C. 1 ou mais vezes por semana
 D. Diariamente
 E. Duas ou três vezes por dia
 F. Quatro ou mais vezes por dia

57. ANFETAMINAS
 (Hipofagin, Moderex, Inibex, Desobesi, Reativan, Pervetin, Preludin, Fórmulas para emagrecer)
 A. Não usei
 B. Menos que 1 vez por semana
 C. 1 ou mais vezes por semana
 D. Diariamente
 E. Duas ou três vezes por dia
 F. Quatro ou mais vezes por dia

58. ECSTASY
- A. Não usei
 - B. Menos que 1 vez por semana
 - C. 1 ou mais vezes por semana
 - D. Diariamente
 - E. Duas ou três vezes por dia
 - F. Quatro ou mais vezes por dia
59. MERLA
- A. Não usei
 - B. Menos que 1 vez por semana
 - C. 1 ou mais vezes por semana
 - D. Diariamente
 - E. Duas ou três vezes por dia
 - F. Quatro ou mais vezes por dia
60. ANTICOLINÉRGICOS
- A. Não usei
 - B. Menos que 1 vez por semana
 - C. 1 ou mais vezes por semana
 - D. Diariamente
 - E. Duas ou três vezes por dia
 - F. Quatro ou mais vezes por dia
61. SOLVENTE ORGÂNICO
- A. Não cheirei
 - B. Menos que 1 vez por semana
 - C. 1 ou mais vezes por semana
 - D. Diariamente
 - E. Duas ou três vezes por dia
 - F. Quatro ou mais vezes por dia
62. OPIÁCEOS
- A. Não usei
 - B. Menos que 1 vez por semana
 - C. 1 ou mais vezes por semana
 - D. Diariamente
 - E. Duas ou três vezes por dia
 - F. Quatro ou mais vezes por dia
63. TRANQUILIZANTES, ANSIOLÍTICOS
- A. Não usei
 - B. Menos que 1 vez por semana
 - C. 1 ou mais vezes por semana
 - D. Diariamente
 - E. Duas ou três vezes por dia
 - F. Quatro ou mais vezes por dia
64. ANABOLIZANTES
- A. Não usei
 - B. Menos que 1 vez por semana
 - C. 1 ou mais vezes por semana
 - D. Diariamente
 - E. Duas ou três vezes por dia
 - F. Quatro ou mais vezes por dia
65. OUTRAS DROGAS
- A. Não usei
 - B. Menos que 1 vez por semana
 - C. 1 ou mais vezes por semana
 - D. Diariamente
 - E. Duas ou três vezes por dia
 - F. Quatro ou mais vezes por dia
66. Qual a chance que você acha que tem de usar crack ou cocaína nos próximos 12 meses?.....
- A. Nenhuma
 - B. Provável
 - C. Improvável
 - D. Não sei
67. Abaixo estão algumas razões que as pessoas dão para usar crack, cocaína ou parar de usar. Qual a importância de cada uma delas para você não usar drogas (exceto álcool e tabaco)?
- A. Sem opinião
 - B. Alguma importância
 - C. Importante
 - D. Super importante
 - E. Preocupação com possível problema psicológico..
 - F. Preocupação com possível problema físico.....
 - G. Preocupação com possibilidade de ser preso.....
 - H. É contra minhas crenças/valores.....
 - I. Preocupação com perda de energia/ambição.....
 - J. Preocupação em perder o controle sobre mim
 - K. Preocupação de se tornar dependente.....
 - L. Pode levar a outras drogas mais fortes.....
 - M. Não é gostoso, eu não gostaria.....
 - N. Meus pais desaprovaram.....
 - O. Meu namorado/cônjuge desaprovava.....
 - P. Eu não gostaria de estar com pessoas que usam...
 - Q. Meus amigos não usam.....
 - R. Muito caro.....
 - S. Não disponível.....
 - T. Não tenho vontade de ficar "alto(a)".....
 - U. Porque os traficantes são perigosos.....
 - V. Porque usá-las ajuda à rede de traficantes.....

68. Qual a chance de você usar cocaína nos próximos 12 meses?.....
- A. Nenhuma
B. Provável
C. Pouco provável
D. Não sei
69. Se você fez uso não médico de alguma dessas drogas (exceto álcool e Tabaco), qual foi o principal motivo que o levou a fazer o uso pela primeira vez?.....
- A. Não fiz uso
B. Diversão ou prazer
C. Meus amigos / namorado(a) usam
D. Por curiosidade
E. Alívio de tensão psicológica ou outros sintomas
F. Aumentar desempenho (no estudo, sexual, físico, social)
70. Se você fez uso de drogas (exceto álcool e tabaco), quem o introduziu neste uso?
- A. Não fiz uso
B. Família
C. Colegas de escola/amigos/conhecidos
D. Namorado(a)/companheiro
E. Outros
F. Dois ou mais dos acima
71. Você fez uso de drogas (exceto álcool e tabaco), antes de entrar nesta escola?
- A. Não
B. Sim
72. Se você respondeu sim à questão anterior, assinale as substâncias que usou antes de entrar nessa escola. Senão deixe em branco.....
- A. Maconha
B. Alucinógenos (LSD, mecalina, cogumelos)
C. Cocaína e/ou crack
D. Anfetamina (Hipofagim, Moderex, fórmulas para emagrecer)
E. Solventes (Lança-perfume, cola, etc.)
F. Dois ou mais dos acima
73. Se você faz uso freqüente de drogas ou álcool (exceto tabaco), qual o principal motivo deste uso?.....
- A. Não faço
B. Para participar do grupo de amigos
C. Para quebrar a rotina/ curtir os efeitos da droga
D. Para diminuir ansiedade/nervosismo ou aliviar o estresse
E. Para aliviar ou evitar sintomas de abstinência (mal estar por causa da droga)
74. Se você faz uso freqüente de drogas ou álcool (exceto tabaco), com quem faz mais freqüentemente?
- A. Não faço uso
B. Sozinho
C. Com amigos/colegas da escola
D. Com irmãos, primos, outros familiares
E. Com estranhos
F. Dois ou mais dos acima
75. Se você faz uso freqüente de drogas ou álcool (exceto tabaco), em que você acha esse uso interfere?
- A. Não interfere em nada
B. Na alimentação
C. No sono
D. No estudo e/ou trabalho
E. Nas relações sociais/afetivas/sexuais
F. Duas ou mais das acima
76. Nos últimos 12 meses, você esteve envolvido em algum acidente de carro, depois de ter usado álcool ou drogas?
- A. Não
B. Sim
77. Teve fraturas (braço, crânio, pernas, etc.), nos últimos 5 anos?
- A. Nenhuma
B. Uma
C. Duas
D. Três
E. Quatro
F. Cinco ou mais
78. Nos últimos 12 meses, alguém de sua família bebeu a ponto de causar problemas em casa, no trabalho, ou com amigo(s)?.....
- A. Não
B. Sim
79. Quando você usou álcool no último ano, com que freqüência você usou em cada uma das seguintes situações?
- A. Nenhuma
B. Poucas vezes
C. Algumas vezes
D. Muitas vezes
E. Todo tempo
- A. Quando estava sozinho.....
- B. Com apenas 1 ou 2 pessoas.....
- C. Numa festa.....
- D. Quando sua/seu namorada(o) estava presente...
- E. Durante o dia todo (antes das 16 hs).....
- F. Em sua casa.....

Nas questões de número 81 a 84, assinale quais pessoas bebem 3 vezes ou mais por semana, pelo menos uma das quantidades: 5 chopes, 5 cervejas, 5 doses de uísques ou 5 pingas e no caso de drogas usam no mínimo uma vez por semana as substâncias abaixo relacionadas.

80. Pai
- A. Álcool
 - B. Anfetaminas e/ou Tranqüilizantes
 - C. Cocaína e/ou Crack
 - D. Inalantes
 - E. Maconha
 - F. Dois ou mais dos acima

81. Mãe
- A. Álcool
 - B. Anfetaminas e/ou Tranqüilizantes
 - C. Cocaína e/ou Crack
 - D. Inalantes
 - E. Maconha
 - F. Dois ou mais dos acima

82. Irmãos
- A. Álcool
 - B. Anfetaminas e/ou Tranqüilizantes
 - C. Cocaína e/ou Crack
 - D. Inalantes
 - E. Maconha
 - F. Dois ou mais dos acima

83. Amigos
- A. Álcool
 - B. Anfetaminas e/ou Tranqüilizantes
 - C. Cocaína e/ou Crack
 - D. Inalantes
 - E. Maconha
 - F. Dois ou mais dos acima

Responda, às seguintes perguntas a respeito da sua saúde, com base nos últimos seis meses.

A. Não **B. Sim**

84. Tem dores de cabeça freqüentes?
85. Tem falta de apetite?
86. Dorme mal?
87. Assusta-se com facilidade?
88. Tem tremores de mão?
89. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?.....
90. Tem má digestão?
91. Tem dificuldade de pensar com clareza?
92. Tem se sentido triste ultimamente?
93. Tem chorado mais do que de costume?
94. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?
95. Tem dificuldades para tomar decisões?

96. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?.
97. Tem perdido o interesse pelas coisas?
98. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?.....
99. Tem tido a idéia de acabar com a vida?
100. Sente-se cansado(a) o tempo todo?
101. Tem sensações desagradáveis no estômago?.....
102. Você se cansa com facilidade?
103. Sente que tem alguém que, de alguma maneira, quer lhe fazer mal?.....
104. Você se acha mais importante que a maioria das pessoas?.....
105. Tem notado alguma interferência ou outro problema estranho com seu pensamento?.....
106. Ouve vozes que não sabe de onde vêm?.....
107. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso causa-lhe sofrimento)?
- A. Não
 - B. Sim
 - C. Não trabalho

Na sua opinião sobre o efeito do uso de certas drogas ou substâncias, quanto uma pessoa se arriscaria a se prejudicar (fisicamente ou de outra maneira) se ela: Dê uma nota de A a D da seguinte forma:

- A. Sem risco
 - B. Pouco risco
 - C. Risco moderado
 - D. Grande risco
108. Fumasse 1 ou 2 maços de cigarros por dia.....
109. Experimentasse maconha 1 ou 2 vezes.....
110. Fumasse maconha ocasionalmente.....
111. Fumasse maconha regularmente.....
112. Experimentasse crack 1 ou 2 vezes.....
113. Usasse crack ocasionalmente.....
114. Experimentasse cocaína 1 ou 2 vezes.....
115. Usasse cocaína de vez em quando.....
116. Tomasse 1 ou 2 drinques (bebida alcoólica) quase todo dia
117. Tomasse 5 ou mais drinques algumas vezes nos finais de semana

118. Dirigisse carro depois de 1 ou 2 drinques.....
119. Dirigisse carro depois de 5 ou mais drinques.....
120. Usasse crack regularmente.....
121. Usasse cocaína regularmente.....
122. Usasse hormônios masculinos para melhorar o corpo ou o rendimento nos esportes.....
123. Você se sente suficientemente esclarecido em relação aos riscos de adquirir AIDS?
- A. Não
- B. Sim
- C. Não sei/mais ou menos
124. Em relação aos itens 109 a 124 (sobre risco de adoecer), você já esteve exposto a pelo menos um deles?
- A. Não
- B. Sim
125. Durante o último mês você manteve relações sexuais sem uso de camisinha?
- A. Não
- B. Sim
126. Atualmente, você considera o risco de adoecer com AIDS.....
- A. Não
- B. Sim
- C. Não sei/mais ou menos
127. Atualmente, você considera a hipótese de usar algum tipo de proteção contra a AIDS?
- A. Não
- B. Sim
128. Você tem algum outro problema de saúde?.....
- A. Não
- B. Sim
- O que seus amigos íntimos achariam se você (assinale com a letra correspondente):
- A. Não desaprovariam
- B. Desaprovariam
- C. Desaprovariam muito
129. Fumasse um ou mais maços de cigarro por dia.....
130. Experimentasse maconha 1 ou 2 vezes
131. Fumasse maconha regularmente
132. Experimentasse crack 1 ou 2 vezes
133. Usasse crack ocasionalmente
134. Experimentasse cocaína 1 ou 2 vezes
135. Usasse cocaína de vez em quando
136. Usasse solvente de vez em quando
137. Tomasse um ou dois drinques (bebida alcoólica) quase todo dia
138. Tomasse cinco ou mais drinques algumas vezes em finais de semana
139. Dirigisse carro depois de um ou dois drinques.....
140. Dirigisse carro depois de cinco ou mais drinques....
- Quantos dos seus amigos você acha que (assinale com a letra correspondente):
- A. Nenhum
- B. Poucos
- C. Alguns
- D. Muitos
- E. Todos
141. Fumam cigarros
142. Fumam maconha
143. Usam LSD ou outros alucinógenos
144. Usam merla
145. Usam anfetaminas (pílula para emagrecer).....
146. Usam tranqüilizantes
147. Usam crack
148. Usam cocaína
149. Usam solventes (cola, éter, lança-perfume, etc.) ...
150. Usam ecstasy
151. Usam anabolizantes
152. Bebem (bebidas alcoólicas)
153. Ficam bêbados pelo menos uma vez por semana...

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA

Categories	Tipos de atividades
1	<u>Repouso na cama:</u> horas de sono.
2	<u>Posição sentada:</u> refeições, assistir TV, trabalho intelectual sentado.
3	<u>Posição em pé suave:</u> higiene pessoal, trabalho doméstico sem deslocamento.
4	<u>Caminhada leve (< 4 km/h):</u> trabalhos domésticos com deslocamento, dirigir carros, etc.
5	<u>Trabalho manual suave:</u> trabalho doméstico como limpar chão, lavar carro, jardinagem etc.
6	<u>Atividades de lazer e prática de esportes recreativos:</u> voleibol, ciclismo de passeio, caminhar de 4 a 6 km/h, etc.
7	<u>Trabalho manual em ritmo moderado:</u> trabalho braçal, carpintaria, pedreiro, pintor, etc.
8	<u>Atividades de lazer e prática de esportes de alta intensidade:</u> futebol, ginástica aeróbica, natação, tênis, caminhar > 6 km/h.
9	<u>Trabalho manual intenso, prática de esportes competitivos:</u> carregador de cargas elevadas, atletas profissionais, etc.

DIA DA SEMANA: _____

	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00
00:00												
00:15												
00:30												
00:45												
00:60												
	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00
00:00												
00:15												
00:30												
00:45												
00:60												