

ANGELA MARIA MOSER SILVA

**COMPORTAMENTO SEXUAL E FATORES ASSOCIADOS À CONDUTA  
SEXUAL DE RISCO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS.  
ESTUDO COMPARATIVO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Tocoginecologia, Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudete Reggiani Mello

Coordenador: Prof. Dr. Almir Urbanetz

CURITIBA  
2003



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
Setor de Ciências da Saúde  
Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia  
Maternidade do Hospital de Clínicas

## TERMO DE APROVAÇÃO

ÂNGELA MARIA MOSER SILVA

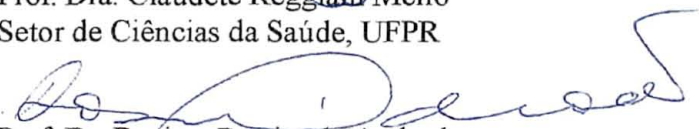
### COMPORTAMENTO SEXUAL E FATORES ASSOCIADOS À CONDUTA SEXUAL DE RISCO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS. ESTUDO COMPARATIVO

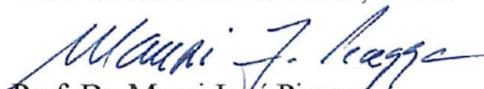
**Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no  
Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná,  
pela Comissão formada pelos professores:**

Orientador:

  
Prof. Dra. Claudete Reggiani Mello  
Setor de Ciências da Saúde, UFPR

Examinadores:

  
Prof. Dr. Rosires Pereira de Andrade  
Setor de Ciências da Saúde, UFPR

  
Prof. Dr. Mauri José Piazza  
Setor de Ciências da Saúde, UFPR

  
Prof. Dra. Cristina Aparecida Falbo Guazzelli  
Escola Paulista de Medicina, UNIFESP

**Curitiba, 28 de março de 2003.**

Aos meus pais, Paulo e Ivone

Ao meu esposo, Sérgio, pelo apoio e paciência em todos os momentos de nossa vida

Aos meus filhos, Danielle, Alexandre e Priscilla, razão maior de minha vida, pela compreensão durante minha ausência.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar sempre meu caminho.

A Prof. Dra. Claudete Reggiani Mello, orientadora desta dissertação, pelo estímulo constante, pelas críticas e pelos conselhos, demonstrando no decorrer deste trabalho dedicação, segurança e amizade.

Ao Prof. Dr. Aníbal Faundes pelo incentivo na elaboração desta dissertação, pela transmissão do amor à pesquisa e principalmente por sua amizade.

Ao Prof. Dr. Almir Urbanetz, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná, pelo árduo trabalho à frente deste Programa e pela oportunidade a mim concedida para defender esta dissertação.

Aos diretores e professores do setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e do setor de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus Cascavel pela permissão e auxílio na realização da pesquisa.

A Prof. Lurdes Alexius por sua valiosa orientação na correção da língua portuguesa no texto da dissertação, tornando-a mais clara e objetiva.

A todos, que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho.

E principalmente a todas as estudantes que concordaram em participar da pesquisa.

Se as coisas são inatingíveis... ora !  
Não é motivo para não querê-las...  
Que tristes os caminhos, se não fora  
A presença distante das estrelas!

Mário Quintana

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| <b>LISTA DE TABELAS</b> .....                           | vii |
| <b>LISTA DE SIGLAS</b> .....                            | ix  |
| <b>RESUMO</b> .....                                     | x   |
| <b>ABSTRACT</b> .....                                   | xi  |
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....                               | 1   |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....                                | 6   |
| 2.1 OBJETIVO GERAL .....                                | 6   |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                         | 6   |
| <b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....                    | 7   |
| 3.1 ADOLESCÊNCIA .....                                  | 7   |
| 3.2 IDADE DE INÍCIO DE ATIVIDADE SEXUAL .....           | 9   |
| 3.3 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS .....              | 13  |
| 3.4 USO DE PRESERVATIVO .....                           | 15  |
| 3.5 NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS .....                   | 18  |
| 3.6 GRAVIDEZ E DST NA ADOLESCÊNCIA .....                | 19  |
| 3.7 VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CONDUTA SEXUAL ..... | 23  |
| 3.8 EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA .....                     | 24  |
| <b>4 SUJEITAS E MÉTODOS</b> .....                       | 28  |
| 4.1 DESENHO DA PESQUISA .....                           | 28  |
| 4.2 SELEÇÃO DAS SUJEITAS .....                          | 28  |
| 4.3 TAMANHO DA AMOSTRA .....                            | 29  |
| 4.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS .....                       | 29  |
| 4.4.1 Variáveis Independentes .....                     | 29  |
| 4.4.2 Variáveis Dependentes .....                       | 31  |
| 4.4.3 Variável de Controle .....                        | 33  |
| 4.5 COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTO DE ESTUDO .....      | 34  |
| 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....                          | 35  |
| 4.7 PROCESSAMENTO, TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....  | 36  |

|  |    |
|--|----|
| <b>5 RESULTADOS</b> .....  | 39 |
| 5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E COMPORTAMENTAIS<br>DAS ESTUDANTES .....   | 39 |
| 5.2 COMPORTAMENTO SEXUAL DAS ESTUDANTES.....   | 43 |
| 5.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DAS ESTUDANTES E A<br>CONDUTA SEXUAL.....  | 50 |
| 5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE A EXISTÊNCIA E EFICÁCIA DE AULAS DE<br>EDUCAÇÃO SEXUAL E A CONDUTA SEXUAL.....                      | 55 |
| 5.5 AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS QUE MANTÉM SUA<br>CORRELAÇÃO COM A CONDUTA SEXUAL POR ANÁLISE<br>MULTIVARIADA..... | 57 |
| <b>6 DISCUSSÃO</b> .....   | 59 |
| <b>7 CONCLUSÕES</b> .....  | 79 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | 80 |
| <b>APÊNDICE</b> .....  | 88 |
| <b>ANEXO</b> .....   | 93 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEGUNDO A IDADE ATUAL, DE ACORDO COM A CIDADE.....   | 39 |
| TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEGUNDO VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS E SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, DE ACORDO COM A CIDADE .....   | 40 |
| TABELA 3 – PORCENTAGEM DAS ESTUDANTES SEGUNDO A PESSOA COM QUEM MORAM, DE ACORDO COM A CIDADE. ....  | 41 |
| TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEGUNDO PARTICIPAÇÃO EM AULAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL E EFICÁCIA DESTA ORIENTAÇÃO, DE ACORDO COM A CIDADE ..  | 42 |
| TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE ATIVIDADE SEXUAL, DE ACORDO COM A CIDADE .....   | 43 |
| TABELA 6 – TAXA ACUMULADA DAS ESTUDANTES QUE INICIARAM VIDA SEXUAL SEGUNDO A IDADE, DE ACORDO COM A CIDADE.....  | 44 |
| TABELA 7 – TAXA ACUMULADA DAS ESTUDANTES QUE INICIARAM USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS ENTRE AS QUE JÁ TINHAM VIDA SEXUAL, DE ACORDO COM A CIDADE.....  | 45 |
| TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEXUALMENTE ATIVAS SEGUNDO USO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL E PRESERVATIVO NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL, DE ACORDO COM A CIDADE.....   | 46 |
| TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEXUALMENTE ATIVAS SEGUNDO FREQUÊNCIA DE USO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL NOS ÚLTIMOS DOZE MESES, USO DE ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL E USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL, DE ACORDO COM A CIDADE..... | 47 |

|  |    |
|--|----|
| TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEXUALMENTE ATIVAS SEGUNDO O NÚMERO TOTAL DE PARCEIROS SEXUAIS E O NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS NOS ÚLTIMOS DOZE MESES DE ATIVIDADE SEXUAL, DE ACORDO COM A CIDADE ..... | 48 |
| TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEXUALMENTE ATIVAS SEGUNDO A FREQUÊNCIA DE USO DE PRESERVATIVO COM PARCEIRO FIXO E COM PARCEIRO OCASIONAL, DE ACORDO COM A CIDADE .....                                 | 49 |
| TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DAS ESTUDANTES SEGUNDO A CONDUTA SEXUAL NOS ÚLTIMOS DOZE MESES.....   | 50 |
| TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEGUNDO A CONDUTA SEXUAL NOS ÚLTIMOS DOZE MESES E VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E COMPORTAMENTAIS ....   | 52 |
| TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES COM VIDA SEXUAL NOS ÚLTIMOS DOZE MESES E VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E COMPORTAMENTAIS .....   | 54 |
| TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEGUNDO A CONDUTA SEXUAL NOS ÚLTIMOS DOZE MESES, PARTICIPAÇÃO EM AULAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL E EFICÁCIA DA ORIENTAÇÃO RECEBIDA.....  | 55 |
| TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES COM VIDA SEXUAL NOS ÚLTIMOS DOZE MESES SEGUNDO A PARTICIPAÇÃO EM AULAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL E EFICÁCIA DESTA ORIENTAÇÃO.....  | 56 |
| TABELA 17 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS AOS INDICADORES DE COMPORTAMENTO SEXUAL NA ANÁLISE MÚLTIPLA POR REGRESSÃO LOGÍSTICA .....   | 58 |

## LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BANPESQ – Banco de Pesquisas

CE – Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde

CEBRAP – Centro Brasileiro de Pesquisa

CEFET – Centro Federal de Educação Tecnológica

CEMICAMP – Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas

CENEPI – Centro de Epidemiologia do Ministério da Saúde

CEV – Centro de Vigilância Epidemiológica

Coef. – Coeficiente estimado (da regressão)

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EP coef. – Erro Padrão do coeficiente estimado

EP – Erro padrão

EUA – Estados Unidos da América

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HC – Hospital de Clínicas

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

MAC – Método anticoncepcional

MS – Ministério da Saúde

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNSMIPF – Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento  
Familiar

PROSAD – Programa Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde

SINASC/CIDS/SESA – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/ Centro de  
Informação de Diagnóstico em Saúde/ Secretaria Estadual  
Saúde

SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi comparar o comportamento sexual e fatores associados a uma conduta sexual de risco entre estudantes do sexo feminino do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná com aquelas das estudantes do Setor de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Campus Cascavel. O projeto de pesquisa foi apresentado e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da UFPR em 25.05.01. As estudantes foram avaliadas quanto a idade, relacionamento familiar, religiosidade, participação em aulas de educação sexual e local de moradia antes de entrar na universidade. Sob o aspecto de comportamento sexual, foram avaliados a idade de início de atividade sexual, uso de métodos anticoncepcionais, número de parceiros sexuais e uso de preservativo na prevenção DST/AIDS. Foram sujeitas de pesquisa todas as estudantes matriculadas nos referidos setores, com idade entre 18 e 24 anos completos. A amostra final foi constituída por 572 estudantes em Curitiba e 395 em Cascavel. O instrumento de coleta de dados foi um questionário auto respondido na própria sala de aula das estudantes. Criou-se e estruturou-se um banco de dados no Data Entry do SPSS. A análise dos dados foi feita pelo mesmo programa, utilizando o teste do qui-quadrado de Pearson e Yates, teste do "p" de Wilcoxon-Gehan, análise bivariada e múltipla dos dados com regressão logística. Quanto aos resultados, observou-se que as estudantes de Cascavel têm um relacionamento familiar mais harmonioso (82%), maior religiosidade (47% freqüentavam culto religioso três ou mais vezes/mês), a maioria morava em outra cidade antes do início da faculdade (74%), passando a morar sozinha ou com amigas (56%). Quanto ao comportamento sexual a única diferença significativa encontrada foi o início mais tardio no uso de métodos anticoncepcionais entre as estudantes de Cascavel (aos 8-9 meses de atividade sexual). Cerca de 51% das estudantes pesquisadas de Curitiba e Cascavel, com vida sexual ativa, têm conduta considerada como sexo inseguro, que está associada as variáveis morar com pais e/ou parceiro, baixa religiosidade e maior idade. Concluindo: houve diferença significativa nas características sócio-demográficas e comportamentais entre as estudantes das duas cidades. O comportamento sexual foi semelhante com exceção do início mais tardio no uso de métodos anticoncepcionais pelas estudantes de Cascavel. Menor idade, bom relacionamento familiar, maior freqüência a culto religioso se associaram à conduta de abstinência sexual. As estudantes que participaram em aulas de educação sexual tiveram uma conduta de abstinência em maior proporção que aquelas que não tiveram; no entanto, entre as estudantes sexualmente ativas houve predomínio de conduta de sexo inseguro.

## ABSTRACT

The objective of this study was to compare the sexual behavior and the factors associated with high-risk sexual behavior of female students at the Department of Health Sciences of the Federal University of Paraná with that of students in the Department of Biological and Health Sciences at the Cascavel Campus of the State University of Western Paraná. The research project was presented to and approved by the IRB of the *Hospital de Clínicas* of the Federal University of Paraná on May 25, 2001. The students were evaluated with respect to age, family relationship, religiousness, participation in sex education classes, and place of residence before beginning university. With respect to sexual behavior, the following aspects were evaluated: age at initiation of sexual activity, use of contraceptive methods, number of sexual partners and use of condoms for the prevention of STI/AIDS. All female students between 18 and 24 years of age, who were enrolled in the respective departments, were included in the study. The final sample comprised 572 students in Curitiba and 395 in Cascavel. The instrument used for data collection was a questionnaire self-responded in the classroom by the students. A data bank was created and structured using SPSS data entry system. Data analysis was carried out using the same program, as well as Pearson's and Yates' Chi-Square Tests, Wilcoxon-Gehan Test, and bivariate and multiple analyses of the data with logistic regression. The results of this study showed that the students at the Cascavel Campus were more likely to have a harmonious family relationship (82%), were more likely to be religious (47% attended some kind of religious ceremony three or more times a month) and the majority lived in another city before commencing university (74%), after which they lived alone or with friends (56%). Regarding sexual behavior, the only significant difference found was the later adoption of contraceptive methods by the students at the Cascavel campus (at 8-9 months after initiation of sexual activity). Around 51% of the students in this study both in Curitiba and in Cascavel, who had an active sex life, were found to have behavior that could be characterized as unsafe sex. This behavior was found to be associated with the variables of living with their parents and/or partner, low level of religiousness, and older age group. In conclusion, there was a significant difference in the socio-demographic and behavioral differences between the students in the two different cities. Sexual behavior was similar with the exception of the later initiation of use of contraceptive methods among students in Cascavel. Lower age, good family relationship and greater attendance at religious services were all factors associated with sexual abstinence. The students who participated in sex education classes were more likely to practice sexual abstinence than those who had not. However, among those students who were sexually active, unsafe sex was a predominant behavior.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo SILVA (1989) o conceito “sexo” seria referente à divisão dos seres em dois tipos básicos, macho e fêmea, assim como tudo o que está relacionado ao funcionamento genital. Enquanto que a “sexual” o ato que reúne esses seres diferentes, podendo ser reprodutivo ou não. De qualquer modo esta conceituação seria limitada somente ao aspecto biológico.

Tornou-se então necessária a criação de um novo vocábulo que pudesse expressar algo muito maior: identidade sexual (vivência em termos de autoconsciência e comportamento, é a convicção de pertencer ao sexo masculino ou feminino); papel sexual (comportamento considerado típico ou apropriado para o sexo masculino ou feminino numa determinada cultura, é a expressão pública da identidade sexual – MONEY ; TUCKER, 1981); papel familiar e papel social; auto-imagem corpórea; atratividade, sensualidade e erotismo; afeição, intimidade e amor; relacionamentos (OKAWARA, 1993).

O conceito *sexualidade* somente apareceu no decurso do século XIX, quando se reuniram num todo os componentes genitais de numerosos comportamentos, visto que o caráter genital é só um aspecto fragmentário do mesmo. Antes desta data, o adjetivo sexual não é encontrado nem na Bíblia, Homero, Shakespeare, Marx ou Lenin (USSEL, 1975).

Poucas palavras se revestem de um potencial tão rico e tão provocativo quanto a palavra *sexualidade*. Seja falada ou escrita, possui o estranho poder de mobilizar uma onda de sentimentos contraditórios e de interrogações desconcertantes. Poucas realidades exercem tanto fascínio sobre os seres humanos quanto sua própria sexualidade. A presença de temas sexuais na multiplicidade de publicações dos mais diversos gêneros literários, a multiplicidade de obras-de-arte, são um testemunho incontestado deste fascínio (MOSER, 2001).

Um exemplo claro desse fascínio com a sexualidade é a obra de um dos grandes pensadores do século passado, Sigmund Freud.

Ao iniciar a Psicanálise, Sigmund Freud propôs um modelo dinâmico da estruturação da personalidade: Id, Ego e Superego. Ao definir libido como uma fonte original de energia afetiva, que mobiliza o organismo na perseguição de seus

objetivos, Freud cria um modelo de desenvolvimento infantil como uma etapa psicosexual de desenvolvimento. Isto pode ser melhor explicado como se em cada fase de desenvolvimento a organização da libido estivesse em torno de uma zona erógena, dando uma fantasia básica e uma modalidade de relação de objeto. Portanto, a libido é uma energia voltada para a obtenção de prazer, é uma energia sexual (RAPPAPORT; FIORI; DAVIS,1981).

Para Freud, toda relação é de natureza sexual, já que nela é procurada, de alguma forma, a obtenção de um determinado tipo de prazer. O homem está em constante busca da felicidade (realização do princípio de prazer), no entanto, a vida em sociedade muitas vezes obriga a repressão deste instinto. Em consequência desta repressão, a energia bloqueada pode reaparecer sob forma de doença ou sintomas (COSTA,1986).

O processo de pleno desenvolvimento do adulto normal, ou fase genital da psicanálise, não tem limites precisos, apesar de que sob o ponto de vista biológico, há marcadores que facilitam a determinação de seu início, mas não existe a mesma precisão para indicar seu fim. E é durante este processo de desenvolvimento físico e psico-social do ser humano, que existe uma fase muito especial denominada puberdade e adolescência.

Puberdade é um processo biológico que inicia, aproximadamente, entre nove e catorze anos e é caracterizada pelo surgimento de uma atividade hormonal que desencadeia o aparecimento dos caracteres sexuais secundários. O término da mesma seria com o fim do crescimento físico e o amadurecimento gonadal (que permite a plena execução das funções reprodutivas) em torno dos 18 anos, coincidindo com a soldadura das cartilagens de conjugação das epífises dos ossos longos, o que determina o fim do crescimento esquelético (OUTEIRAL,1994).

Segundo o Seminário Latino Americano sobre Saúde do Adolescente, realizado no Rio de Janeiro em 1977, (VITIELLO,1988) “adolescente é o indivíduo que se encontra em fase peculiar de transição biopsicossocial, período este caracterizado por transformações biológicas em busca de uma definição de seu papel social, determinado pelos padrões culturais de seu meio.”

No modelo sócio-cultural atual, o conflito que se torna mais evidente neste processo de mudança é aquele relacionado com a sexualidade das adolescentes.

ERIKSON citado por TONELLO (1984), diz que este conflito é inevitável, pois elas estão em um estágio da vida em que o corpo se transforma radicalmente, a puberdade genital inunda este corpo e o psíquico, com toda a espécie de impulsos, a intimidade sexual se inicia (muitas vezes por imposição cultural), e o futuro imediato coloca à frente delas inúmeras possibilidades, entre as quais elas têm que decidir correta e urgentemente.

E assim, na busca do exercício pleno de sua sexualidade, a adolescente se depara frente a uma série de novas situações que culminam com o início precoce da atividade sexual. Este relacionamento precoce com orientação inadequada ou ausente a respeito de métodos contraceptivos, tem levado a um crescente número de gravidezes indesejadas e abortamentos provocados, com repercussões emocionais, orgânicas e socioeconômicas importantes.

Mas a gravidez não desejada não é a única consequência da sexualidade precoce e não protegida entre adolescentes.

EISENSTEIN e FAGIM (1991) assinalam que os adolescentes chegam a apresentar índices de infecção por doenças sexualmente transmissíveis, duas a três vezes superiores aos observados em homens e mulheres com idade superior a 20 anos. Ainda segundo EISENSTEIN e FAGIM (1991), GIORDANO (1996) e POPULATION REPORTS (2001) nas adolescentes estes números podem ser atribuídos a alta prevalência de ciclos anovulatórios nos primeiros 2 anos após a menarca e conseqüentemente baixos níveis de progesterona, levando a um muco cervical mais fluido, com o orifício cervical externo mais aberto e a junção escamo-colunar mais exteriorizada, facilitando o estabelecimento e disseminação destas doenças. Estes fatores biológicos podem ser associados ao pensamento mágico de invulnerabilidade tão próprios desta idade.

Nos Estados Unidos, 25% dos casos de DST ocorrem em adolescentes, mas ao se calcular a incidência das DST pelo número de pessoas sexualmente ativas, é verificado que a prevalência das DST nessa faixa etária é muito maior do que na população adulta (MARTINS, 1996).

No Brasil, poucos são os dados disponíveis a respeito das DST na adolescência, pois embora de notificação obrigatória, poucos são os médicos que o fazem. Este fator, associado ao alto índice de auto medicação, torna o problema

ainda maior, já que a maioria dos casos não recebem orientação e tratamento adequados, tornam-se sub-clínicos, permanecendo na cadeia de transmissão de DST.

Além dos fatores acima citados, existem pesquisas que demonstram que as adolescentes que iniciam precocemente sua atividade sexual terão na sua vida sexual futura um maior número de parceiros sexuais e, portanto, um maior risco de adquirir doenças sexualmente transmitidas, o que poderá não somente influenciar na sua fertilidade, mas também aumentar a suscetibilidade para adquirir uma infecção pelo HIV (SVENSON; CARMEL; VARNHAGEN, 1997; SHORT, 1998).

A partir desta análise torna-se importante pesquisar o uso ou não de métodos anticoncepcionais, o uso de preservativos como método de prevenção de DST e outros aspectos da conduta sexual de jovens, levando em consideração o nível de escolaridade; pois, embora os estudos demonstrem ser menor a incidência de DST/AIDS entre adolescentes de nível universitário, estes ocorrem, e em número considerável. Muitos estudos indicam que não é a falta de informação sexual a causa de gravidezes precoces e indesejadas, o aumento nos casos de DST entre as adolescentes e o precário exercício da sexualidade; mas sim a forma como a mesma é transmitida às adolescentes.

Pouco se sabe sobre a conduta sexual de jovens do sexo feminino que estudam nas universidades brasileiras e, menos ainda, no Estado do Paraná. Teoricamente, por possuírem um nível de informação melhor, deveriam ter condutas de menos risco que adolescentes e jovens com menor educação. É possível, ainda, que alguns fatores associados ao relacionamento afetivo da estudante dentro de sua família, aspectos religiosos, ter sua família em domicílio diferente que a cidade onde estuda e outros, possam estar relacionados ao início de uma atividade sexual precoce e a um comportamento sexual de risco.

Ademais, é possível que existam diferenças no exercício da sexualidade entre estudantes universitárias que moram em uma capital, quando comparadas com aquelas que moram em uma cidade do interior do Estado. As estudantes universitárias de uma cidade grande estariam mais expostas no seu cotidiano a um volume maior de informações sexuais, tanto nos aspectos positivos como nos negativos. Estas estudantes seriam forçadas a enfrentar numa idade mais precoce

um número maior de responsabilidades, tais como uma carga de atividades extracurricular mais acentuada e a ausência dos pais dentro dos lares determinada pelo fator socioeconômico. Estes fatores poderiam predispor a que elas, devido ao contato maior com jovens de nível sócio-cultural e vivências diferentes, pudessem desenvolver um comportamento sexual mais liberal.

Será que o conhecimento adquirido em cursos nos quais, ao menos teoricamente, a saúde do ser humano é a principal meta, estaria sendo utilizado para uma vida sexual mais saudável? Será que existe diferença no comportamento sexual entre estudantes de uma capital e uma cidade do interior? Será que a família, religião, o local de moradia têm realmente influência na conduta sexual? Será que existe associação entre a orientação sexual recebida e a conduta sexual das estudantes?

Com a finalidade de responder a estas perguntas e obter subsídios que contribuam a orientar iniciativas de redução do risco de gravidez não planejada e de doenças sexualmente transmissíveis, é que foi proposta esta pesquisa.

Conhecer o comportamento sexual de uma população de estudantes universitárias é de particular interesse por se tratar de futuros profissionais que em poucos anos estarão trabalhando com crianças e outros adolescentes, servindo de modelo e propagando conhecimentos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Comparar o comportamento sexual e fatores associados à conduta sexual de risco entre estudantes do sexo feminino do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná com aquelas das estudantes do Setor de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus Cascavel.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Comparar características sócio-demográficas e comportamentais entre as estudantes.
2. Comparar o comportamento sexual entre as estudantes.
3. Avaliar a associação entre características das estudantes, com a conduta sexual.
4. Avaliar a associação entre a existência e eficácia de aulas de educação sexual e a conduta sexual.
5. Avaliar quais das variáveis estudadas mantêm sua correlação com a conduta sexual após controlar por todas as outras variáveis (análise multivariada).

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 ADOLESCÊNCIA

O termo *adolescere* tem suas raízes na civilização greco-romana que empregava o verbo *adolere* para designar arder, queimar. Este verbo inclui o prefixo *ad*, que indica direção (*em direção a*). *Dolere* é a raiz da palavra, que se traduz por *sofrer uma dor, lamentar, estar triste*. Então *adolescere* significa *ir em direção à dor, ou ir em direção ao que arde, que queima* (PINHEIRO; MOURA, 2000).

Em termos cronológicos absolutos, segundo a Organização Mundial da Saúde, a adolescência inicia aos 10 anos e termina aos 20 anos(SOUZA et al,1999).

Sociologicamente, segundo CAVALCANTI(1988), a adolescência termina quando o grupo social atribui ao indivíduo o “status”, o papel e a função social de adulto. A partir daí é cortado o vínculo de dependência familiar e a sociedade o torna legalmente responsável pelos atos que pratica. Sob o ponto de vista psicológico, a adolescência termina quando o indivíduo atinge a “maturidade psicológica” e passa a assumir as responsabilidades e atitudes da vida adulta.

O término da adolescência, segundo OSÓRIO (1989), ocorreria na classe média brasileira por volta dos 25 anos, com variações consoantes às condições sócio-econômicas da família de origem do adolescente. Para determinar o término da adolescência, o autor estabelece uma série de fatores de natureza sócio-cultural:

- formação de uma identidade sexual e possibilidade de estabelecer relações afetivas estáveis;
- capacidade de assumir compromissos profissionais e manter-se (independência econômica);
- aquisição de um sistema de valores pessoais (moral própria); e
- relação de reciprocidade com a geração precedente (sobretudo com os pais).

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas citado em HALBE, MANTESE e FREITAS (1993) considera a adolescência inicial na faixa etária entre 10 e 15 anos e a adolescência tardia entre 16 e 19 anos. Estes mesmos autores

ainda referem KENNISTON, que define um novo estadio no ciclo vital denominado juventude, que seria uma ponte entre a adolescência e a maturidade (entre 15 e 25 anos de idade).

ABERASTURY et al. (1983) comparam a revolução psicológica da adolescência a um processo de luto, pois a adolescente tem de elaborar a perda do corpo infantil, da identidade infantil, da bissexualidade e dos pais da infância. Este conceito de luto veicula idéias de perdas reais ou simbólicas.

A adolescente tem que sair do mundo mágico infantil para o mundo real do adulto, carregando junto sua emoção e, às vezes, sem saber ao certo o que fazer com ela. Ao mesmo tempo em que tem necessidade de intelectualizar e fantasiar para diminuir sua ansiedade, a adolescente transita entre o pensamento mágico, fabulador da infância e o pensamento baseado na evidência de fatos reais. A criança que sempre esperava pelo extraordinário, pela intervenção da fada que modifica o panorama da logicidade e da fatalidade dos acontecimentos, passa a procurar as relações de causa e efeito no que ocorre a seu redor (ABERASTURY; KNOBEL, 1992).

Nesta fase de transição, não é fácil para a adolescente se deparar com decisões tão sérias e de tanto peso em sua vida, todas elas revestidas com muita emoção, tais como: preparação profissional e independência econômica; formação de atitudes maduras para com o sexo e estabelecimento de interesses heterossexuais impostos pela sociedade em que vive, muitas vezes não refletindo a sua realidade; busca do significado e finalidade da vida; descoberta do seu "eu" e de seu lugar no mundo; independência do lar e estabelecimento de novas relações fora do grupo familiar.

SOUZA (1991) refere que, aliado a todos estes fatores, existe ainda a pressão do grupo de iguais, que muitas vezes as obrigam a assumir determinados tipos de conduta que podem não estar coerentes com seus sentimentos. Há a necessidade de experimentar novas sensações e, entre estas, está a sexualidade, uma grande energia que mobiliza a adolescente, que a impulsiona para a vida, para o outro.

CARVAJAL (1993) refere que a situação mais marcante e central da metamorfose adolescente seria a crise de identidade, a crise de autoridade e a crise

sexual, sendo esta última a mais angustiante e complexa. Esta crise sexual consistiria na reorganização do erotismo, na transformação de uma estrutura infantil do funcionamento erótico em uma estrutura adulta do mesmo.

CAMPOS (1998) cita a identificação com o grupo de iguais como uma importante fonte de segurança para o adolescente. O adolescente vive em uma cultura de jovens que possui um conjunto de valores, padrões e normas de comportamento distintos do que é habitual no resto da sociedade.

Segundo LINS (2000) a adolescência como é conhecida nos dias atuais é um fenômeno historicamente demarcado, fruto das sociedades de organização mais complexa. Também está ligada às características sócio-econômicas, pois é mais marcante nos jovens de classe média e alta. Nas classes economicamente desfavorecidas a necessidade básica é a sobrevivência, então as crianças são lançadas no mundo adulto sem as condições necessárias para enfrentar novos desafios, porém tendo que encontrar soluções. Estas crianças não vivem a adolescência, apenas fingem estar nesta fase.

POPULATION REPORTS (2001) refere ao pensamento tão comum entre as adolescentes de "invulnerabilidade" decorrente da imaturidade social, emocional e psicológica. As jovens tendem a adotar um comportamento mais arriscado sem se dar conta do perigo, crendo que DST/AIDS ou uma gravidez somente ocorreria com suas amigas, nunca com elas próprias. Esta atitude leva muitas delas a ignorarem o risco de infecção, não tomando as medidas preventivas adequadas.

### 3.2 IDADE DE INÍCIO DE ATIVIDADE SEXUAL

Tem sido observado um início de atividade sexual cada vez mais precoce entre as adolescentes, o que poderia estar relacionado à idade da menarca que está sendo, também, cada vez mais cedo. Nos países mais desenvolvidos estaria entre 11 e 12 anos, enquanto que no Brasil entre 12 e 13 anos.(FRAZÃO, MARTINS,1997; SOUZA et al.,1999)

A idade de início de atividade sexual parece estar relacionada também a fatores sócio-culturais, no entanto, a comparação dos dados relatados por distintos autores é praticamente impossível, porque não correspondem a dados populacionais

e sim às amostras de uma parcela da população selecionada, com os critérios mais variados, e utilizando indicadores diferentes.

Cerca de 63% das adolescentes pesquisadas por BRUNO et al. (1992) no Serviço de Planejamento Familiar da Universidade do Ceará haviam iniciado sua vida sexual antes dos 15 anos.

As pesquisas com as adolescentes grávidas RODRIGUES et al. (1993) encontraram que 53% das adolescentes do Serviço de pré-natal do Hospital Maternidade Alexander Fleming, no Rio de Janeiro, iniciaram sua vida sexual entre 15 e 16 anos.

No entanto, SILVA et al. (1996) referiram uma idade média mais baixa, 14,6 anos, com um grupo de adolescentes que participavam do setor de Planejamento Familiar no Ceará, sendo que 85% delas haviam iniciado entre 11 e 16 anos.

Para FRAZÃO e MARTINS (1997), 60% das adolescentes com idade menor ou igual a 19 anos que tiveram parto no setor da Clínica Obstétrica do Hospital Universitário de São Luís (Maranhão) tinham iniciado vida sexual entre 12 e 15 anos, e o restante acima dos 16 anos.

As pesquisas entre adolescentes de segundo grau mostraram discordâncias quanto à idade de início de atividade sexual, dependendo da cidade/país de moradia e do nível socioeconômico das estudantes.

VITIELLO e CONCEIÇÃO (1988) encontraram a mesma idade média de 15 anos em dois grupos distintos, porém com a mesma faixa etária de 13 a 18 anos. O primeiro era de adolescentes de sua clínica privada em São Paulo, e o segundo, de adolescentes de baixo nível sócio-econômico-cultural (a maioria de favelas), atendidas no PAMPA (Projeto de Assistência Médica e Psicossocial à Adolescência).

SULAK e HANEY (1993), ao estudar adolescentes do segundo grau nos EUA na faixa etária de 15 a 19 anos, referiram maior aumento de atividade sexual entre as jovens brancas, pois em 1970, cerca de 46% das adolescentes negras e 26,7 das brancas tinham atividade sexual. Em 1988 esta proporção aumentou para 59% e 51% respectivamente.

CORDEIRO e TEMPORINI (1997) pesquisaram adolescentes do segundo grau de escolas estaduais do município de São Paulo-SP, mostrando que 42% das adolescentes na faixa etária de 14 a 16 anos já tinham iniciado vida sexual.

Na esfera internacional o PROGRESS (1997) referiu uma idade média bem superior à encontrada no Brasil. Assim, na Tailândia, a idade era de 17.6 anos entre as jovens de áreas rurais; enquanto que de 19 anos na Nigéria. No Vietnam esta idade era ainda superior: 19.5 anos.

FERREIRA et al. (1998), ao pesquisar adolescentes de primeiro e segundo graus de um colégio estadual de Niterói-RJ, na faixa etária de 15 a 19 anos, mostrou que 24% das adolescentes tiveram o início de atividade sexual entre 14 e 16 anos, e 8,6% dos 17 aos 19 anos.

DE LUCA et al. (1998) encontraram uma idade média de 15.4 anos entre adolescentes de segundo grau de um colégio de classe média do interior de São Paulo.

BEMFAM (1999), pesquisando as jovens brasileiras na faixa etária de 15 a 24 anos, encontrou uma idade mediana de início de atividade sexual aos 16.7 anos em 1986, sendo que dez anos mais tarde esta idade passou para 16.4.

OLINTO e GALVÃO (1999) pesquisando mulheres na zona urbana de Pelotas-RS, encontraram 45% das adolescentes na idade de 15-19 anos com atividade sexual, aumentando para 84% entre 20-24 anos.

AGGARWAL, SHARMA e CHHABRA (2000) pesquisaram adolescentes do segundo grau na Índia, com idade entre 17-25 anos, sendo que apenas 5% das mulheres tinham atividade sexual, com idade média de 17.5 anos.

PROGRESS (2000) referiu idade média inferior de início de atividade sexual com um grupo de adolescentes de segundo grau, sendo que a idade era de 15 anos em Uganda e de 16 anos em Buenos Aires (Argentina) e no Peru.

CEMICAMP (2001) referiu relatório do CEBRAP que estudou mulheres com idade de 16 a 25 anos, mostrando que em 1984 cerca de 13% das adolescentes com idade entre 16-19 anos e 7,7% com idade entre 20-24 anos iniciaram vida sexual antes dos 15 anos. Esta proporção aumentou no ano de 1998 para 32,2% e 16,2% respectivamente.

POPULATION REPORTS (2001) referiu que a atividade sexual entre jovens não casadas na idade de 15 a 19 anos aumentou no período compreendido entre 1991 e 1999, assim sendo no Brasil encontrou 10% em 1991 e 24% em 1999; no

Paraguai 2% e 23% respectivamente. No entanto em alguns locais estes números diminuíram, por exemplo, na Zâmbia: 92% em 1990 e 35% em 1996.

No entanto, a idade de início de atividade sexual entre as jovens universitárias é mais tardia, mas também variando de acordo com a cidade/país de moradia.

TURNER et al. (1988), ao pesquisar estudantes universitárias em Oxford (Inglaterra), encontraram que apenas 6% delas iniciaram atividade sexual entre 14 e 15 anos e 5% acima de 21 anos. A maioria das estudantes, cerca de 89%, iniciou entre 16 e 20 anos.

AURIOLES et al. (1988), ao pesquisar estudantes do primeiro ano de medicina da Universidade do México, encontraram 30% delas iniciando sua vida sexual na faixa etária de 19 a 20 anos.

SOUZA (1991) estudou o comportamento sexual de universitárias em Porto Alegre encontrando a idade média de início de atividade sexual aos 17,5 anos.

FAGUNDES, FARIA e MALC (1993), ao pesquisar estudantes de medicina de Curitiba (PR), encontraram que 55% iniciaram atividade sexual na faixa etária entre 15 e 20 anos e 40% acima de 21 anos.

PROGRESS (1997) encontrou a idade de início de atividade sexual aos 18 anos entre universitárias da Coréia e nas Filipinas aos 18.4 anos, sendo que este último foi o mesmo encontrado por CARNEIRO et al. (1999) entre as estudantes de medicina da Universidade Federal de Pernambuco.

SZEPESVARI et al. (1999) encontraram uma idade média de 18 anos entre estudantes de medicina na Suécia, e 21 anos entre as estudantes da Tanzânia.

Para SIEGEL, KLEIN e ROGHMANN (1999) a idade média de início de atividade sexual foi aos 16.8 anos entre universitárias de New York (EUA). Número semelhante foi encontrado por DILORIO et al. (2000) entre jovens estudantes de algumas universidades americanas (16.6 anos).

FREUNDLICH et al. (2001) pesquisaram universitárias da Faculdade de Ciências da Saúde e Serviço Social da Argentina encontrando uma idade média mais tardia de início de atividade sexual, aos 19 anos.

ZHANG et al. (2001) ao pesquisar universitárias de Beijing (China), encontraram a idade média para início de atividade sexual aos 20 anos.

### 3.3 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

A falta de informação e o uso incorreto dos métodos anticoncepcionais levaram a um elevado número de gestações durante a adolescência, gestações estas, acompanhadas de maior risco, visto que a maioria das gestantes só chega ao pré-natal no terceiro trimestre de gestação (RODRIGUES et al., 1993). Pode ser que este atraso na procura do pré-natal aconteça pela própria negação ou desconhecimento da gravidez, seguido pelo fato de a adolescente querer escondê-la por um tempo mais longo. As conseqüências psicossociais são mais sérias, pois a gravidez na adolescência está intimamente ligada a um ciclo de interrupção escolar e não realização profissional. Na maioria das vezes a gravidez leva a um casamento precoce como solução temporária, que freqüentemente resulta em separação.

CALDEIRA (1993), enumera algumas razões que levam uma adolescente a não praticar uma anticoncepção eficaz: utilização incorreta dos períodos de abstinência devido a alta freqüência de ciclos menstruais irregulares, dificuldades para obter de maneira correta uma anticoncepção eficaz, estimativa incorreta do risco de gravidez, crença de que o prazer diminui com o uso de contraceptivos e o caráter não planejado das relações sexuais.

Embora muitas destas gravidezes não sejam planejadas, podemos dizer que algumas são desejadas, refletindo a vontade de afirmação social da adolescente, através da maternidade, sendo a sua via de acesso à feminilidade. Este fato, talvez, possa ser melhor observado nas adolescentes de nível social inferior, onde a situação social precária dificulta o acesso a bens e serviços essenciais, colocando-as diante de uma possibilidade de proporcionar ao filho o que elas não conseguiram obter (DADOORIAN, 1996).

Estudo realizado nos EUA em 1990 verificou que cerca de 46% das adolescentes com vida sexual ativa usavam contraceptivos orais e 25%, preservativos masculinos, mas 20% não empregavam qualquer meio contraceptivo (GIORDANO et al., 1996). Mais tarde, em 1992, KNOX e BRIGMAN (1993), também nos EUA, encontraram que quase 80% de estudantes universitárias usaram algum tipo de método anticoncepcional na sua última relação sexual. No Brasil, a situação apresentada pelo Ministério da Saúde em 1996 (BRASIL,2001), revela que 46% das

jovens sexualmente ativas não utilizavam nenhum método anticoncepcional, mas 72% deste último grupo manifestaram vontade de utilizá-los.

RODRIGUES et al. (1993) mostraram que 60% das adolescentes de pré-natal do Hospital Maternidade Alexander Fleming (INAMPS) no Rio de Janeiro não haviam utilizado qualquer método anticoncepcional anteriormente. Segundo FRAZÃO e MARTINS (1997), esta proporção aumentou em 1997 para 80% entre adolescentes com idade igual ou inferior a 19 anos que tiveram partos no Setor da Clínica Obstétrica do Hospital Universitário de São Luis (Maranhão).

O uso de algum método anticoncepcional entre as adolescentes na primeira relação sexual foi pesquisado pelo PNSMIPF em 1986 (BEMFAM,1999), com adolescentes na faixa etária de 15-24 anos, onde somente 15% delas fizeram uso de algum método anticoncepcional na primeira relação pré-marital. Alguns anos mais tarde, segundo o PNDS (1996) esta proporção aumentou para 33% (BEMFAM, 1999).

Na literatura internacional, PROGRESS 1997, refere que estudos com universitárias nas Filipinas mostram que 50% delas usaram algum MAC na primeira relação sexual, e o uso atual continua o mesmo. Proporção pouco menor foi encontrada na Coreia: 40% fizeram uso de algum MAC na primeira relação sexual, e 48% faz uso atualmente.

Quanto ao uso de algum método contraceptivo na última relação sexual, FAGUNDES, FARIA e MALC (1993), ao pesquisar estudantes de medicina de uma determinada faculdade de Curitiba, encontraram que 80% delas fizeram uso. No mesmo ano, KNOX e BRIGMAN (1993) referiram que em 1982 igual número das estudantes da Universidade da Carolina do Norte (EUA) fizeram uso, no entanto, em 1992 esta proporção caiu para 76%.

SULAK e HANEY (1993) mostraram que 45% das adolescentes de ensino de segundo grau com idade entre 15-19 anos nos EUA faziam uso de algum tipo de MAC, porém 25% referiram não ter usado nenhum MAC na última relação sexual.

OLINTO e GALVÃO (1999) mostraram que 80% das jovens da zona urbana de Pelotas na faixa etária de 15-24 anos vêm utilizando algum MAC.

PROGRESS (2000) mostra que no Quênia o uso de algum MAC entre jovens de 12-21 anos de uma escola secundária da área urbana é de apenas 10%,

enquanto que na área rural é de 39%. Em Buenos Aires (Argentina) cerca de 97% das jovens com idade entre 13-19 anos nos últimos três anos da escola fazem uso de alguma forma de anticoncepção, porém somente 62% o fazem de forma constante. No Chile apenas 12% das jovens com idade abaixo de 20 anos em regiões urbanas fazem uso regular de algum MAC.

Ao pesquisar o uso corrente de algum método contraceptivo entre jovens universitárias números diferentes são encontrados. TURNER et al. (1988) encontraram 74% das estudantes de Oxford (Inglaterra) fazendo uso.

PNDS em 1996 (BEMFAM,1999) encontrou que 50% das jovens com escolaridade igual ou superior a doze anos faziam uso de algum método anticoncepcional.

PROGRESS (2000) mostrou que na Nigéria o uso entre universitárias com idade entre 15-24 anos é de 31%, enquanto que nas Filipinas esta proporção aumenta para 56%.

FREUNDLICH et al. (2001), ao estudar universitárias da Faculdade de Ciências da Saúde e Serviço Social da Argentina, encontraram 63% usando preservativo, 47% anticoncepcional oral e 12% coito interrompido (uso simultâneo dos métodos).

POPULATION (2002) refere a dificuldade que países menos desenvolvidos têm na importação e fontes de financiamento externo para adquirir seus anticoncepcionais, com exceção da China, Índia e Brasil. Como consequência do crescimento populacional dos países menos desenvolvidos nos últimos anos, o número de jovens iniciando sua vida reprodutiva é muito grande, superando um bilhão na faixa etária de 15-24 anos, o que implicará num maior problema financeiro para compra e capacidade logística dos métodos anticoncepcionais.

### 3.4 USO DE PRESERVATIVO

O uso de preservativo como protetor de DST/AIDS e/ou método anticoncepcional é referido em várias pesquisas, mas também com diferenças de resultados e aceitabilidade de acordo com a população estudada.

SULAK e HANEY (1993) mostraram que o uso de preservativo entre adolescentes de escola secundária nos EUA foi inferior a 50% na última relação sexual.

CHICRALA et al. (1997) encontraram o uso de preservativo entre 36% das adolescentes com idade entre 12-24 anos atendidas em um ambulatório de atenção primária do NESSA (Núcleo de Estudos da Saúde e do Adolescente), no Rio de Janeiro. CORDEIRO e TEMPORINI, no mesmo ano, encontraram igual proporção no uso de preservativo sempre, entre as adolescentes de segundo grau de escolas estaduais do município de São Paulo-SP, com idade de 14-16 anos, enquanto que houve um decréscimo entre as jovens com idade 20-22 anos, cerca de 27%.

FERREIRA et al. (1998) mostraram que 24% das adolescentes do primeiro e segundo grau de um colégio estadual de Niterói-RJ, com idade entre 15-19 anos, faziam uso de preservativo.

OLINTO e GALVÃO (1999) encontraram apenas 10% das jovens na zona urbana de Pelotas-RS, com idade entre 15-24 anos, fazendo uso do preservativo.

PNSMIPF em 1986 (BEMFAM,1999) referiu o uso de preservativo na primeira relação sexual por apenas 3,8% das jovens na faixa etária de 15-24 anos.

Segundo a PNDS em 1996 (BEMFAM,1999), o uso de preservativo na primeira relação sexual foi de 51% entre as jovens com idade inferior a 18 anos e de 49% entre aquelas com idade entre 20-24 anos. No entanto, o uso de preservativo na última relação sexual foi de 34% nas jovens com escolaridade igual ou superior a 12 anos, e menor, cerca de 25%, entre aquelas com escolaridade entre 9-11 anos.

Ao pesquisar jovens universitárias, TURNER et al. (1988) mostraram que 45% das estudantes de Oxford (Inglaterra) utilizaram preservativo na primeira relação sexual em 1977, proporção que caiu para 36% em 1987. O uso do preservativo na última relação sexual foi de 16% em 1977 e aumentou para 19% em 1987.

No entanto, DEBUONO et al. (1990) referiram que o uso do preservativo entre estudantes universitárias americanas teve um aumento maior, sendo de 12% em 1975 e 41% em 1989.

SVENSON e VARNHAGEN (1990) encontraram 50% dos universitários pesquisados na Universidade de Alberta (Canadá) fazendo uso de preservativo, não referindo, porém, a constância de uso.

FAGUNDES, FARIA e MALC (1993) mostraram que o uso do preservativo na primeira relação sexual de estudantes de medicina de Curitiba (Paraná) era de 22,5%, caindo para 18% na última relação sexual.

KNOX e BRIGMAN (1993) referiram proporção menor no uso de preservativo na última relação sexual, cerca de 15%, entre universitárias da Carolina do Norte (EUA).

SVENSON, CARMEL e VARNHAGEN (1997) referiram o uso de preservativo na primeira relação sexual por 31% das estudantes universitárias de Israel e 23% entre as universitárias nos EUA. PROGRESS (1997) mostrou que na Coreia cerca de 40% das universitárias fizeram uso de preservativo na primeira relação sexual e 48% na última relação. Na Nigéria, cerca de 17% das adolescentes têm sexo com parceiro ocasional sem uso de preservativo.

Ainda SVENSON, CARMEL e VARNHAGEN (1997) fizeram uma revisão sobre conhecimento, atitudes e comportamento de estudantes universitárias sobre HIV/AIDS, mostrando que o uso do preservativo entre adolescentes e jovens varia entre 10 a 66%.

POULSON et al. (1998) encontraram que 13% dos estudantes de uma universidade no sudeste dos EUA (sendo que 61% eram mulheres) nunca fizeram uso de preservativo em suas relações sexuais, enquanto que 27% referiram o uso consistente.

NAJEM e OKUZU (1998), ao pesquisarem estudantes de medicina, encontraram o uso constante de preservativo entre 11% das estudantes de Benin (Nigéria) e 30% em New Jersey (EUA), enquanto que o não uso é de 49% e 31% respectivamente.

CARNEIRO et al. (1999) encontraram apenas 13% das estudantes da faculdade de medicina da Universidade Federal de Pernambuco fazendo uso sistemático de preservativo.

SIEGEL, KLEIN e ROGHMANN (1999), ao estudar universitários de New York, entre os quais 60% eram mulheres, encontraram que 68% faziam uso de

preservativo. Número pouco menor, 60% foi encontrado por HARDING et al. no mesmo ano, entre estudantes universitários da Nigéria.

POPULATION REPORTS (1999) referiu que o percentual de mulheres com idade de 15-24 anos, não casadas, em países na região do sub-Saara da África que declararam o uso de preservativo em sua última relação sexual era de 2 a 18%. Esta mesma edição ressaltava a imagem negativa do uso do preservativo em determinadas comunidades: associação com sujeira, ao sexo ilícito, à infidelidade e ao comportamento sexual imoral.

AGGARWAL, SHARMA e CHHABRA (2000), em pesquisa realizada entre estudantes universitárias na Índia, com idade entre 17-25 anos, mostraram que 32% delas nunca fizeram uso de preservativo e que 52% usa regularmente.

DILORIO et al. (2000) encontraram que apenas 10% de universitários americanos nunca fizeram uso de preservativo, e quase 60% fizeram uso em todas ou quase todas as relações sexuais.

PELTZER (2000) pesquisou estudantes do primeiro ano de Psicologia da Universidade do Norte da África do Sul e encontrou que, entre as mulheres, 33% sempre usava preservativo, 22% na maioria das relações e 33% nunca usando.

BOSOMPRA (2001), ao pesquisar estudantes da Universidade de Ghana, encontrou 93% dos sexualmente ativos usando preservativo. Neste mesmo estudo o autor refere outras pesquisas em que cerca de 30% dos universitários nunca fizeram uso de preservativo.

ZHANG et al. (2001) encontraram que pouco mais da metade dos universitários de Beijing (China), cerca de 66% fazendo uso de preservativo.

### 3.5 NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS

São poucas as pesquisas com adolescentes do ensino médio ou segundo grau quanto ao número de parceiros sexuais.

SULAK e HANEY (1993) encontraram que pouco mais da metade das adolescentes de escola secundária nos EUA, com atividade sexual, tiveram dois ou mais parceiros sexuais.

FRAZÃO e MARTINS (1997) encontraram 52% das adolescentes com apenas um parceiro e 25% com dois parceiros entre adolescentes com idade igual ou inferior a 19 anos que tiveram partos no Setor de Clínica Obstétrica do Hospital Universitário de São Luis (Maranhão).

AURIOLES et al. (1988), em pesquisa realizada com estudantes de medicina da Universidade do México, e TURNER et al. (1988) com universitárias de Oxford (Inglaterra), mostraram que cerca da metade das estudantes com vida sexual ativa tiveram dois ou mais parceiros sexuais.

DIAZ et al. (1991), ao pesquisar jovens universitárias da UNICAMP (Campinas-SP), encontraram que antes do conhecimento da AIDS, cerca de 4,3% das estudantes tinham múltiplos parceiros sexuais e 2,1% após o conhecimento da AIDS.

NAJEM e OKUZU (1998), ao pesquisar estudantes de medicina de ambos os sexos, encontraram que em Benin (Nigéria) 24% tiveram mais de um parceiro nos últimos 12 meses, enquanto que em New Jersey (EUA), 18%.

SZEPESVARI et al. (1999), em pesquisa realizada entre estudantes de medicina na Tanzânia e na Suécia, encontraram que a maioria das estudantes teve apenas um parceiro sexual nos últimos 12 meses, cerca de 56% e 65% respectivamente.

DILORIO et al. (2000) mostraram que universitárias americanas tiveram um número médio de 2.1 parceiros nos últimos 12 meses.

PROGRESS (2000) mostrou que apenas 15% das estudantes universitárias de Ilorin (Nigéria) tiveram 2-3 parceiros nos últimos 12 meses. Enquanto que em Buenos Aires (Argentina), cerca de 15% das estudantes de escola secundária tiveram dois ou mais parceiros sexuais nos últimos seis meses.

### 3.6 GRAVIDEZ E DST NA ADOLESCÊNCIA

A maternidade precoce da adolescente é incompatível com a continuidade dos estudos, fazendo com que, às vezes, seja quase impossível continuar com o sonho de uma educação universitária; o que irá levar a um emprego de menor salário, com uma carga horária maior e menos tempo para estar junto ao seu bebê.

Conseqüentemente, ao seu filho será destinado um crescimento social e educacional também inferior, tendendo a repetir o erro de seus pais, com uma gravidez precoce. (SHORT,1998)

YAZLLE et al. (2002) refere que cerca de 30% das adolescentes grávidas abandonam a escola, e o retorno se dá em menores proporções. Entretanto muitas vezes a evasão escolar precede a gravidez, sendo inclusive um fator de risco para engravidar. Como conseqüência, aquelas que abandonam os estudos não se profissionalizam, gerando um trabalho mal remunerado no futuro.

A literatura existente relaciona a gravidez na adolescência com a desinformação sexual das adolescentes (DADOORIAN,1996). No entanto em países como os EUA, onde há um alto índice de informação sexual para jovens, a gravidez na adolescência ainda tem se destacado como um problema social relevante, pois a cada ano aproximadamente 500.000 jovens com idade inferior a 20 anos se tornam mães e, destas, cerca de 80% não são casadas. Este número corresponde a 13% do número total de nascidos (VENTURA; MATHEWS; CURTIN,1999).

CAVALCANTI, AMORIM e SANTOS (2001) levantam hipóteses para explicar o número excessivo de gestações entre adolescentes: falha no sistema sócio-econômico, ênfase crescente no sexo e na sexualidade pelos meios de comunicação de massa, a idade cada vez mais precoce da menarca e a falta de educação sexual.

DAADORIAN (2002) cita “a gravidez na adolescência pode surgir tanto decorrente do imperativo biológico, isto, é, do impulso na direção de sua capacidade reprodutiva (espécie) como do seu próprio desejo de ter um filho (indivíduo)”.

BRUYN e JOUBERT (2002) referiram um aumento na prevalência de gravidezes indesejadas entre estudantes que moram no campus da Universidade de Free State (EUA), embora preservativos e pílulas/injetáveis anticoncepcionais fossem oferecidos sem custo.

VENTURA, MATHEWS e HAMILTON (2002) referiram que o número de nascidos vivos de adolescentes americanas na faixa etária de 15-19 anos vêm declinando, pois em 1991 era de 62,1 nascimentos por 1000 adolescentes; 51,1 em 1998 e 48,5 no ano de 2000. Estes números variavam de acordo com os estados americanos e a raça, sendo maior entre as adolescentes hispânicas e negras.

No Brasil 26% dos nascidos vivos são filhos de adolescentes (BRASIL, 2003). Dados proporcionados pelo Ministério da Saúde e publicados pelo PROSAD- Programa Saúde do Adolescente ( BRASIL,1996), revelaram que cerca de 25% dos partos realizados no SUS eram de adolescentes na faixa etária entre 15 e 19 anos, e 33% de jovens entre 20 e 24 anos.

Este mesmo programa mostrou que 18% das adolescentes de 15 a 19 anos já haviam ficado grávidas alguma vez e que 49% destes filhos foram indesejados. O fator escolaridade é apontado como importante, visto que 54% de adolescentes sem escolaridade já haviam ficado grávidas.

Segundo fontes do SINASC/CIDS/SESA (PARANÁ,2003) no Estado do Paraná, no ano de 1994, 19,2% dos nascimentos eram de adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, aumentando para 21,5% no ano de 2000, permanecendo inalterado no ano de 2001.

Além de uma gravidez não planejada, as adolescentes que iniciam atividade sexual numa idade mais precoce estão mais expostas as DST/AIDS, pois devido ao pensamento mágico tão próprio desta idade, elas possuem um sentimento de imunidade frente a estas adversidades (POPULATION REPORTS,2001).

As Doenças Sexualmente Transmissíveis são consideradas atualmente o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV, podendo evoluir para complicações severas como a transmissão ao feto durante a gestação, além do impacto psicológico nas adolescentes. Apesar de tudo isto, são agravos que podem ser evitados através da prevenção primária, isto é, uso adequado de preservativos em todas as relações sexuais.

SVENSON, CARMEL e VARNHAGEN (1997) mostraram que um número superior a 250.000 casos de AIDS foram notificados ao Center for Disease Control and Prevention nos EUA, sendo que menos de 1% ocorreram entre 13-19 anos, e cerca de 20% entre 20-29 anos. Devido ao período de incubação médio entre a infecção por HIV e o início da AIDS ser de aproximadamente 10 anos, muitos destes últimos pacientes citados devem ter sido infectados durante sua adolescência. Ainda este mesmo estudo revela que em 1989 a AIDS foi a responsável pela sexta causa de óbitos em adolescentes na faixa etária entre 15-24 anos nos EUA. Cerca de 2/3 destes casos são resultados de comportamento sexual de risco.

POPULATION REPORTS (2001) referiu que ao longo de vinte anos mais de 60 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV, sendo que a metade destas infectou-se quando tinha entre 15 e 24 anos. Calcula-se que 11.8 milhões de jovens com idade de 15-24 anos são portadores do HIV/AIDS. Em alguns países africanos, de cada cinco mulheres jovens, mais de uma vive com o HIV/AIDS.

Segundo o Boletim Epidemiológico AIDS (BRASIL, 2002) do Ministério da Saúde, em 1991 cerca de 4% dos casos de AIDS em indivíduos do sexo feminino eram de adolescentes na faixa etária de 13 a 19 anos, e 17% na faixa de 20 a 24 anos. No ano de 2000 estes números baixaram para 2,6% na faixa etária de 13 a 19 anos, e 11% na faixa etária de 20 a 24 anos. Em 2002 diminuíram ainda mais os casos na faixa etária de 13-19 anos: 2%, no entanto, aumentaram na faixa etária de 20-24 anos: 12% (dados preliminares até 30.03.2002, sujeitos à revisão). A transmissão por via heterossexual era de 39%, aumentando para 68% em 2000.

Ao estudar os casos de AIDS em jovens do sexo feminino com 19 anos de idade ou mais segundo a escolaridade, o Boletim Epidemiológico AIDS (BRASIL,2002) apresentou que em 1991 10% eram de jovens com 8-11 anos de escolaridade e 5.3% com 12 anos ou mais. No ano de 2002 aumentaram os casos na escolaridade de 8-11 anos: 18.4%, mas diminuíram naquelas com 12 anos ou mais: 4.9%. Este dado pode ser um indicador de que o nível de educação e informação poderia ter forte influência na queda de ocorrência de AIDS.

No Estado do Paraná, os dados do SINAN ( PARANÁ, 2003) evidenciaram que 3,6% dos casos de AIDS em mulheres, ocorreram em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos e 15,1% entre as jovens de 20 a 24 anos. Esta estatística é referente aos anos compreendidos entre 1984 a 2002.

Estes mesmos dados mostraram uma relação de 16 homens para 1 mulher no ano de 1986, evoluindo para 2 homens para 1 mulher no ano de 2000, demonstrando ainda o aumento de contaminação através da via heterossexual.

Cascavel, município situado no extremo oeste do Paraná, tem uma população de 256.390 habitantes. Segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde (CASCAVEL, 2003), durante o ano de 1999, 20,5% dos nascidos vivos eram filhos de adolescentes. Em 2002 este número aumentou para 21.5%.

Em relação aos casos de AIDS os dados no ano de 2000 mostraram que na faixa etária de 15 a 19 anos, de quatro doentes, três eram do sexo feminino, enquanto que na faixa etária de 20 a 24 anos, de trinta e um doentes, dez eram do sexo feminino. No ano de 2002 ocorreu um predomínio da ocorrência da doença entre as mulheres: na faixa etária de 10-19 anos foram notificados somente quatro casos de AIDS e todos no sexo feminino. Na faixa etária de 20-34 anos: vinte e três casos do sexo feminino e vinte e dois no sexo masculino (CASCAVEL, 2003).

Curitiba, capital do Estado, tem 1.646.644 habitantes e, de acordo com os dados da Secretaria Municipal da Saúde (CURITIBA, 2003), a percentagem de nascidos vivos de adolescentes no ano de 2000 era 19%, permanecendo inalterado no ano de 2001.

Dados fornecidos pelo CE/CVE/Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (CURITIBA, 2003) informam que Curitiba é a 27<sup>a</sup> cidade brasileira em número de ocorrências de AIDS. Existem 5057 casos notificados de AIDS no município, sendo que os números existentes são idênticos aos do Estado do Paraná: 3.6% dos casos de mulheres estão na faixa etária de 13 a 19 anos e 14.92% na faixa etária de 20 a 24 anos. No entanto a proporção de homens/mulheres é menor: 1.5/1.

Segundo a mesma fonte, no período de 1984 a 1992 Curitiba possuía apenas 15 adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 20 a 24 anos com AIDS. No entanto, somente no ano de 2001 foram notificados 20 novos casos nesta mesma faixa etária.

### 3.7 VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CONDUTA SEXUAL

DE LUCA et al. (1998) pesquisaram adolescentes na faixa etária de 10-20 anos, estudantes de cursos secundário e colegial de escolas públicas e particulares de uma cidade de porte médio do interior de São Paulo, em diferentes períodos: 1979 e 1994. Neste estudo encontraram que o ambiente desfavorável na família, marcado pelo mau relacionamento ou separação dos pais, e pelo sentimento de rejeição dos pais em relação à jovem, induziu a uma atividade sexual prematura.

MCKELVEY et al. (1999), pesquisando estudantes de medicina e enfermagem da Universidade do Oeste da Austrália, encontraram associação entre a maior frequência a culto religioso com o menor número de parceiros.

Vários autores (BALDWIN; BALDWIN,1988; TURNER et al.,1988; MACHADO et al.,1997; PROGRESS,1997; SVENSON; CARMEL; VARNHAGEN, 1997; NAJEM; OKUZU,1998; MCKELVEY et al.,1999; BRUYN; JOUBERT,2002) encontraram que a frequência a um curso universitário não mudou o comportamento sexual das jovens, incluindo o uso de preservativo, número de parceiros sexuais ou a frequência de sexo casual, determinando assim uma conduta sexual insegura.

### 3.8 EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA

Segundo DIAZ et al. (1991), os universitários estariam em um grupo de maior risco pela sua idade, e, justamente por estarem em um grupo com maior esclarecimento é que seriam esperadas as mudanças de condutas mais rápidas, que uma vez estabelecidas, poderiam difundir-se aos outros setores da população.

DADOORIAN (1996), referiu pesquisa realizada por Angeli e publicada no Estado de São Paulo em setembro de 1993, entre adolescentes universitários, com idades entre 18 e 21 anos, ou seja, jovens que têm maior possibilidade de acesso à informação sexual. Esta pesquisa constatou que entre os 62% dos universitários que mantêm vida sexual ativa, 48% conheciam, mas não utilizavam métodos anticoncepcionais.

Segundo MARTIN (2000), a informação é fundamental na prevenção de doenças, sendo uma questão de cidadania, mas não é o único ingrediente presente nessa complexa relação entre saber/conhecer a doença e fazer algo concreto em termos de prevenção. O ideal seria que o discurso da prevenção pudesse se aproximar ao máximo do universo cultural que se pretende atingir.

Entretanto, outras pesquisas sugerem um comportamento sexual entre universitárias que diferem dos acima citados. Assim, SVENSON, CARMEL e VARNHAGEN (1997) referiram que 45-50% de estudantes universitários conheciam o risco de adquirir uma infecção pelo HIV, e que, no entanto, isto não foi o suficiente para promover uma mudança de comportamento sexual. BALDWIN; WHITELEY e

BALDWIN (1990), BRUYN e JOUBERT (2002) sugeriram que o fato de freqüentar uma universidade não altera o comportamento sexual das estudantes, incluindo o uso de preservativos, número de parceiros sexuais ou a freqüência de sexo ocasional.

Talvez o mais importante dos fatores que determine um comportamento sexual saudável possa estar relacionado com a idade e maneira com que a jovem tenha recebido sua educação sexual. Algumas pesquisas sugerem que quanto mais precoce, maior será sua efetividade (SHORT,1998; KAKAVOULIS; FORREST,1999). No entanto, alguns pais se preocupam com a existência da possibilidade desta informação sexual servir como atrativo ou encorajamento para o início de uma vida sexual mais precoce. Esta preocupação não é real de acordo com pesquisas realizadas por SHORT, 1998.

DILORIO et al. (2000) referiram em sua pesquisa que as adolescentes que tinham liberdade para conversar sobre sexualidade com seus pais, eram aquelas com vida sexual mais satisfatória e que mantinham este diálogo com seus parceiros.

As pesquisas parecem indicar que de nada irá valer uma educação sexual que forneça somente dados sobre a anatomia e fisiologia da reprodução, esquecendo a complexidade de sentimentos e emoções que estas adolescentes estão vivenciando. Aos educadores – pais, professores, médicos – lhes é imputada uma tarefa árdua, mas gratificante: é necessário que se procure desde a mais tenra infância liberar os sentimentos de culpa e pecado relacionados à sexualidade, transmitindo conhecimentos que mais tarde irão implicar em uma sexualidade saudável. Aos educadores especializados é exigido um conhecimento profundo sobre a sexualidade humana, a capacidade de discutir com conforto um tema ao mesmo tempo sensível e embaraçoso, e principalmente, conseguir a confiança dos estudantes (KAKAVOULIS; FORREST,1999).

A FEBRASGO, em parceria com o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria, lançou no ano de 2000 o programa “AdoleSer com Saúde”, onde foram criadas oficinas com adolescentes, com o objetivo de um maior conhecimento de sua genitalidade, sexualidade, planejamento familiar, prevenção DST/AIDS e ampliar o conceito de sexo seguro (LOPES,2001).

A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná tem um projeto a ser implantado denominado *Universidaids* (BRASIL,1997). Este projeto consiste em pesquisar DST/HIV/AIDS, voltado a uma população de alunos e servidores das universidades públicas do Paraná, visando: a despertar o interesse de alunos e professores para este tema; à produção de informações para subsidiar o trabalho com a Secretaria de Educação do Estado e do Município (primeiro e segundo graus); a informações sobre o grau de conhecimento da população universitária sobre os aspectos de prevenção de transmissão das DST/HIV/AIDS; a criar e implantar uma disciplina eletiva opcional sobre aspectos essenciais para enfrentar as DST/HIV/AIDS, que seja multidisciplinar e multiprofissional, teórica e prática.

Vários autores referem em seus estudos a implantação de programas de educação sexual nas escolas, que, quando bem orientados, levarão a uma mudança saudável no comportamento sexual (AURIOLLES et al.,1988; VARNHAGEN et al.,1991; DIAZ et al.,1991; KAUTH et al.,1993; KIPKE; BOYER; HEIN,1993; CORDEIRO; TEMPORINI,1997; BRUYN; JOUBERT,2002).

Muitas vezes são as próprias adolescentes que sugerem a necessidade destas aulas de educação sexual (CREPALDI; BUENO,1997; KAKAVOULIS; FORREST,1999; AGGARWAL; SHARMA; CHHABRA,2000).

A eficácia destes programas de educação sexual nas escolas está relacionada à maneira como as informações são transmitidas e ao grau de confiabilidade entre o professor e a estudante (SHORT,1998; KAKAVOULIS; FORREST,1999). PROGRESS (2000), em casos estudados na Argentina, Quênia, Peru e Filipinas, mostrou que mais da metade das estudantes referiram que a informação era inadequada, pois os professores centralizavam a idéia de desencorajar a atividade sexual, sem enfatizar os riscos e como praticar sexo seguro.

PREMOLI e REIS (2000) referiram a importância de que os educadores tenham conceitos bem estabelecidos a respeito de sua própria sexualidade, dificultando assim a transmissão de conceitos dúbios e o aumento da confusão sobre o assunto entre as adolescentes. "A informação séria e com embasamento científico é a principal defesa da jovem contra a gravidez indesejada, as DST e o abuso sexual".

MOSER (2001) refere que em geral a educação sexual, nas escolas é “genitalista, biologista, racionalista, niveladora”.

BELFORT e BRAGA (2001) analisaram o fato de que no curso médico ensina-se somente os aspectos técnicos e científicos da reprodução, faltando no currículo qualquer informação relativa ao desejo e libido, aos padrões de conduta e da resposta sexual humana. Esta carência se propaga na Residência Médica em Tocoginecologia.

POPULATION REPORTS (2001) mostrou que cerca de 1/3 dos programas de educação sexual nos EUA e Canadá tiveram o efeito de retardar a idade de início de atividade sexual entre as adolescentes que deles participaram. Enquanto que programas implantados nas escolas da Namíbia, Nigéria, África do Sul e Zimbábue contribuíram para retardar a idade de início de atividade sexual, para diminuir o número de parceiros sexuais e para aumentar o uso de métodos anticoncepcionais.

Ao entrar em uma universidade, as adolescentes têm acesso a uma maior liberdade, e esta liberdade coincide com o início de atividade sexual e o consumo de álcool e drogas. É, portanto, dever das universidades desenvolver e implementar atividades que possam orientar um estilo de vida mais saudável. Estes programas deveriam iniciar no primeiro ano universitário, com informações sobre biologia da reprodução, contracepção, DST/AIDS, gravidez e aborto, estupro, assédio sexual; assim como aquelas habilidades necessárias sobre relacionamento humano saudável, comunicação efetiva e decisão responsável (BRUYN; JOUBERT, 2002).

## 4 SUJEITAS E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado com as estudantes do setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e do setor de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus Cascavel (UNIOESTE), abrangendo um total de 967 estudantes.

### 4.1 DESENHO DA PESQUISA

Esta pesquisa é um estudo de corte transversal, observacional e analítico.

### 4.2 SELEÇÃO DAS SUJEITAS

Foram sujeitas de pesquisa todas as estudantes matriculadas nos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica e Odontologia, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Na Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus Cascavel, foram pesquisadas as estudantes dos cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Ciências Biológicas, do Centro de Ciências Biológicas e Saúde. Todas foram convidadas a participar na pesquisa através do preenchimento de um questionário auto-respondido.

#### 1. Critérios de inclusão:

- Estudantes dos cursos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
- Estudantes dos cursos do Setor de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIOESTE-Campus Cascavel
- Sexo feminino
- Aceitação voluntária em participar da pesquisa.

#### 2. Critérios de exclusão:

- Idade superior a 24 anos.
- Idade inferior a 18 anos.

O questionário foi aplicado em ambas universidades durante o mês de junho de 2001.

#### 4.3 TAMANHO DA AMOSTRA

Em Curitiba, o número de estudantes do sexo feminino matriculadas no curso de Medicina era de 350, Enfermagem, 260; Farmácia, 217; Bioquímica, 49 e Odontologia, 200, no total de 1076. Foram aplicados 714 questionários entre as estudantes que estavam em sala de aula, sendo que 84 foram devolvidos em branco (não desejo em participar) e 58 excluídos devido à idade.

Em Cascavel os números encontrados foram de 82 no curso de Medicina, Enfermagem,142; Odontologia,109; Farmácia, 81; Fisioterapia, 92, e Ciências Biológicas, 102 estudantes do sexo feminino, no total de 608. Foram aplicados 446 questionários entre as estudantes que estavam em sala de aula, sendo que apenas 3 foram devolvidos em branco (não desejo em participar) e 48 excluídos devido à idade.

A amostra final foi constituída por 572 estudantes em Curitiba e de 395 em Cascavel.

#### 4.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

##### 4.4.1 Variáveis Independentes

1. Local da Universidade, com duas categorias: Curitiba e Cascavel.
2. Idade. Definida como a idade em números de anos completos, compreendida na faixa etária de 18 a 24 anos completos.
3. Local de moradia das estudantes antes do ingresso na universidade. Definida através do questionário como a cidade onde a estudante residia antes de ingressar na universidade. É uma variável categórica aberta, posteriormente categorizada em:
  - na cidade onde estuda

- em outras cidades

4. Relacionamento familiar. Definido através de duas perguntas: como era o relacionamento afetivo entre os pais das adolescentes, mesmo se um deles ou ambos eram falecidos por ocasião da entrevista. Possui três categorias:

- convivência em ambiente de amor e carinho
- convivência em ambiente de brigas
- pais separados

A seguir foi perguntado como era o relacionamento da adolescente com os pais, na data da entrevista, com três categorias:

- sensação de ser amada
- sensação de ser aceita
- indiferença ou sensação de rejeição

5. Moradia atual. Definida como com quem a estudante residia na época da entrevista. Possui cinco categorias:

- mora sozinha
- mora com os pais
- mora com amigas
- mora com parentes
- mora com parceiro

6. Religião. Definida como a freqüência com que as estudantes participam de culto religioso durante o mês, independente da religião a que pertençam. É uma variável numérica, que foi categorizada posteriormente em:

- nenhuma
- 1
- 2
- 3
- $\geq 4$

7. Educação sexual na escola. Definida através da declaração das estudantes quanto ao fato de na sua vida escolar ter existido um programa de Educação Sexual. Com duas categorias: sim e não.

8. Eficácia da orientação sexual recebida. Definida através da declaração das estudantes quanto aos resultados da orientação sexual recebida anteriormente, isto é, se existe aplicação na sua vida atual. Com quatro categorias:

- nunca teve
- foi insuficiente
- satisfatória
- de grande eficácia

#### 4.4.2 Variáveis Dependentes

1. Idade de início de atividade sexual. É uma variável numérica, que foi definida como o número de anos completos na data da primeira relação sexual, segundo declaração das estudantes.

2. Tempo decorrido entre o início de atividade sexual e o uso de métodos anticoncepcionais. Definida através de duas perguntas.

Inicialmente foi perguntado se usou algum tipo de método anticoncepcional na primeira relação sexual; com duas categorias: sim e não. Quando a resposta era afirmativa, deveria responder qual foi, apenas para confirmar que era um método anticoncepcional.

Em caso de resposta negativa, foi perguntado a partir de quanto tempo após a primeira relação sexual o método anticoncepcional começou a ser utilizado. Posteriormente esta variável foi categorizada de acordo com o número de meses em que foi iniciado o uso de método anticoncepcional, de 0 a 12 meses.

3. Uso de métodos anticoncepcionais durante o último ano de atividade sexual. Definida pelo uso de anticoncepcionais nos últimos 12 meses, sendo uma variável categórica discreta, com duas categorias:

- sempre
- freqüentemente, às vezes ou nunca

4. Uso de métodos anticoncepcionais e/ou preservativo na última relação sexual. Definida como o método anticoncepcional utilizado na última relação sexual com duas categorias: sim e não. Quando a resposta era afirmativa, a estudante deveria responder qual o método utilizado, com uma resposta textual aberta.

O uso de método anticoncepcional na última relação sexual foi categorizado em sim e não.

Quanto ao uso de preservativo, foi categorizado em sim ( uso exclusivo ou combinado) e não (incluindo não usou nada).

5. Número total de parceiros. Definida como o número de parceiros desde o início de sua atividade sexual, segundo declaração da estudante. É uma variável numérica que posteriormente foi categorizada em:

- 1 parceiro
- $\geq 2$  parceiros

6. Número de parceiros durante os últimos 12 meses. Definida como o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses de atividade sexual, segundo declaração da estudante. É uma variável numérica, que posteriormente foi categorizada em:

- Nenhum
- 1 parceiro
- $\geq 2$  parceiros

7. Freqüência do uso de preservativo com parceiro fixo. Definida pelo uso de preservativo quando com parceiro fixo. Com três categorias:

- Todas as vezes

- Quase todas as vezes
- De vez em quando/nunca

8. Frequência do uso de preservativo com parceiro ocasional. Definida pelo uso de preservativo quando com parceiro ocasional. Com três categorias:

- Todas a vezes
- Quase todas as vezes
- De vez em quando/nunca

9. Conduta sexual. Definida como o comportamento sexual, levando em consideração a existência ou não de atividade sexual, número de parceiros, uso de preservativo ou não, com parceiro fixo e/ou ocasional. Foram classificados três tipos de conduta sexual:

- **Abstinência** nos últimos 12 meses (estudantes que nunca tiveram relação sexual ou aquelas que não tiveram parceiro nos últimos 12 meses)

- **Sexo seguro** nos últimos 12 meses (estudantes monogâmicas E que referiram usar preservativo “todas as vezes” ou “quase todas as vezes” com parceiro fixo e/ou ocasional; também inclui estudantes poligâmicas E que afirmaram usar preservativo “todas as vezes” com parceiro fixo e/ ou ocasional)

- **Sexo inseguro** nos últimos 12 meses (demais opções, ou seja, estudantes monogâmicas que responderam usar preservativo “de vez em quando” ou “nunca” com parceiro fixo e/ ou ocasional; estudantes poligâmicas que não responderam usar preservativo “todas as vezes” com ambos parceiros: fixo ou ocasional).

#### 4.4.3 Variável de Controle

1. Paridade. Definida através da resposta das estudantes sobre o fato de terem filhos. É uma variável com duas categorias: sim e não.

#### 4.5 COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTO DO ESTUDO

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário auto-respondido, contendo 22 perguntas, sendo que nove questões deveriam ser escritas e as restantes eram de múltipla escolha (Apêndice 1).

Na folha de rosto do questionário continha o título do estudo, a pesquisadora responsável, as informações sobre os seus objetivos, especificando que a estudante teria autonomia para não participar do mesmo, garantia de confidencialidade e da responsabilidade do pesquisador.

Na segunda folha, após a folha de rosto e antes do questionário, a estudante tinha que marcar com um "X", impessoal, se aceitava ou não participar do estudo. Desta forma a pesquisadora não podia identificar, no momento da entrega dos questionários, as estudantes que aceitaram ou não participar do estudo.

Todo o trabalho de coleta de dados (aplicação dos questionários) foi realizado por apenas uma pessoa, a investigadora.

O questionário auto-respondido foi, então, pré-testado entre estudantes do sexo feminino do terceiro período da Faculdade de Tecnologia Ambiental do CEFET- Unidade Medianeira, com a finalidade de avaliar a compreensão e facilidade em respondê-lo e, ainda, avaliar a possível rejeição por parte dos alunos do sexo masculino em deixar a sala de aula enquanto as estudantes estivessem respondendo ao questionário.

Logo após este pré-teste, foi realizado um contato com os coordenadores dos cursos a serem pesquisados, inicialmente em Curitiba e depois em Cascavel, para que fosse explicado o objetivo da pesquisa e solicitada a autorização para iniciá-la. Em Cascavel, não houve necessidade de avaliação do Comitê de Ética da referida Universidade, visto que este já havia sido liberado pelo Comitê de ética do HC/UFPR.

A coleta dos dados foi realizada na sala de aula das estudantes, auxiliada pelos professores responsáveis pela aula em andamento. Em algumas turmas o questionário foi aplicado no início da aula e, em outras, no final da aula, de acordo com a preferência do professor.

Ao entrar na sala de aula foi solicitado aos estudantes do sexo masculino para que se retirassem da sala de aula, visto que a pesquisa era dirigida somente às estudantes do sexo feminino. Em algumas turmas este procedimento não foi necessário, pois se tratava de turmas exclusivamente do sexo feminino, ou então o número de estudantes do sexo masculino era muito pequeno.

Destacou-se a finalidade do questionário, a importância da participação das estudantes, assim como o direito da não participação e garantiu-se a confidencialidade e a privacidade das informações recebidas para o fim específico da elaboração desta dissertação.

A seguir foi exposto que as estudantes que não quisessem participar da pesquisa deveriam entregar o questionário em branco, juntamente com as demais, apenas assinalando a resposta “não” no folheto em anexo. Esta posição permitiu que as mesmas não fossem alvos de comentários pelo fato de não desejarem participar da pesquisa.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado em Reunião Plenária Departamental da Tocoginecologia em 08/05/2001 e depois registrado no BANPESQ sob o número 2001009046.

Após este procedimento, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC/UFPR, sendo aprovado na reunião do dia 29.05.2001, estando de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde (Anexo 1).

Esta pesquisa foi conduzida desde o início dentro de princípios éticos rigorosos, e assim sendo, no questionário aplicado somente foram pesquisados os aspectos da sexualidade correlacionados aos objetivos da pesquisa. Durante a pesquisa foram evitados temas que pudessem gerar conflitos interiores ou identificar as estudantes.

Houve ainda, o compromisso de tornar público os resultados da pesquisa, após o término da mesma; e entregar nas universidades para que professores e alunas pudessem conhecê-los.

O Comitê de Ética do HC/UFPR deu o parecer de que não seria necessário o termo de consentimento esclarecido, visando a proteger as sujeitas de pesquisa: “Por não se tratar de entrevistas, não se faz necessária a assinatura das estudantes, e o correto preenchimento do protocolo é suficiente como critério de aceitação”.

#### 4.7 PROCESSAMENTO, TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Criou-se a estrutura do banco de dados no Data Entry do SPSS ( Statistical Package for the Social Sciences). Em seguida procedeu-se à entrada dos dados, com digitação dupla (por dois digitadores diferentes). Após a digitação, fez-se a consistência lógica do banco de dados.

A análise dos dados foi feita no mesmo SPSS e foram utilizados os seguintes testes: Teste do qui-quadrado de Pearson, Teste do qui-quadrado de Yates e Teste do “p” de Wilcoxon-Gehan, sendo que o nível de significância do “p” foi de 5%.

Realizou-se uma análise bivariada e múltipla dos dados com regressão logística, com descrição das variáveis utilizadas a seguir.

## ANÁLISE BIVARIADA

### **Variável dependente:**

- Conduta sexual nos últimos 12 meses (abstinência ou sexo seguro: 1/ sexo inseguro: 0)

### **Variáveis independentes:**

- Cidade (Curitiba: 1/ Cascavel: 0)
- Idade (em anos)
- Local de residência antes de entrar na faculdade (própria cidade onde faz faculdade: 1/ outra cidade/estado ou país: 0)
- Relacionamento entre os pais (convivência em ambiente de amor e carinho: 1/ outro: 0)
- Relacionamento entre a estudante e os pais (sensação de ser amada: 1/ outro: 0)
- Frequência ao culto religioso (até 1 vez ao mês: 0/  $\geq 2$ : 1)
- Pessoa com quem mora (pais e/ ou parceiro: 0/ outra pessoa ou sozinha: 1)
- Participou em aulas de educação sexual em qualquer etapa da vida (sim: 1/ não: 0)
- Eficácia da orientação (satisfatória, de grande eficácia: 1/ nunca teve, insuficiente: 0)

## ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

### **Variáveis dependentes:**

Modelo 1 - Frequência de uso de MAC nos últimos 12 meses (sempre: 1/ outra: 0)

Modelo 2 - Uso de preservativo na última relação sexual (sim: 1/ não: 0)

Modelo 3 - Número total de parceiros (1: 1/  $\geq 2$ : 0)

Modelo 4 - Número de parceiros nos últimos 12 meses (até 1: 1/  $\geq 2$ : 0)

Modelo 5 - Frequência de uso de preservativo como prevenção de DST/AIDS, com parceiro fixo (todas as vezes: 1/ quase todas as vezes, de vez em quando, nunca: 0)

Modelo 6 - Frequência de uso de preservativo como prevenção de DST/AIDS, com parceiro ocasional (todas as vezes: 1/ quase todas as vezes, de vez em quando, nunca: 0)

### **Variáveis independentes:**

- Cidade (Curitiba: 1/ Cascavel: 0)

- Idade (em anos)

- Local de moradia antes de entrar na faculdade (própria cidade onde faz faculdade: 1/ outra cidade/estado ou país: 0)

- Relacionamento entre os pais (convivência em ambiente de amor e carinho: 1/ outro: 0)

- Relacionamento entre a estudante e os pais (sensação de ser amada: 1/ outro: 0)

- Frequência ao culto religioso (até 1 vez ao mês: 0/  $\geq 2$ : 1)

- Pessoa com quem mora (pais e/ ou parceiro: 0/ outra pessoa ou sozinha: 1)

- Participou em aulas de educação sexual em qualquer etapa da vida (sim: 1/ não: 0)

- Eficácia da orientação (satisfatória, de grande eficácia: 1/ nunca teve, insuficiente: 0)

## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E COMPORTAMENTAIS DAS ESTUDANTES

Não existiu diferença significativa na distribuição das idades entre as estudantes pesquisadas de Curitiba e Cascavel. A proporção de jovens com idade inferior a 20 anos foi maior em Cascavel (56,2%) do que em Curitiba, com apenas quatro pontos percentuais de diferença (Tabela 1).

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEGUNDO A IDADE ATUAL, DE ACORDO COM A CIDADE

| Idade (anos) | Curitiba | Cascavel |
|--------------|----------|----------|
|              | %        | %        |
| 18-20        | 51,7     | 56,2     |
| 21-24        | 48,3     | 43,8     |
| N            | 572      | 395      |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

Teste qui-quadrado de Pearson  $p = 0,194$

Existiu diferença significativa no relacionamento entre os pais das estudantes de Curitiba e Cascavel. Cerca de 82% das estudantes de Cascavel declararam ambiente de amor e carinho entre os pais, enquanto que em Curitiba 75%. Somente 8% das estudantes de Cascavel declararam pais separados, em Curitiba este número é maior: 14%. No entanto, o relacionamento entre os pais e as estudantes foi semelhante nas duas cidades: cerca de 90% declararam serem amadas pelos pais (Tabela 2).

Também ocorreu diferença significativa no aspecto religiosidade, sendo mais acentuado entre as estudantes de Cascavel, pois 47% declararam freqüentar um culto religioso três vezes ou mais durante o mês, enquanto que apenas 31% das estudantes de Curitiba o fizeram na mesma freqüência. Apenas 13% das estudantes de Cascavel declararam não freqüentar nenhum culto religioso, enquanto que em Curitiba este número foi três vezes superior (Tabela 2).

A diferença também foi significativa quando se referiu ao aspecto do local de moradia antes de entrar na faculdade. Cerca de 66% das estudantes já residiam na capital antes de entrar para a faculdade, enquanto que em Cascavel apenas 26% das estudantes lá residiam (Tabela 2).

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEGUNDO VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS E SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, DE ACORDO COM A CIDADE

| Variável   | Curitiba<br>% | Cascavel<br>% | p *              |
|--|---------------|---------------|------------------|
| <b>Como é (era) o relacionamento entre os pais #</b>           |               |               | <b>0,024</b>     |
| Convivência ambiente amor e carinho                            | 75,5          | 82,2          |                  |
| Convivência ambiente de brigas                                 | 10,8          | 9,6           |                  |
| Pais separados   | 13,7          | 8,3           |                  |
| (n)  | (564)         | (387)         |                  |
| <b>Como é o relacionamento entre a estudante e os pais</b>     |               |               | <b>0,117</b>     |
| Sensação de ser amada  | 88,5          | 91,6          |                  |
| Sensação de ser aceita   | 8,3           | 7,1           |                  |
| Indiferença ou sensação de rejeição                            | 3,2           | 1,3           |                  |
| (n)  | (565)         | (395)         |                  |
| <b>Freqüência ao culto religioso (número de vezes por mês)</b> |               |               | <b>&lt;0,001</b> |
| Nenhuma  | 41,6          | 13,7          |                  |
| 1  | 19,0          | 26,0          |                  |
| 2  | 8,1           | 12,8          |                  |
| 3  | 6,1           | 11,6          |                  |
| ≥ 4  | 25,1          | 35,8          |                  |
| (n)  | (553)         | (335)         |                  |
| <b>Local de residência antes de entrar na faculdade</b>        |               |               | <b>&lt;0,001</b> |
| Na cidade onde estuda  | 65,9          | 26,3          |                  |
| Outras cidades   | 34,1          | 73,7          |                  |
| (n)  | (558)         | (388)         |                  |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

\* Teste qui-quadrado de Pearson

# Foram excluídas as filhas de mãe solteira

Ao pesquisar com quem a estudante mora, ocorreram diferenças significativas. Quase dois terços das estudantes de Curitiba declararam morar com os pais, e menos de um terço em Cascavel. Cerca de 33% das estudantes de Cascavel declararam morar com amigas e 24% moravam sozinhas, enquanto que em Curitiba este número é três vezes menor. Não houve diferença quanto a morar com o parceiro (Tabela 3).

Quanto ao número de filhos, a resposta foi semelhante entre as estudantes das duas cidades: apenas 3,0% declararam filhos.

TABELA 3 - PORCENTAGEM DAS ESTUDANTES SEGUNDO A PESSOA COM QUEM MORAM, DE ACORDO COM A CIDADE

| Variável                                | Curitiba | Cascavel | p *    |
|---|----------|----------|--------|
|   | %        | %        |        |
| <b>Pessoa com quem a estudante mora</b> |          |          |        |
| Sozinha                                 | 8,2      | 23,5     | <0,001 |
| Com os pais                             | 64,3     | 31,4     | <0,001 |
| Com amigas                              | 9,8      | 32,7     | <0,001 |
| Com parentes                            | 14,5     | 9,4      | 0,022  |
| Com parceiro                            | 3,5      | 3,3      | >0,999 |
| (n)                                     | (571)    | (395)    |        |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

\* Teste qui-quadrado de Yates

Não ocorreu diferença entre os grupos ao pesquisar a participação em aulas de educação sexual e sua eficácia. Em torno de 75% das estudantes declararam haver participado de aulas de educação sexual.

Quanto à eficácia da orientação recebida, quase a metade das estudantes a classificou como satisfatória e 25% delas nunca tiveram acesso a esta orientação. Uma grande eficácia destas aulas foi declarada por 15% das estudantes de Cascavel, enquanto que em Curitiba 10%, no entanto, esta diferença não foi significativa. (Tabela 4)

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEGUNDO PARTICIPAÇÃO EM AULAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL E EFICÁCIA DESTA ORIENTAÇÃO, DE ACORDO COM A CIDADE

| Variável  | Curitiba<br>% | Cascavel<br>% | p        |
|---|---------------|---------------|----------|
| <b>Participação em aulas de educação sexual em qualquer etapa da vida escolar</b> |               |               | 0,266 *  |
| Sim   | 74,1          | 77,5          |          |
| Não   | 25,9          | 22,5          |          |
| (n)   | (572)         | (395)         |          |
| <b>Eficácia da orientação</b>   |               |               | 0,141 ** |
| Nunca teve  | 26,7          | 23,4          |          |
| Foi insuficiente  | 16,4          | 16,1          |          |
| Satisfatória  | 47,0          | 45,8          |          |
| De grande eficácia  | 9,9           | 14,7          |          |
| (n)   | (555)         | (380)         |          |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

\*Teste qui-quadrado de Yates

\*\*Teste qui-quadrado de Pearson

## 5.2 COMPORTAMENTO SEXUAL DAS ESTUDANTES.

Aproximadamente 64% das estudantes pesquisadas declararam ter atividade sexual, não ocorrendo diferenças entre os grupos. (Tabela 5).

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE ATIVIDADE SEXUAL, DE ACORDO COM A CIDADE

| Variável                              | Curitiba<br>% | Cascavel<br>% |
|---------------------------------------|---------------|---------------|
| <b>Existência de relações sexuais</b> |               |               |
| Sim                                   | 64,3          | 62,4          |
| Não                                   | 35,7          | 37,6          |
| (n)                                   | (571)         | (394)         |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

\* Teste qui-quadrado de Yates  
p = 0,607

Não houve diferença na idade de início de relações sexuais entre as estudantes de Curitiba e Cascavel. Menos de 20% das estudantes iniciaram vida sexual ativa antes dos 17 anos, 45% antes dos 19 anos, e quase 60% já tinha tido relações sexuais aos 20 anos (Tabela 6 e Figura 1).

TABELA 6 – TAXA ACUMULADA\* DAS ESTUDANTES QUE INICIARAM VIDA SEXUAL SEGUNDO A IDADE, DE ACORDO COM A CIDADE

| Intervalo (anos) | ni #       | Curitiba       |                   | ni #       | Cascavel       |                   |
|------------------|------------|----------------|-------------------|------------|----------------|-------------------|
|                  |            | Taxa acum. (%) | EP taxa acum. (%) |            | Taxa acum. (%) | EP taxa acum. (%) |
| 10  - 11         | 569        | 0,0            | 0,0               | 391        | 0,3            | 0,3               |
| 11  - 12         | 569        | 0,0            | 0,0               | 391        | 0,3            | 0,3               |
| 12  - 13         | 569        | 0,0            | 0,0               | 391        | 0,3            | 0,3               |
| 13  - 14         | 569        | 0,4            | 0,2               | 391        | 0,5            | 0,4               |
| 14  - 15         | 567        | 3,0            | 0,7               | 390        | 3,1            | 0,9               |
| 15  - 16         | 552        | 9,7            | 1,2               | 380        | 6,1            | 1,2               |
| <b>16  - 17</b>  | <b>514</b> | <b>18,1</b>    | <b>1,6</b>        | <b>368</b> | <b>15,3</b>    | <b>1,8</b>        |
| 17  - 18         | 466        | 32,5           | 2,0               | 332        | 26,8           | 2,2               |
| <b>18  - 19</b>  | <b>384</b> | <b>43,2</b>    | <b>2,1</b>        | <b>287</b> | <b>45,9</b>    | <b>2,6</b>        |
| <b>19  - 20</b>  | <b>278</b> | <b>57,1</b>    | <b>2,2</b>        | <b>180</b> | <b>58,9</b>    | <b>2,7</b>        |
| 20  - 21         | 167        | 66,7           | 2,3               | 97         | 68,9           | 2,8               |
| 21  - 22         | 94         | 75,2           | 2,3               | 48         | 74,6           | 3,0               |
| 22  - 23         | 44         | 80,5           | 2,6               | 21         | 79,7           | 3,6               |
| 23  - 24         | 14         | 80,5           | 2,6               | 6          | 84,8           | 5,1               |
| 24  - +          | 4          | 88,3           | 6,2               | 1          | 84,8           | 5,1               |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

\*Taxa estimada utilizando metodologia de tabela de vida, com intervalo anual

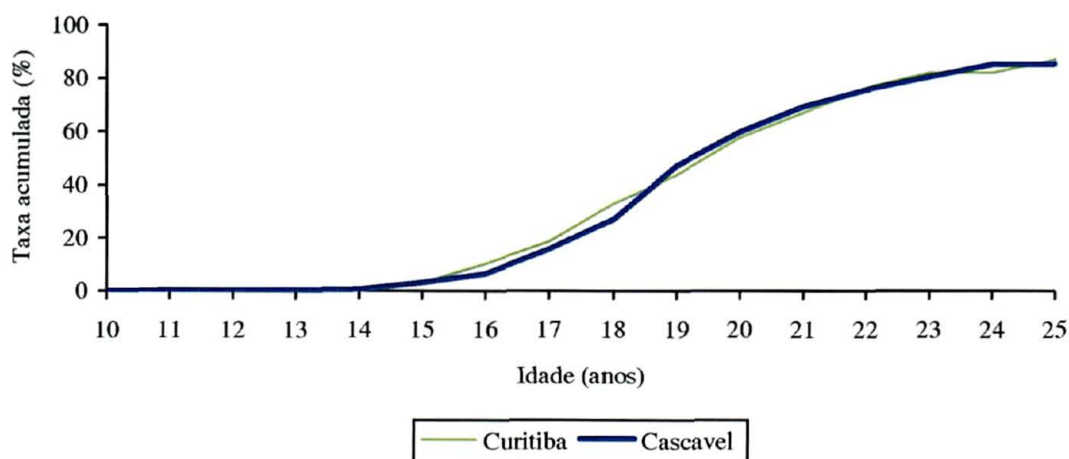
ni: número de estudantes no início de cada intervalo

total de estudantes por cidade: 569 em Curitiba e 392 em Cascavel

p = 0,678 (Teste de Wilcoxon-Gehan)

EP taxa acumulada = erro padrão da taxa acumulada

FIGURA 1 – TAXA ACUMULADA DE ESTUDANTES QUE INICIARAM VIDA SEXUAL SEGUNDO IDADE



Existiu diferença no início de uso de métodos anticoncepcionais entre as estudantes com vida sexual ativa. As estudantes de Cascavel iniciaram o uso mais tardio de MAC. Cerca de 94% das estudantes de Curitiba iniciaram o uso entre 3-4 meses de atividade sexual, o que só ocorreu aos 8-9 meses entre as estudantes de Cascavel (Tabela 7 e Figura 2).

TABELA 7 – TAXA ACUMULADA\* DAS ESTUDANTES QUE INICIARAM USO DE MAC ENTRE AS QUE JÁ TINHAM VIDA SEXUAL, DE ACORDO COM A CIDADE

| Intervalo (anos) | Curitiba  |                |                   | Cascavel  |                |                   |
|------------------|-----------|----------------|-------------------|-----------|----------------|-------------------|
|                  | Ni        | Taxa acum. (%) | EP taxa acum. (%) | ni        | Taxa acum. (%) | EP taxa acum. (%) |
| 0  - 1           | 352       | 84,7           | 1,9               | 235       | 75,7           | 2,8               |
| 1  - 2           | 54        | 92,1           | 1,4               | 57        | 89,8           | 2,0               |
| 2  - 3           | 28        | 92,9           | 1,4               | 24        | 91,5           | 1,8               |
| <b>3  - 4</b>    | <b>25</b> | <b>94,0</b>    | <b>1,3</b>        | 20        | 91,9           | 1,8               |
| 4  - 5           | 21        | 94,6           | 1,2               | 19        | 91,9           | 1,8               |
| 5  - 6           | 19        | 94,9           | 1,2               | 19        | 93,2           | 1,6               |
| 6  - 7           | 18        | 96,3           | 1,0               | 16        | 93,2           | 1,6               |
| 7  - 8           | 13        | 96,3           | 1,0               | 16        | 93,6           | 1,6               |
| <b>8  - 9</b>    | 13        | 96,6           | 1,0               | <b>15</b> | <b>94,0</b>    | <b>1,5</b>        |
| 9  - 10          | 12        | 96,6           | 1,0               | 14        | 94,5           | 1,5               |
| 10  - 11         | 12        | 96,6           | 1,0               | 13        | 94,5           | 1,5               |
| 11  - 12         | 12        | 96,6           | 1,0               | 13        | 94,9           | 1,4               |
| 12  - +          | 12        | 98,9           | 0,6               | 12        | 99,3           | 0,6               |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

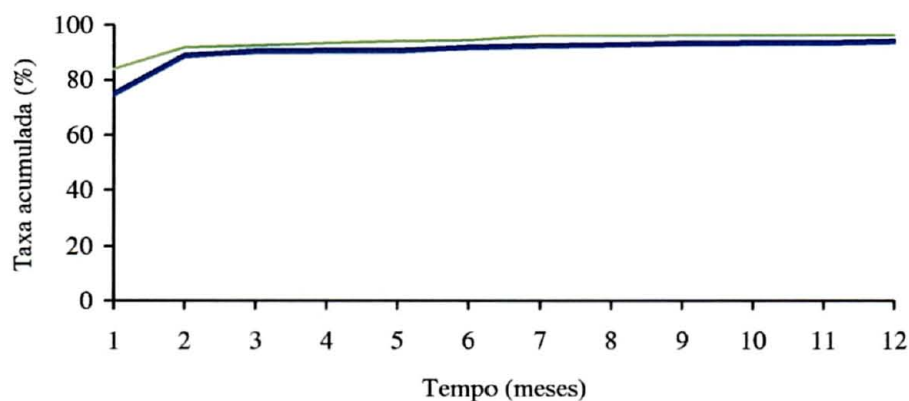
\* Taxa estimada utilizando metodologia de tabela de vida com intervalo mensal

ni: número de estudantes no início de cada intervalo

p = **0,010** (Teste de Wilcoxon-Gehan)

EP taxa acumulada = erro padrão da taxa acumulada

FIGURA 2 – TAXA ACUMULADA DE INÍCIO DE USO DE ANTICONCEPCIONAIS SEGUNDO TEMPO DE ATIVIDADE SEXUAL.



p= 0,010

— Curitiba — Cascavel

A maior parte das estudantes sexualmente ativas declarou ter usado método anticoncepcional em sua primeira relação sexual. A proporção foi significativamente maior em Curitiba (81%) e oito pontos percentuais menor entre as estudantes de Cascavel (Tabela 8).

Em Curitiba 70% das estudantes declararam o uso de preservativo na primeira relação sexual, enquanto que em Cascavel 64%, no entanto esta diferença não foi estatisticamente significativa (Tabela 8).

TABELA 8 –DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEXUALMENTE ATIVAS SEGUNDO USO DE MAC E PRESERVATIVO NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL, DE ACORDO COM A CIDADE

| Variável  | Curitiba<br>% | Cascavel<br>% | p*           |
|---|---------------|---------------|--------------|
| <b>Uso de MAC na primeira relação sexual</b>    |               |               | <b>0,015</b> |
| Sim   | 81,4          | 72,7          |              |
| Não   | 18,6          | 27,3          |              |
| (n)   | (366)         | (242)         |              |
| <b>Uso de preservativo na 1ª relação sexual</b> |               |               | <b>0,115</b> |
| #   |               |               |              |
| Sim (exclusivo ou combinado)                    | 70,0          | 63,5          |              |
| Não #   | 30,0          | 36,5          |              |
| (n)   | (363)         | (241)         |              |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

\* Teste qui-quadrado de Yates

# Incluindo não usou nada

Não houve diferença entre as estudantes de Curitiba e Cascavel quanto à frequência de uso de métodos anticoncepcionais nos últimos 12 meses e o uso de algum método anticoncepcional e/ou preservativo na última relação sexual. A frequência de uso de método anticoncepcional nos últimos 12 meses foi maior pelas estudantes de Curitiba, cerca de 80%, enquanto que em Cascavel 74,5%.

Cerca de 90% das estudantes de Curitiba e Cascavel declararam uso de algum método anticoncepcional na última relação sexual e quase a metade delas fizeram uso de preservativo (Tabela 9)

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEXUALMENTE ATIVAS SEGUNDO FREQUÊNCIA DE USO DE MAC NOS ÚLTIMOS 12 MESES, USO DE ALGUM MAC E USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL, DE ACORDO COM AS CIDADES.

| Variável   | Curitiba<br>% | Cascavel<br>% | p *   |
|--|---------------|---------------|-------|
| <b>Frequência de uso de MAC nos últimos 12 meses</b> |               |               | 0,117 |
| Sempre   | 80,2          | 74,5          |       |
| Freqüentemente, às vezes ou nunca                    | 19,8          | 25,5          |       |
| (n)  | (364)         | (243)         |       |
| <b>Uso de algum MAC na última relação sexual</b>     |               |               | 0,693 |
| Sim  | 90,7          | 89,3          |       |
| Não  | 9,3           | 10,7          |       |
| (n)  | (364)         | (258)         |       |
| <b>Uso de preservativo na última relação sexual</b>  |               |               | 0,662 |
| Sim (exclusivo ou combinado)                         | 46,8          | 49,0          |       |
| Não #  | 53,2          | 51,0          |       |
| (n)  | (359)         | (241)         |       |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

\* Teste qui-quadrado de Yates

# Incluindo não usou nada

Não houve diferença significativa no número de parceiros sexuais entre as estudantes das duas cidades. Pouco mais da metade das estudantes tiveram dois ou mais parceiros em sua vida sexual.

Cerca de 77% das estudantes declararam apenas um parceiro nos últimos 12 meses, sendo que em Curitiba 5% e em Cascavel 3% não tiveram parceiros neste último ano (Tabela 10).

TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEXUALMENTE ATIVAS SEGUNDO O NÚMERO TOTAL DE PARCEIROS SEXUAIS E O NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES DE ATIVIDADE SEXUAL, DE ACORDO COM A CIDADE

| Variável  | Curitiba<br>% | Cascavel<br>% | p        |
|---|---------------|---------------|----------|
| <b>Número de parceiros nos últimos 12 meses</b> |               |               | 0,481 *  |
| Nenhum  | 5,2           | 3,3           |          |
| 1   | 77,3          | 77,2          |          |
| ≥2  | 17,5          | 19,5          |          |
| (n)   | (365)         | (241)         |          |
| <b>Número total de parceiros</b>                |               |               | 0,426 ** |
| 1   | 44,9          | 48,5          |          |
| ≥2  | 55,1          | 51,5          |          |
| (n)   | (363)         | (241)         |          |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

\* Teste qui-quadrado de Pearson

\*\* Teste qui-quadrado de Yates

Cerca de 80% das estudantes nas duas cidades declararam usar preservativos em todas suas relações sexuais com parceiro ocasional, e apenas 30% em suas relações com parceiro fixo. Assim mesmo, enquanto mais de 40% declararam usar preservativo de vez em quando ou nunca com parceiro fixo, essa proporção desce para menos de 10% com parceiro ocasional. Não houve diferença segundo cidade (Tabela 11).

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEXUALMENTE ATIVAS SEGUNDO A FREQUÊNCIA DE USO DE PRESERVATIVO COM PARCEIRO FIXO E COM PARCEIRO OCASIONAL, DE ACORDO COM A CIDADE

| Frequência de uso de preservativo | Parceiro fixo |          | Parceiro ocasional |          |
|-----------------------------------|---------------|----------|--------------------|----------|
|                                   | Curitiba      | Cascavel | Curitiba           | Cascavel |
|                                   | %             | %        | %                  | %        |
| Todas as vezes                    | 29,6          | 31,3     | 80,9               | 80,7     |
| Quase todas as vezes              | 27,9          | 27,2     | 11,6               | 9,6      |
| De vez em quando/Nunca            | 42,5          | 41,6     | 7,5                | 9,6      |
| (n)                               | (362)         | (243)    | (173)              | (114)    |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

\*Teste qui-quadrado de Pearson  
 p parceiro fixo: 0,903  
 p parceiro ocasional: 0,738

### 5.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS DAS ESTUDANTES E A CONDUTA SEXUAL.

Quase 40% de todas as estudantes pesquisadas declararam conduta sexual de abstinência nos últimos 12 meses, enquanto que a proporção de estudantes com conduta de sexo seguro e sexo inseguro foi semelhante em cerca de 30% (Tabela 12).

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS ESTUDANTES SEGUNDO A CONDUTA SEXUAL NOS ÚLTIMOS DOZE MESES

| <b>Conduta sexual</b> | Frequência absoluta | %     |
|-----------------------|---------------------|-------|
| Abstinência           | 379                 | 39,7  |
| Sexo seguro           | 283                 | 29,6  |
| Sexo inseguro         | 293                 | 30,7  |
| (n)                   | (955)               | 100,0 |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

Foram excluídas 12 estudantes

Não houve diferenças quanto à proporção que pratica abstinência ou sexo seguro entre as estudantes de Curitiba e Cascavel.

Houve diferença significativa em relação à idade das estudantes, sendo que 51% das estudantes de idade igual ou inferior a vinte anos declararam abstinência, enquanto que apenas 27% das estudantes com idade igual ou maior que 21 anos assim o declararam.

Também houve diferença significativa quando comparado o relacionamento entre os pais e o tipo de conduta sexual. As estudantes com pais numa convivência harmoniosa e até mesmo numa convivência em ambiente de brigas tiveram um predomínio na conduta sexual de abstinência (cerca de 40%) do que aquelas com pais separados (27%). A opção por sexo inseguro foi maior entre as estudantes com pais separados (39%) do que entre aquelas que conviviam em ambiente de amor e carinho (28,6%).

O relacionamento entre as estudantes e os pais determinou uma diferença significativa no tipo de atividade sexual, pois aquelas que referiram serem amadas (41%) têm um predomínio de conduta sexual de abstinência em relação àquelas com outro tipo de sentimento (29%). Também houve um predomínio na opção por conduta de sexo inseguro (41%) entre as estudantes com sentimentos negativos em relação aos pais quando comparadas com as estudantes amadas pelos pais (29,5%).

Houve diferença significativa no tipo de conduta sexual entre as estudantes com maior frequência de participação em culto religioso. As estudantes que freqüentavam um culto religioso quatro ou mais vezes ao mês tinham uma conduta sexual de abstinência (54,3%) em um terço superior àquelas que não freqüentavam (31,2%). A opção pela prática de sexo inseguro diminuiu com o aumento à frequência a culto religioso, pois enquanto 39% das estudantes que não freqüentavam culto optaram por sexo inseguro, esta era a conduta de apenas 19% das estudantes que freqüentavam três vezes/mês.

O local de moradia das estudantes antes de ingressar na faculdade não determinou diferença no tipo de conduta sexual.

A pessoa com quem a estudante residia determinou diferença significativa no tipo de conduta sexual. Praticamente não houve diferença quanto à abstinência, mas a prática de sexo inseguro foi maior entre as estudantes que moravam com pais ou parceiros (34%) do que entre aquelas que moravam sozinhas ou com outra pessoa (26,6%). (Tabela 13)

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEGUNDO A CONDUTA SEXUAL NOS ÚLTIMOS 12 MESES E VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E COMPORTAMENTAIS

|   | Conduta Sexual |             |               | (n)   | p       |
|---|----------------|-------------|---------------|-------|---------|
|   | Abstinência    | Sexo Seguro | Sexo inseguro |       |         |
|   | %              | %           | %             |       |         |
| <b>Cidade</b>   |                |             |               |       | 0,554*  |
| Curitiba  | 39,2           | 28,8        | 32,0          | (569) |         |
| Cascavel  | 40,4           | 30,8        | 28,8          | (386) |         |
| <b>Idade (anos)</b>   |                |             |               |       | <0,001* |
| 18-20   | 50,8           | 26,5        | 22,7          | (510) |         |
| 21-24   | 27,0           | 33,3        | 39,8          | (445) |         |
| <b>Como é (era) o relacionamento entre os pais #</b>          |                |             |               |       | 0,040*  |
| Convivência em ambiente de amor e carinho                     | 41,7           | 29,7        | 28,6          | (734) |         |
| Convivência em ambiente de brigas                             | 40,8           | 25,5        | 33,7          | ( 98) |         |
| Pais separados  | 27,1           | 33,6        | 39,3          | (107) |         |
| <b>Como é o relacionamento entre a estudante e os pais</b>    |                |             |               |       | 0,028*  |
| Sensação de ser amada   | 41,0           | 29,5        | 29,5          | (851) |         |
| Sensação de ser aceita/indiferença ou sensação de rejeição    | 28,9           | 29,9        | 41,2          | ( 97) |         |
| <b>Frequência a culto religioso (número de vezes por mês)</b> |                |             |               |       | <0,001* |
| Nenhuma   | 31,2           | 30,1        | 38,8          | (276) |         |
| 1   | 32,8           | 33,3        | 33,9          | (189) |         |
| 2   | 40,2           | 40,2        | 19,5          | ( 87) |         |
| 3   | 47,2           | 33,3        | 19,4          | ( 72) |         |
| ≥ 4   | 54,3           | 21,7        | 24,0          | (254) |         |
| <b>Local de residência antes de entrar na faculdade</b>       |                |             |               |       | 0,482*  |
| A mesma cidade onde estuda                                    | 41,2           | 27,7        | 31,1          | (466) |         |
| Outra cidade  | 38,0           | 31,0        | 31,0          | (468) |         |
| <b>Pessoa com quem mora</b>                                   |                |             |               |       | 0,035*  |
| Pais e/ou parceiro  | 38,8           | 27,2        | 34,0          | (518) |         |
| Sozinha ou com outra pessoa                                   | 40,8           | 32,6        | 26,6          | (436) |         |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

\* Teste qui-quadrado de Pearson

# Foram excluídas as filhas de mãe solteira

Ao excluir as estudantes abstinentes (Tabela 14) verificou-se que não houve diferença significativa na prática de sexo seguro ou inseguro entre as estudantes pesquisadas em Curitiba e Cascavel.

Também não houve diferença estatística entre a idade das estudantes e a conduta sexual assumida, embora existisse um predomínio de conduta de sexo inseguro entre as estudantes de idade igual ou superior a 21 anos (54,5) em relação às aquelas de idade igual ou menor a 20 anos (46,2%).

Quanto à conduta sexual das estudantes e o relacionamento entre os pais, não houve diferença estatística. No entanto, 57% das estudantes que conviviam em ambiente de brigas optaram por sexo inseguro, enquanto que esta foi a conduta de 49 % das estudantes que conviviam em ambiente harmonioso.

Não houve diferença significativa na conduta sexual e o relacionamento pais/estudantes, no entanto nas estudantes com sentimentos negativos em relação aos pais houve um predomínio de conduta de sexo inseguro (58%) em relação às aquelas com sentimentos de amor.

No aspecto religiosidade houve diferença significativa. As estudantes que freqüentavam culto religioso duas a três vezes/mês tiveram uma conduta de sexo seguro em média de 65%. No entanto houve um predomínio de sexo inseguro (52%) entre aquelas que freqüentavam acima de quatro vezes/mês.

O local de moradia antes de entrar na faculdade não determinou diferença significativa na conduta sexual assumida.

Houve diferença significativa quando analisado com quem a estudantes residia, pois, 55,5% das estudantes que moravam com os pais e ou parceiro declararam conduta de sexo inseguro.

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES COM VIDA SEXUAL ATIVA NOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGUNDO VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E COMPORTAMENTAIS

| Variável  | Conduta Sexual   |                    | (n)   | p       |
|---|------------------|--------------------|-------|---------|
|   | Sexo seguro<br>% | Sexo inseguro<br>% |       |         |
| <b>Cidade</b>   |                  |                    |       | 0,350*  |
| Curitiba  | 47,4             | 52,6               | (346) |         |
| Cascavel  | 51,7             | 48,3               | (230) |         |
| <b>Idade (anos)</b>   |                  |                    |       | 0,060*  |
| 18-20   | 53,8             | 46,2               | (251) |         |
| 21-24   | 45,5             | 54,5               | (325) |         |
| <b>Como é (era) o relacionamento entre os pais #</b>          |                  |                    |       | 0,438** |
| Convivência em ambiente de amor e carinho                     | 50,9             | 49,1               | (428) |         |
| Convivência em ambiente de brigas                             | 43,1             | 56,9               | ( 58) |         |
| Pais separados  | 46,2             | 53,8               | ( 78) |         |
| <b>Como é o relacionamento entre a estudante e os pais</b>    |                  |                    |       | 0,266*  |
| Sensação de ser amada   | 50,0             | 50,0               | (502) |         |
| Sensação de ser aceita/indiferença ou sensação de rejeição    | 42,0             | 58,0               | ( 69) |         |
| <b>Freqüência a culto religioso (número de vezes por mês)</b> |                  |                    |       | 0,016** |
| Nenhuma   | 43,7             | 56,3               | (190) |         |
| 1   | 49,6             | 50,4               | (127) |         |
| 2   | 67,3             | 32,7               | ( 52) |         |
| 3   | 63,2             | 36,8               | ( 38) |         |
| ≥ 4   | 47,4             | 52,6               | (116) |         |
| <b>Local de residência antes de entrar na faculdade</b>       |                  |                    |       | 0,542*  |
| A mesma cidade onde estuda                                    | 47               | 52,9               | (274) |         |
| Outra cidade  | 50,0             | 50,0               | (290) |         |
| <b>Pessoa com quem mora</b>                                   |                  |                    |       | 0,015*  |
| Pais e/ou parceiro  | 44,5             | 55,5               | (317) |         |
| Sozinha ou com outra pessoa                                   | 55,0             | 45,0               | (258) |         |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

\* Teste qui-quadrado de Yates

\*\* Teste qui-quadrado de Pearson

# Foram excluídas as filhas de mãe solteira

#### 5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE A EXISTÊNCIA E EFICÁCIA DE AULAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL E A CONDUTA SEXUAL

A participação em aulas de educação sexual em qualquer etapa da vida determinou uma diferença significativa na conduta sexual. As estudantes que receberam orientação sexual tinham um predomínio de conduta de abstinência em relação àquelas que não receberam orientação.

Não houve diferença entre a eficácia desta orientação sexual e a conduta sexual assumida. No entanto, 28% das estudantes que declararam uma grande eficácia da educação sexual recebida optaram por uma conduta de sexo inseguro. (Tabela 15).

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES SEGUNDO A CONDUTA SEXUAL NOS ÚLTIMOS 12 MESES E PARTICIPAÇÃO EM AULAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL E EFICÁCIA DA ORIENTAÇÃO RECEBIDA

| Variável  | Conduta Sexual |             |               | (n)   | p*           |
|---|----------------|-------------|---------------|-------|--------------|
|   | Abstinência    | Sexo seguro | Sexo inseguro |       |              |
|   | %              | %           | %             |       |              |
| <b>Participação em aulas de educação sexual em qualquer etapa da vida</b> |                |             |               |       | <b>0,025</b> |
| Sim   | 42,0           | 27,8        | 30,2          | (719) |              |
| Não   | 32,6           | 35,2        | 32,2          | (236) |              |
| <b>Eficácia da orientação</b>   |                |             |               |       | <b>0,275</b> |
| Nunca teve  | 32,6           | 35,2        | 32,2          | (236) |              |
| Foi insuficiente  | 38,3           | 30,2        | 31,5          | (149) |              |
| Satisfatória  | 40,7           | 27,1        | 32,2          | (432) |              |
| Grande eficácia   | 35,8           | 35,8        | 28,3          | (106) |              |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

\* Teste qui-quadrado de Pearson

Ao analisar apenas as estudantes sexualmente ativas nos últimos 12 meses, esta diferença deixou de ser significativa, mas 52% das estudantes que participaram em aulas de Educação Sexual tiveram uma conduta de sexo inseguro.

Não houve diferença entre a eficácia da orientação sexual recebida e a conduta sexual assumida, no entanto, houve um predomínio na prática de sexo inseguro pelas estudantes que declararam eficácia satisfatória (54%) em relação àquelas que nunca receberam (48%) (Tabela 16).

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTUDANTES COM VIDA SEXUAL NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGUNDO A PARTICIPAÇÃO EM AULAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL E EFICÁCIA DESTA ORIENTAÇÃO

| Variável  | Conduta Sexual   |                    | (n)   | p       |
|---|------------------|--------------------|-------|---------|
|   | Sexo seguro<br>% | Sexo inseguro<br>% |       |         |
| <b>Participação em aulas de educação sexual em qualquer etapa da vida</b> |                  |                    |       | 0,414*  |
| Sim   | 48,0             | 52,0               | (417) |         |
| Não   | 52,2             | 47,8               | (159) |         |
| <b>Eficácia da orientação</b>   |                  |                    |       | 0,385** |
| Nunca teve  | 52,2             | 47,8               | (159) |         |
| Foi insuficiente  | 48,9             | 51,1               | ( 92) |         |
| Satisfatória  | 45,7             | 54,3               | (256) |         |
| Grande eficácia   | 55,9             | 44,1               | ( 68) |         |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

\* Teste qui-quadrado de Yates

\*\* Teste qui-quadrado de Pearson

## 5.5 AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS QUE MANTÊM SUA CORRELAÇÃO COM A CONDUTA SEXUAL POR ANÁLISE MULTIVARIADA

Após análise de regressão logística, foi observado que mantiveram sua associação com diversos indicadores de conduta sexual especialmente as variáveis: idade, frequência a culto religioso e relacionamento das estudantes com os pais. Menor idade se associou à maior probabilidade de uso de preservativo todas as vezes com parceiro fixo, com ter tido apenas um parceiro na vida e com a conduta de abstinência sexual ou de sexo seguro nos últimos 12 meses. Maior frequência a culto religioso se associou positivamente com uso de preservativo na última relação sexual e conduta de abstinência ou sexo seguro nos últimos 12 meses. Melhor relacionamento com os pais se associou à maior probabilidade de ter tido apenas um parceiro na vida, com apenas um parceiro sexual nos últimos 12 meses e com maior conduta de abstinência ou sexo seguro nos últimos 12 meses. Bom relacionamento entre os pais se associou com ter apenas um parceiro sexual nos últimos 12 meses e, por último, morar sozinha ou com pessoa não parente se associou com maior conduta de sexo seguro, após excluir as abstinentes (Tabela 17).

TABELA 17 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS AOS INDICADORES DE COMPORTAMENTO SEXUAL NA ANÁLISE MÚLTIPLA POR REGRESSÃO LOGÍSTICA

| Variável   | Coef.<br>% | E.P.Coef.<br>% | p                |
|--|------------|----------------|------------------|
| <b>Uso de MAC sempre nos últimos 12 meses</b>  |            |                |                  |
| Sem variáveis associadas<br>(n=519)  |            |                |                  |
| <b>Uso de preservativo na última relação sexual</b>                                      |            |                |                  |
| Frequência ao culto religioso ( ≥2)  | 0,366      | 0,181          | <b>0,043</b>     |
| Constante  | -0,269     | 0,115          | <b>0,020</b>     |
| (n=513)  |            |                |                  |
| <b>Apenas um parceiro desde o início da vida sexual</b>                                  |            |                |                  |
| Relacionamento entre estudante e os pais (sensação de ser amada)                         | 1,238      | 0,325          | <b>&lt;0,001</b> |
| Idade (anos)   | -0,215     | 0,059          | <b>&lt;0,001</b> |
| Constante  | 3,228      | 1,227          | <b>0,009</b>     |
| (n=517)  |            |                |                  |
| <b>Até um parceiro nos últimos 12 meses</b>  |            |                |                  |
| Relacionamento entre estudante e os pais (sensação de ser amada)                         | 0,933      | 0,204          | <b>&lt;0,001</b> |
| Relacionamento entre os pais (convivência ambiente de amor e carinho)                    | 0,873      | 0,229          | <b>&lt;0,001</b> |
| (n=519)  |            |                |                  |
| <b>Uso de preservativo com parceiro fixo todas as vezes</b>                              |            |                |                  |
| Idade (anos)   | -0,042     | 0,005          | <b>&lt;0,001</b> |
| (n=518)  |            |                |                  |
| <b>Uso de preservativo com parceiro ocasional todas as vezes</b>                         |            |                |                  |
| Sem variáveis associadas<br>(n=239)  |            |                |                  |
| <b>Abstinência ou Sexo seguro nos últimos 12 meses (antes de excluir as abstinentes)</b> |            |                |                  |
| Idade (anos)   | -0,348     | 0,050          | <b>&lt;0,001</b> |
| Frequência a culto religioso ≥ 2   | 0,620      | 0,163          | <b>&lt;0,001</b> |
| Relacionamento entre a estudante e os pais (sensação de ser amada)                       | 0,646      | 0,253          | <b>0,011</b>     |
| Constante (n=807)  | 7,109      | 1,052          | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Conduta de sexo seguro nos últimos 12 meses (excluindo as abstinentes)</b>            |            |                |                  |
| Idade (anos)   | -0,179     | 0,058          | <b>0,002</b>     |
| Pessoa com quem mora (sozinha ou outra pessoa)   | 0,441      | 0,184          | <b>0,017</b>     |
| Constante (n=496)  | 3,517      | 1,215          | <b>0,004</b>     |

Fonte: UFPR/UNIOESTE

## 6 DISCUSSÃO

A hipótese do trabalho era de que os dois grupos seriam diferentes devido as diferenças socioeconômicas e culturais existentes entre as duas cidades. Porém, entre as diferenças encontradas, é importante realçar que a grande maioria das estudantes de Cascavel morava em outra cidade antes de ingressar na faculdade e quando ingressaram no terceiro grau passaram a morar sozinhas ou com outras pessoas. Estas mesmas estudantes referiram um relacionamento familiar mais harmonioso, tanto no sentimento entre os pais, como entre os pais e as estudantes, quando comparadas com as estudantes de Curitiba. Estas diferenças poderiam ser explicadas pelo fato de que a maioria das estudantes tinham como cidade de origem também uma cidade do interior, embora alguma de maior porte. A vida familiar neste tipo de cidade pode ser considerada como um fator agregador pelas comodidades e escassas opções de lazer fora dela, forçando a um convívio familiar maior.

A vivência de uma maior religiosidade também foi maior entre as estudantes de Cascavel, que também estaria associada a um núcleo familiar mais coeso e talvez até aliado ao fator cultural intrínseco de cidades do interior.

Na literatura consultada não foram encontradas referências a estudos comparando as características sócio-demográficas e comportamentais de estudantes da Capital com as do interior de um estado, como no presente estudo.

Ao pesquisar o comportamento sexual das estudantes de Curitiba e Cascavel, a única diferença significativa encontrada foi quanto ao uso de algum método anticoncepcional na primeira relação sexual, encontrado em maior proporção entre as estudantes de Curitiba, e o tempo decorrido entre esta primeira relação e o uso de métodos anticoncepcionais, que foi menor entre as estudantes de Curitiba.

A seguir passaremos a discutir os indicadores do comportamento sexual das estudantes.

A percentagem de estudantes universitárias com vida sexual ativa entre as que participaram nesta pesquisa foi semelhante a descrita por TURNER et al. (1988) entre universitárias de Oxford (Inglaterra), SVENSON e VARNHAGEN (1990) com universitárias de Alberta (Canadá), NAJEM e OKUZU (1998) com universitárias de

New Jersey (EUA), SZEPEŠVARI et al. (1999) com estudantes de medicina na Tanzânia, SIEGEL, KLEIN e ROGHMANN (1999) com estudantes de medicina e odontologia de New York (EUA) e PELTZER (2000) com estudantes de psicologia da África do Sul, sendo que em todos estes estudos esteve entre 65 e 73%. Números pouco menores foram encontrados por FAGUNDES, FARIA e MALC (1993) entre estudantes de medicina em Curitiba, cerca de 50%. Apesar dos números serem semelhantes, deve ser lembrado que os estudos da presente pesquisa são de estudantes do Setor de Ciências da Saúde, não especificamente da medicina.

Resultados discordantes foram encontrados por POULSON et al. (1998) com universitárias da Carolina do Norte (EUA), SZEPEŠVARI et al. (1999) entre universitárias na Suécia e HARDING et al. (1999) com universitárias do sudeste da Nigéria: cerca de 90% têm atividade sexual. FREUNDLICH et al. (2001) referiram que 70 a 100% das jovens da Faculdade de Ciências da Saúde e Serviço Social da Argentina são sexualmente ativas. Enquanto isto, NAJEM e OKUZU (1998) com estudantes de medicina em Benin (Nigéria), cerca de 35%. Percentagens bem inferiores foram encontradas na Coreia: 10% e no Vietnã com apenas 2% (PROGRESS,1997). ZHANG et al. (2001) referiram que apenas 9% das universitárias de Beijing (China) tinham atividade sexual.

Estas diferenças podem ser explicadas pelo fato de que na Suécia e nos EUA o sexo é visto com maior naturalidade e liberdade, e o nível de educação sexual é melhor, enquanto que na Coreia e Vietnã o sexo pré-marital entre adolescentes não é uma conduta apropriada. É interessante notar as diferenças encontradas dentro da Nigéria, mas em diferentes faculdades. A China com sua cultura tradicional e atitudes conservadoras não admite o relacionamento sexual pré-marital, mas esta conduta tende a mudar devido ao desenvolvimento econômico e a introdução da cultura ocidental.

Existe ainda o fator que relaciona a mudança do comportamento sexual de acordo com o passar dos anos, que é ainda mais evidente nos países mais desenvolvidos.

No Brasil, segundo estudo do CEBRAP em 1998 (CEMICAMP,2001) realizado numa população de 160 micro áreas urbanas, 92% das mulheres na idade de 20-24 anos já tinham iniciado atividade sexual, sendo que OLINTO e GALVÃO

(1999) encontraram número pouco menor na mesma faixa etária, 84%. A maior proporção de jovens sexualmente ativas nesses estudos pode ter duas explicações. Primeiro: a idade é um pouco superior e mesmo o presente estudo mostra aumento esperado de atividade sexual com o avançar da idade das mulheres. Segundo: estes trabalhos avaliaram a população geral, incluindo uma maioria de jovens com menor escolaridade que as mulheres do estudo atual, o que pode justificar a nossa menor porcentagem de jovens sexualmente ativas nesta pesquisa.

A idade de início de atividade sexual entre as estudantes universitárias de Curitiba e Cascavel corrobora os resultados de quase todos os autores com pesquisas entre universitárias, que referem que aproximadamente 60% já tinham relações sexuais aos 20 anos (PROGRESS, 1997; CARNEIRO et al., 1999; SZEPESVARI et al., 1999; FREUNDLICH et al., 2001). Número maior foi encontrado por TURNER et al., 1988, onde 95% das universitárias em Oxford (Inglaterra) já tinham vida sexual ativa aos 20 anos, o que pode ser justificado em razão das estudantes morarem dentro da própria universidade. Fato inverso ocorre com estudantes de medicina na Tanzânia: 70% ainda não tinham relações sexuais aos 20 anos (SZESPEVARI et al., 1999), talvez devido à forte influência da religião: cultos animalísticos e islamismo .

A realidade entre estudantes de segundo grau de colégios estaduais ou de ambulatórios de obstetrícia de hospitais públicos é outra: a idade média de início de atividade sexual está em torno de 15 anos (VITIELLO; CONCEIÇÃO, 1988; RODRIGUES et al., 1993; SILVA et al., 1996; FRAZÃO; MARTINS, 1997; DE LUCA et al., 1998) e, aos 16 anos segundo a PNDS, 1996 (BEMFAM, 1999).

SIEGEL, KLEIN e ROGHMANN (1999) referiram a idade média de 16.8 anos de início de atividade sexual entre as estudantes de medicina e odontologia de Rochester (New York), talvez devido ao maior grau de liberdade sexual existentes entre as americanas. AGGARWAL, SHARMA e CHAABRA (2000) referiram idade média de início de atividade sexual de 17,5 anos entre estudantes de colegial na Índia e explicam que esta idade mais tardia é devida ao sistema de valores éticos vigentes, que desencorajam a iniciação sexual nas idades mais jovens.

ADOLESCENT REPRODUCTIVE BEHAVIOUR (1989) refere que mais da metade das jovens pesquisadas iniciaram sua vida sexual antes do 17 anos, e um terço delas antes dos 15 anos.

O início de atividade sexual aparentemente mais tardio entre as estudantes universitárias incluídas no presente estudo pode ter duas explicações diferentes, lembrando que as amostras dos outros estudos incluíram uma maioria de adolescentes de classe socioeconômica mais baixa que dificilmente chegarão a uma universidade, muitas devido a uma gravidez indesejada, outras pela própria condição social. É possível que o início mais cedo da atividade sexual não protegida propicie uma gravidez precoce, que sabidamente se associa a uma menor possibilidade de educação superior. Nesse caso seria a conduta sexual de risco a determinante de não atingir a educação universitária, o que explicaria as diferenças encontradas com a literatura. No sentido oposto, também é possível que as características das jovens que conseguem atingir a universidade tenham sido desde o início diferentes, incluindo, por exemplo, o relacionamento afetivo das estudantes com seus pais e destes entre si, identificadas neste estudo como aquelas com forte associação com a conduta sexual.

O uso de algum método anticoncepcional na primeira relação sexual entre as estudantes do presente estudo em Curitiba confirma o encontrado por FAGUNDES, FARIA e MALC (1993) entre estudantes de medicina, na mesma cidade: cerca de 80% das estudantes fizeram uso. Percentagem pouco menor foi encontrada entre as estudantes de Cascavel desta pesquisa, assim como TURNER et al.(1988) entre as universitárias de Oxford, cerca de 74%; enquanto isso a PNDS em 1996 (BEMFAM,1999) revelou um número menor ainda: 57% das jovens com escolaridade igual ou superior a nove anos utilizou algum tipo de MAC e apenas 20% entre aquelas com quatro anos de escolaridade. Estas diferenças demonstram que o uso de métodos anticoncepcionais está positivamente associado ao nível de instrução das jovens.

ADOLESCENT REPRODUCTIVE BEHAVIOUR (1989) refere baixo uso no uso de algum método anticoncepcional na primeira relação sexual: 41% na Jamaica e 22% no México. No Brasil, Costa Rica e Paraguai apenas 14% das jovens fazem uso, sendo a pílula o mais usado. O índice mais baixo foi em Honduras, com apenas

4%. Há de se fazer notar que este estudo foi realizado entre países em desenvolvimento, não referindo o grau de escolaridade.

A percentagem de uso de algum método anticoncepcional na última relação sexual em Curitiba, cerca de 90%, na pesquisa atual é superior ao encontrado por KNOX e BRIGMAN, (1993), entre estudantes universitárias na Carolina do Norte (EUA) em cerca de 10 pontos percentuais. Esta diferença poderia ser explicada pelo tempo decorrido entre as duas pesquisas: aumentaram os casos de AIDS e uma maior preocupação com gravidez indesejada.

Fez-se interessante pesquisar o tempo decorrido entre a primeira relação sexual e a data de início de uso de algum método anticoncepcional. Assim estudos referidos no PROGRESS (2000) mostraram que este prazo era de um ano, que foi o mesmo encontrado entre as estudantes de Curitiba e Cascavel.

No entanto, há de se ressaltar que as estudantes de Curitiba iniciaram mais precocemente o uso de algum método anticoncepcional quando comparadas com as estudantes de Cascavel. Enquanto cerca de 82% das estudantes universitárias de Curitiba fizeram uso de algum método anticoncepcional na sua primeira relação sexual, essa proporção foi de apenas 73% em Cascavel. Após 5-6 meses de atividade sexual, cerca de 95 % das estudantes de Curitiba estavam fazendo uso de MAC, enquanto que em Cascavel o início de uso foi mais tardio: 95% com quase um ano de atividade sexual.

Esta conduta poderia ser atribuída aos “benefícios” de uma capital: maior informação pela mídia, maior facilidade de acesso aos métodos anticoncepcionais, maior troca de informações entre as adolescentes e talvez maior orientação sexual informal dentro das escolas.

A percentagem de uso de algum MAC nos últimos doze meses entre as estudantes que participaram desta pesquisa é semelhante ao encontrado por FAGUNDES, FARIA e MALC (1993) entre estudantes de medicina de Curitiba e FREUNDLICH et al. (2001) entre universitárias da Argentina, onde cerca de 80% fez uso com freqüências diversas.

ADOLESCENT REPRODUCTIVE BEHAVIOUR (1989) mostrou que 70% das jovens do México, Jamaica e Tailândia fizeram uso de algum método anticoncepcional nos últimos doze meses e apenas 19% no Zimbábue e Honduras.

Quando foi comparado o uso de método anticoncepcional de acordo com o estado marital, o maior uso era entre as jovens casadas. Este mesmo estudo mostrou que no Brasil em 1986, apenas 29% das jovens faziam uso de algum método anticoncepcional.

Passaram-se os anos e a realidade brasileira pouco mudou: números preocupantes foram encontrados entre um grupo selecionado de adolescentes em ambulatórios de pré-natal de hospitais públicos: 60 a 80% não fazia uso de qualquer MAC (ROGRIGUES et al., 1993; FRAZÃO; MARTINS,1997). Entretanto, é evidente que se trata de um grupo selecionado e que, justamente pelo baixo índice de uso de contraceptivos, estas adolescentes estavam grávidas.

É encorajador o resultado desta pesquisa referente à percentagem de uso de preservativo na primeira relação sexual, associado ou não a outro método anticoncepcional, cerca de 64%, pois foi semelhante à encontrada por SZEPESVARI et al. (1999) na Suécia, 70%. Apesar da não-representatividade de nossa amostra, pareceria indicar uma tendência à proteção contra a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis entre nossas universitárias, semelhante a um país tão desenvolvido como a Suécia. A maior proporção de uso neste estudo realizado em 2001, em comparação com o de SVENSON e VARNHAGEN (1990) entre universitárias no Canadá, cerca de 50%, e na PNDS em 1996 (BEMFAM,1999) entre estudantes de nível superior, cerca de 45%, e apenas 22.5% por FAGUNDES, FARIA e MALC (1993) entre estudantes de medicina em Curitiba, poderia significar um aumento na porcentagem de universitárias que adotam conduta de sexo seguro com o passar dos anos.

No entanto, SZESPEVARI et al. (1999) encontraram 24% das estudantes de medicina na Tanzânia que referiram o uso de preservativo na primeira relação sexual e PELTZER (2000) ao estudar universitárias de psicologia na África do Sul, menos de 20% das estudantes fazendo uso de preservativo na primeira relação sexual. Estes números mostram a incoerência entre o grau de escolaridade e as atitudes frente ao sexo seguro, principalmente pelo fato de que estas estudantes vivem em uma região de alta prevalência para AIDS. O pouco uso do preservativo na primeira relação sexual poderia também ser atribuído ao fator “surpresa” desta relação.

SIEGEL, KLEIN e ROGHMANN (1999) referiram que o uso de preservativo na primeira relação sexual foi maior entre as estudantes mais adiantadas, talvez por terem tido maior orientação sexual, reforçado pelo aparecimento do HIV, enquanto que nas mais jovens existiria uma negação da doença. Este resultado discorda da nossa pesquisa, onde a prática de sexo seguro é maior entre as jovens de menor idade.

TURNER et al. (1988), ao pesquisarem estudantes universitárias em Oxford, mostraram um decréscimo no uso de preservativos de nove pontos percentuais entre os anos de 1977 e 1987, talvez pelo baixo temor destas estudantes em contrair o HIV, visto que a incidência é baixa na Inglaterra, o que também ocorreria em Israel.

Mesmo que a percentagem de uso de preservativo na última relação sexual entre as estudantes desta pesquisa não alcance 50%, ainda é dez pontos percentuais superior ao encontrado por KNOX e BRIGMAN (1993) nos EUA, e duas a três vezes superior aos encontrados na Nigéria e Peru (PROGRESS,2000). Estes achados poderiam refletir as diferenças sócio-econômicas-culturais destes países, e mais uma vez realçam o aspecto entre o conhecimento sobre DST/AIDS e o comportamento sexual na prática. Também mostram que apesar do conhecimento entre estudantes universitárias de que o não uso do preservativo está relacionado à infecção por HIV, é baixo o número delas que fazem uso constante do mesmo.

PNDS em 1996 (BEMFAM,1999) referiu o uso de preservativo na última relação sexual por apenas 20% das mulheres, mas esta discordância é explicada pelo diferente nível socioeconômico e cultural das mulheres pesquisadas.

O presente estudo mostrou um decréscimo na prevalência do uso de preservativo no período compreendido entre a primeira e a última relação sexual, o que também foi encontrado por SZESPEVARI et al. (1999) entre estudantes de medicina da Suécia e da Tanzânia. Talvez no nosso meio este decréscimo possa ser atribuído ao fato muitas vezes relatado pelas estudantes de confiar mais no parceiro com o decorrer do tempo. Na Suécia foi atribuído pelas próprias estudantes ao fato de terem ingerido drogas ou álcool, enquanto que na Tanzânia pela deficiência de educação sexual.

De modo geral, a maioria dos autores faz referência ao uso do preservativo sem mencionar se com parceiro fixo ou ocasional. Mesmo assim a proporção de uso do preservativo entre universitárias varia muito, sendo que os resultados desta pesquisa são inferiores (10-40%) aos encontrados por outros autores, em torno de 40-60% de uso, mas não de forma consistente (SVENSON; VARNHAGEN, 1990; DIAZ et al, 1991; KNOX; BRIGMAN, 1993; SVENSON; CARMEL; VARNHAGEN, 1997; PROGRESS, 1997; HARDING et al., 1999; DILORIO et al., 2000; PROGRESS, 2000; FREUNDLICH et al., 2001; ZHANG et al., 2001).

Achados concordantes também foram encontrados por FAGUNDES, FARIA e MALC (1993), que encontraram apenas 18% das estudantes de medicina utilizando preservativos e, segundo o PNDS em 1996 (BEMFAM,1999), somente 10% das mulheres com escolaridade superior a doze anos faziam uso do mesmo. Estes resultados são importantes pois indicam a pouca preocupação das jovens brasileiras na prevenção das DST/AIDS, reforçando mais uma vez a idéia de que o fato de serem universitárias não altera o comportamento sexual.

É mostrado ainda que existe associação entre o grau de escolaridade e o uso de preservativos, pois quanto maior a escolaridade, maior é o uso do mesmo. Os estudos realizados com estudantes de menor nível de escolaridade denotam um uso ainda menor, mas também com variações, de 6 a 26% (CORDEIRO; TEMPORINI, 1997; FERREIRA et al., 1998; BEMFAM,1999; OLINTO; GALVÃO, 1999). Apenas CORDEIRO e TEMPORINI, 1997, fizeram uma referência a uma maior percentagem de estudantes fazendo mais uso de preservativo numa faixa etária menor com decréscimo acentuado ao alcançar os 22 anos (cerca de 20 pontos percentuais).

O estudo destes casos revelou que as causas para o não uso do preservativo incluíram a confiança total no parceiro, a falta de habilidade em negociar o uso do preservativo com o parceiro e recusar o coito caso não seja aceito e, conseqüentemente o medo de perder o parceiro, o receio de ser acusada de ter outros parceiros e perder a moral, o embaraço na compra do preservativo e o mais grave: o temor de desempenho por parte do adolescente do sexo masculino. SVENSON, CARMEL e VARNHAGEN (1997) acentuaram o fato de que o uso do

preservativo não é um comportamento próprio-controlado, mas que depende do consentimento das duas partes.

Todos estes fatores mostram a dificuldade de comunicação quando o assunto é sexo, na dificuldade que os pais têm em discutir a importância do uso do preservativo com seus filhos. SVENSON, CARMEL e VARNHAGEN (1997) referiram uma pesquisa realizada nos EUA onde somente 75% dos pais de adolescentes de 10-17 anos discutiam a importância do uso do preservativo com seus filhos, e número ainda menor em Israel. E ainda: em ambos os estudos a mãe era a pessoa que mais orientava este uso. DILORIO et al. (2000) mostraram que os adolescentes que discutiam sexualidade com seus pais têm uma maior facilidade para conversar sobre sexo com seus parceiros.

O uso de preservativo com parceiro fixo em nossa amostra foi referido por quase 1/3 das estudantes, o que corrobora os estudos de TURNER et al. (1988), CREPALDI e BUENO (1997), SVENSON, CARMEL e VARNHAGEN (1997). Alguns estudos sugerem a crença das jovens em que conhecendo o parceiro por mais tempo e este “não tendo aparência de AIDS”, estariam liberadas a praticar sexo sem a proteção do preservativo (POULSON et al., 1998; CARNEIRO et al., 1999; MANDU; CORRÊA; VIEIRA, 2000).

A percentagem de universitárias do presente estudo que fazia uso de preservativo com parceiro ocasional foi quatro vezes superior ao encontrado entre estudantes da Nigéria, cerca de 17%. No entanto, embora 78% destas estudantes da Nigéria estivessem conscientes de que mudanças no comportamento – como ter apenas um parceiro e o uso consistente do preservativo – poderiam prevenir a transmissão do HIV, este conhecimento não era utilizado no seu comportamento sexual (PROGRESS,1997). Estes resultados mais uma vez vêm mostrar a diferença existente entre o conhecimento adquirido e o comportamento sexual assumido.

É preciso notar que estudos publicados referentes ao uso de preservativo com parceiro ocasional, na maioria das vezes, são relativos apenas ao sexo masculino e com prostitutas (PROGRESS,1997).

Assim como a nossa pesquisa mostrou a queda ao longo do tempo no uso de preservativo, também o fez com o aumento no uso de outros métodos anticoncepcionais, mais fortemente observado entre as estudantes de Cascavel.

Resultado semelhante foi mostrado por SIEGEL, KLEIN e ROGHMANN (1999) entre universitárias de medicina e odontologia de Rochester (EUA), onde ocorreu um aumento no uso de anticoncepcionais hormonais entre a primeira relação sexual e o uso atual, mas o uso de preservativo se manteve igual, denotando uma super preocupação contra uma eventual gravidez e talvez subestimando o risco de contágio de HIV/AIDS.

Até onde chega o nosso conhecimento, até agora não foram relatados resultados semelhantes em outros estudos da literatura nacional.

A porcentagem de estudantes de Curitiba e Cascavel que declararam o número total de parceiros sexuais igual ou superior a dois, é semelhante a encontrada por TURNER et al. (1988) com estudantes universitárias de Oxford e POULSON et al. (1988) entre universitárias da Carolina do Norte (EUA), cerca de 50%, e dezessete pontos percentuais superior ao encontrado entre estudantes de segundo grau e universitárias da Coréia (PROGRESS,1997).

Embora exista semelhança entre as estudantes da presente pesquisa com as de Oxford em relação ao número de parceiros sexuais, há de se levar em conta que um número maior de estudantes em Oxford, aproximadamente 90% estão tendo relações sexuais antes dos vinte anos, o que poderia determinar um maior número de parceiros sexuais. As próprias estudantes deste último estudo referiram que deveriam ter um menor número de parceiros sexuais para evitar uma HIV infecção. Também deve ser referido o tempo existente entre as duas pesquisas, pois o estudo de Turner foi realizado em 1988.

Os resultados aparentemente discordantes em relação ao número de parceiros sexuais entre as estudantes da Coréia podem ser atribuídos a que apenas 10% das estudantes entrevistadas tinham atividade sexual, e destas, 33% tinham dois ou mais parceiros. Então ocorre uma proporção maior de estudantes com maior número de parceiros, o que poderia indicar uma educação sexual deficiente.

CARNEIRO et al. (1999) referiram que o número de parceiros poderia ser subestimado nas pesquisas, pois as jovens não contam os parceiros eventuais, mas somente aqueles com laço afetivo.

Vários autores encontraram resultados semelhantes aos do nosso estudo ao pesquisarem a porcentagem de estudantes com dois ou mais parceiros sexuais

nos últimos doze meses de atividade sexual, entre 18 a 24% (NAJEM; OKUZU, 1998; BEMFAM, 1999; SZESPEVARI et al., 1999; DILORIO et al., 2000). Há de se notar que a pesquisa de NAJEM e OKUZU foi realizada com estudantes de ambos os sexos, o que poderia justificar o número levemente superior.

No entanto, a maioria das jovens dos estudos anteriores, e também as de Curitiba e Cascavel, tiveram apenas um parceiro nos últimos doze meses, no que deveria ser revisto o conceito corrente entre adultos de que as adolescentes mantêm vida sexual promíscua. E ainda, lembrar o que VITIELLO (1988) conceituou como *monogamia seriada*, isto é, parceiro único durante um lapso de tempo mais ou menos longo, após o qual ocorre substituição desse companheiro por outro.

SIEGEL, KLEIN e ROGHMANN (1999) referiram que o menor número de parceiros estava relacionado ao fato das jovens conviverem com pais casados, serem do sexo feminino e terem uma menor idade.

A percentagem de estudantes universitárias de Curitiba e Cascavel que moram com parceiro é doze vezes menor ao encontrado por VITIELLO e CONCEIÇÃO (1988) e vinte vezes menor ao encontrado por RODRIGUES et al. (1993). Esta diferença pode ser devida ao fato de que a população estudada por VITIELLO e CONCEIÇÃO é de adolescentes de baixo nível sócio-econômico-cultural, e as de RODRIGUES et al. são adolescentes de um serviço de pré-natal, portanto, grupos completamente diferentes.

Após discutir o comportamento sexual das estudantes de Curitiba e Cascavel, as estudantes foram divididas em três grupos de acordo com a conduta sexual: abstinência, sexo seguro e sexo inseguro (variáveis definidas na metodologia).

A distribuição das estudantes pesquisadas em Curitiba e Cascavel segundo a conduta sexual vem corroborar discussões realizadas por diversos autores de que o fato de serem universitárias não afeta o comportamento sexual das mesmas (BALDWIN; WHITELEY; BALDWIN, 1990; SVENSON; VARNHAGEN, 1990; SVENSON; CARMEL; VARNHAGEN, 1997; HARDING et al., 1999; BRUYN; JOUBERT, 2002), pois mais da metade das estudantes sexualmente ativas ainda têm uma conduta sexual de sexo inseguro.

No entanto, diversos autores referem mudanças no comportamento sexual após programas bem orientados, principalmente no que diz respeito à prevenção de DST/AIDS, entre universitários (VARNHAGEN et al., 1991; DIAZ et al., 1991; KIPKE; BOYER; HEIN, 1993; KAUTH et al., 1993; CARNEIRO et al., 1999; BOSOMPRA, 2001).

Pouco mais de 50% das universitárias estudadas em Curitiba e Cascavel possuíam idade inferior a 20 anos. Ao pesquisar as estudantes com vida sexual ativa nesta faixa etária, foi encontrado que mais da metade delas optou por uma conduta sexual segura, enquanto que o sexo inseguro foi mais freqüente entre as estudantes da faixa etária superior a 20 anos. Esta diferença no comportamento poderia estar relacionada ao fato de que, por terem pouca idade, tiveram menor tempo de atividade sexual e conseqüentemente menor número de parceiros, e talvez, a consciência mais marcada para o uso do preservativo, como prevenção de DST/AIDS.

O tipo de conduta sexual vivenciado pelas estudantes universitárias da presente pesquisa foi semelhante em Curitiba e Cascavel, sendo que mais da metade das estudantes com vida sexual ativa ainda praticam sexo inseguro, o que vem corroborar as discussões realizadas entre outros autores (TURNER et al., 1988; MACHADO et al., 1997; PROGRESS, 1997; SVENSON; CARMEL e VARNHAGEN, 1997; MCKELVEY et al., 1999; BRUYN; JOUBERT, 2002).

Estes estudos referem que pelo grau de escolaridade das estudantes, conhecimento de DST/AIDS e problemas gerados por uma gravidez nesta etapa da vida escolar, é ainda grande o número delas que não fazem uso de medidas protetoras. Existe uma diferença muito grande entre o conhecimento teórico e a realidade na vivência sexual, sendo esta premissa aceita entre a maioria das estudantes.

O relacionamento familiar foi estudado por DE LUCA et al. (1998) entre estudantes do segundo grau em São Paulo, relacionando o sentimento sobre a vida familiar e a existência de atividade sexual. Foi encontrado um maior número de adolescentes sexualmente ativas entre as estudantes que viviam num meio familiar turbulento, com rejeição e separação entre os pais. Este resultado coincide com

aquele observado entre as estudantes de Curitiba e Cascavel, embora que as estudantes de DE LUCA estivessem num grupo etário e de escolaridade inferior.

DE LUCA et al. (1998) também relataram na mesma pesquisa que quanto melhor o relacionamento com os pais, menor o percentual de jovens sexualmente ativas, o que corrobora o achado em nosso estudo, onde o mesmo sentimento foi referido pelas jovens que tinham a conduta sexual de abstinência. Por outro lado, o sentimento de indiferença ou “sensação de rejeição” determinou a opção por conduta de sexo inseguro.

YAZLLE et al. (2002) referiram os achados de GUITARRO entre adolescentes grávidas no Equador: elas relataram menor comunicação intrafamiliar, menor satisfação pessoal e maiores dificuldades escolares e econômicas.

Assim, a confirmação da associação positiva entre um relacionamento familiar harmonioso e a prática de uma conduta sexual de abstinência e sexo seguro fazem reforçar o pensamento de que a família continua sendo a célula mater da sociedade, inclusive nos dias atuais. A desavença dentro de casa talvez possa ser o fator que leve a adolescente a procurar num parceiro a estabilidade emocional que não lhe foi oferecida na sua família.

Em relação à religiosidade, o resultado encontrado no nosso estudo é semelhante ao de MCKELVEY et al. (1999) entre estudantes de medicina e enfermagem na Austrália. Este estudo refere a freqüência de três ou mais vezes a culto religioso associado a um menor número de parceiros, enquanto que na nossa pesquisa a mesma freqüência é associada a uma maior prática de conduta sexual tipo abstinência.

Faz-se importante notar que entre as jovens sexualmente ativas da nossa pesquisa, a maior participação em culto religioso determinou uma maior opção por abstinência e, curiosamente, ao uso de preservativo na última relação sexual. A primeira observação, denotando a forte influência da religião na conduta sexual (POULSON et al., 1998; MOSER, 1999; MOSER, 2001; YAZLLE et al., 2002).

Outro fator que mostrou diferença significativa na conduta sexual assumida, foi a pessoa com quem a estudante residia no período da faculdade. As estudantes que moravam sozinhas ou com outra pessoa demonstraram maior responsabilidade com sua liberdade, pois a maioria delas optou pela conduta sexual de abstinência.

Entre as jovens sexualmente ativas a opção por conduta sexual de sexo inseguro foi significativamente maior entre aquelas que moravam com pais e/ou parceiro. Este resultado é inverso ao esperado, sugerindo que os pais podem não estar se comunicando adequadamente com suas filhas, e têm dificuldades para conversar sobre o exercício de uma conduta sexual de sexo seguro. O fato de morar com o parceiro e ter conduta de sexo inseguro poderia ser atribuído ao “conhecer” o parceiro, não havendo necessidade de proteção.

É também muito importante destacar que entre as estudantes avaliadas neste estudo, a participação em aulas de educação sexual se associou a maior porcentagem de abstinência sexual, ao contrário do preconceito tantas vezes manifestado, de que a educação sexual seria um estímulo ao início precoce e a prática desenfreada da sexualidade (SHORT, 1998; AGGARWAL; SHARMA; CHHABRA, 2000).

MARTINEZ et al. (1995), ao pesquisar estudantes de medicina no Chile, encontraram que quase a metade não recebeu qualquer orientação sexual na vida escolar pregressa, enquanto que em nossa pesquisa os números encontrados foram melhores: cerca de 2/3 das estudantes foram orientadas.

No entanto, ao separar as estudantes com vida sexual ativa, foi encontrado que estas estudantes que não tiveram orientação tiveram uma conduta de sexo seguro em maior número em relação àquelas que foram orientadas. Talvez isto possa ser explicado pelo fato de que foi perguntado apenas a educação sexual na vida escolar, então, estas jovens podem ter tido orientação sexual em casa, com amigas ou até mesmo em livros ou revistas, que se revelaram mais eficazes que a orientação escolar. (DIAZ et al, 1991; SVENSON; CARMEL; VARNHAGEN, 1997; KAKAVOULIS; FORREST, 1999).

Estes resultados reforçam a necessidade de implantação de programas eficazes de educação sexual nos currículos escolares em suas diferentes etapas, como é sugerido por vários autores (PINHEIRO,1977; SVENSON; CARMEL;VARNHAGEN, 1997; NAJEM; OKUZU, 1998; SHORT, 1998; KAKAVOULIS; FORREST, 1999; MCKELVEY et al., 1999; ZHANG et al., 2001; BRUYN; JOUBERT, 2002).

A eficácia destes programas de educação sexual é referida como mais que adequada entre estudantes universitárias, na área da Educação, por KAKAVOULIS e FORREST (1999) na Grécia e Escócia, enquanto que no nosso estudo uma grande eficácia foi referida por apenas 10% das estudantes. Mesmo as estudantes que referiram uma eficácia satisfatória, praticam mais sexo inseguro quando comparadas com aquelas que não receberam orientação sexual anteriormente. Esta discordância com certeza é devida aos programas de educação sexual existentes naqueles dois países.

Sabe-se de maneira geral que a orientação sexual praticada de maneira aleatória, e até mesmo improvisada nas escolas, não está obtendo a eficácia esperada, conforme o comportamento sexual das estudantes: diminuição no uso do preservativo e métodos anticoncepcionais, aumento no número de gestações e aumento na incidência de DST/AIDS.

Nada foi encontrado ao nosso alcance, até o presente momento, na literatura nacional e internacional, que utilizasse métodos estatísticos para verificar a associação das variáveis com os indicadores de conduta sexual.

A menor idade, a maior freqüência a culto religioso, o bom relacionamento familiar estiveram associados a condutas sexuais mais seguras, tanto na análise bivariada como por regressão logística, revelando que apesar da evidente inter-relação entre essas características, cada uma delas agia independentemente sobre a conduta sexual.

A associação entre as jovens com menor idade e o uso de preservativo todas as vezes com parceiro fixo, apenas um parceiro na vida e uma conduta sexual de abstinência ou sexo seguro nos últimos doze meses, poderia ser explicado pelo menor tempo de atividade sexual, pelo maior cuidado com seu corpo e temor pelos “perigos” de uma sexualidade sem cuidados. BALDWIN, WHITELEY e BALDWIN (1990) referiram que quando as jovens iniciavam mais precocemente atividade sexual, teriam mais parceiros e, que a freqüência de relações sexuais estaria associada ao maior número de anos de atividade sexual, a despeito de seus conhecimentos sobre HIV.

A associação positiva de maior freqüência ao culto religioso com o uso de preservativo na última relação sexual poderia sugerir que a consciência da

necessidade de proteger-se é mais forte que proibições pontuais de algumas religiões. No entanto, a associação positiva com a conduta sexual de abstinência poderia indicar a presença mais forte da religião católica, onde o sexo somente estaria liberado a partir do casamento.

O relacionamento com os pais e a maior probabilidade de ter tido apenas um parceiro sexual na vida ou nos últimos doze meses, corrobora o achado de DE LUCA et al. (1998), assim como o bom relacionamento entre os pais.

Estas atitudes sexuais positivas das estudantes que convivem em um ambiente familiar harmonioso mais uma vez vêm reforçar o papel da família perante a sociedade.

A associação entre sexo seguro nos últimos doze meses e o fato da estudante morar sozinha ou com outra pessoa poderia ser o demonstrativo do nível de responsabilidade que elas adquirem ao viver com mais liberdade.

As cidades de Curitiba e Cascavel são duas cidades muito diferentes quando comparados o tamanho, número de habitantes, etnia e nível cultural da população. Curitiba, por ser a capital do Estado, tem uma população maior, um maior número de universidades, etnias diversas, programação cultural grande, maior desenvolvimento industrial, etc. Cascavel é uma cidade relativamente nova (50 anos), colonizada predominantemente por gaúchos e com maior desenvolvimento na agricultura. Mas os resultados de nossa pesquisa mostraram que as principais diferenças entre os dois grupos de estudantes não estão no seu comportamento sexual e sim no relacionamento familiar e religiosidade, que pareceu determinar uma conduta sexual de abstinência e sexo seguro.

As estudantes de Cascavel, com maior freqüência, têm pais que vivem em harmonia, têm maior religiosidade, moravam em outra cidade antes de entrar na faculdade e na atualidade não moram com os pais. Estas diferenças talvez possam ser explicadas pela própria característica da cidade do interior: as opções de lazer são mais restritas ao ambiente doméstico, determinando laços afetivos e religiosos mais marcantes.

Várias pesquisas internacionais foram realizadas entre estudantes universitários, principalmente entre os de medicina, alguns sendo estudos comparativos entre países de diferentes valores sócio-culturais. Entretanto não

encontramos outros estudos que relacionassem as características da vida familiar das estudantes com sua conduta sexual.

Os nossos achados de uma conduta sexual mais segura entre jovens que se sentem amadas por pais que se relacionam bem entre si, dão sustentação à idéia, mais ou menos generalizada, da importância de uma estrutura familiar harmoniosa sobre a conduta dos filhos. Os dados, entretanto, também sugerem que não basta as estudantes morarem com os pais para terem uma conduta sexual mais segura. O achado de maior prática de sexo seguro pelas estudantes que moravam sozinhas ou com pessoas não parentes, que entre as que moravam com os pais são inéditas, reforçando a maior responsabilidade perante si e a sociedade.

Além disso, poucas são as pesquisas no país relacionadas à sexualidade de estudantes universitários, e nenhuma foi encontrada que se destinasse especificamente ao sexo feminino. Esta é a primeira pesquisa realizada entre estudantes universitárias dos cursos do Setor da Saúde, através da qual foi comparado o comportamento sexual e fatores associados à conduta sexual de risco.

Embora este estudo sobre o comportamento sexual de universitárias seja pouco priorizado no Brasil, deve-se deixar claro que a amostra é representativa apenas das estudantes destas duas universidades, não podendo ser estendida às demais estudantes universitárias. Assim como também não representa o universo das estudantes do Setor de Ciências da Saúde.

Pode ser que tenha ocorrido um viés de seleção no presente estudo, visto que o grupo incluído na pesquisa estaria representado por aquelas estudantes que estavam em sala de aula no momento da pesquisa e que concordaram em participar da pesquisa. Faz-se importante notar que o grupo das estudantes que não estavam presentes ou que entregaram os questionários em branco, poderia ser diferente daquele aqui analisado.

Este é um estudo com seres humanos e, como tal, não foi possível obrigar as estudantes a participar da pesquisa, elas tiveram ampla liberdade na escolha de responder ao questionário. Este é um viés intrínseco a este tipo de pesquisa e que poderia ocorrer em qualquer local de pesquisa.

A importância prática desta pesquisa está em que os seus resultados indicaram que as jovens ainda vivem numa situação sexual de risco e que

conhecimentos sobre sexualidade, reprodução e contracepção nem sempre indicam que existe a conduta de sexo seguro.

Uma série de fatores associados a uma conduta sexual de risco foram identificados, sendo que todos poderiam ser passíveis de correção através de uma educação sexual.

De acordo com estes resultados é necessário estimular o uso do preservativo com maior frequência entre as jovens, sobretudo considerando as barreiras que existem quanto ao uso constante. Esta educação preventiva poderia ser feita sob três aspectos:

- orientação quanto à conduta sexual naquelas jovens que ainda não tiveram atividade sexual;
- mudança de comportamento para aquelas que já iniciaram vida sexual e não usam preservativo e,
- encorajar a manutenção do uso para aquelas que já fazem uso.

Esta pesquisa confirma a necessidade de implantação de programas de educação sexual mais próximos à realidade das adolescentes, iniciando na pré-escola, prosseguindo no primeiro e segundo graus, e estendendo-se nas universidades, sempre levando em consideração a necessidade de cada idade.

Diversas iniciativas têm surgido em todo o país visando ao maior conhecimento e prática de uma sexualidade mais sadia, mais madura e que reduza o risco de exposição a DST/AIDS e à gravidez não desejada.

Nestes programas a sexualidade deveria ser considerada dentro de uma visão biopsicossociocultural, para que possa ocorrer uma mudança efetiva no comportamento sexual das adolescentes e jovens. Deveriam incluir temas como: anatomia e fisiologia da sexualidade e da reprodução, anticoncepção, gravidez, sexualidade e drogas, DST/AIDS, tudo visando à importância do sexo seguro. E ainda temas específicos da sexualidade: identidade e papel sexual; sexualidade da criança e do adolescente; dimensões do amor; preconceitos, mitos e credences sexuais; padrões de conduta e resposta sexual, e principalmente a importância da sexualidade bem resolvida na formação de um indivíduo íntegro e saudável.

PINHEIRO (1997) ressalta a importância de que a educação sexual não deve ser um fenômeno esporádico, como uma palestra ou semana especial de

atividade, mas um processo contínuo com um canal aberto de diálogo entre os estudantes, professores e pais.

PROGRESS (2000) refere que as jovens reclamam das aulas de educação sexual, pois, na maioria das vezes, a orientação é focada em desencorajar a atividade sexual, ao invés de apontar os perigos e, principalmente, ensinar o sexo seguro.

Então, para que estes programas sejam realmente efetivos é necessário o treinamento de profissionais que estejam à vontade para conversar sobre sexo, que cativem as adolescentes e se tornem merecedores da confiança depositada, mas, que acima de tudo saibam transmitir a vivência de uma sexualidade plena com responsabilidade.

O aspecto mais importante que advem desta pesquisa é a necessidade da implantação de aulas sobre sexualidade como matérias curriculares nos cursos do Setor de Ciências da Saúde, pois os resultados mostram que mais da metade das estudantes de Curitiba ainda têm conduta de sexo inseguro, sendo que entre as estudantes de Cascavel o número é pouco menor.

Deve ser considerado que as jovens destes cursos, além de viverem de modo inadequado sua sexualidade, serão profissionais da saúde, e, portanto, futuras multiplicadoras de ações educativas, necessitando ser, preferencialmente, sadias, bem informadas e livres de preconceitos.

Estudos realizados por DIAZ et al. (1991) e MACHADO et al. (1997) com estudantes das áreas de Ciências Exatas, Humanas e Biológicas, mostraram que o grau de conhecimento e incorreções a respeito de DST/AIDS é semelhante. Também deveria ser considerada a possibilidade de implantação de uma matéria curricular sobre sexualidade nestes cursos, durante os primeiros períodos, visando a uma mudança na conduta sexual.

A partir dos resultados gerados nesta pesquisa, surgem novas perguntas a serem respondidas.

Por que as jovens, mesmo sendo universitárias da área da Saúde e teoricamente com maior conhecimento na prevenção de DST/AIDS e gestação indesejada, não fazem uso constante de preservativos e/ou métodos anticoncepcionais?

Quais os temas que deveriam ser incluídos em um programa de Educação Sexual dentro da universidade para que ele pudesse ser realmente efetivo, visando a um comportamento sexual mais saudável?

Para que estas perguntas pudessem ser respondidas, deveria ser realizado um estudo qualitativo com grupos focais dentro da própria universidade com estudantes de ambos os sexos. A pesquisa entre estes grupos teria como objetivo o melhor entendimento entre as diferenças de comportamento sexual na teoria e na prática, e uma abertura para a discussão de temas relacionados à sexualidade.

A partir destes resultados seria possível desenvolver um programa de educação sexual com temas mais próximos à realidade dos jovens e que realmente pudesse contribuir para a vivência de uma sexualidade mais saudável.

## 7 CONCLUSÕES

1. Houve diferenças significativas nas características sócio-demográficas e comportamentais entre as estudantes de Curitiba e Cascavel. As estudantes de Cascavel apresentaram um melhor relacionamento familiar, maior frequência a culto religioso e em maior número moravam sozinhas ou com amigas, no entanto, a participação em aulas de Educação Sexual foi semelhante.
2. O comportamento sexual das estudantes das duas cidades foi semelhante, com exceção de que o uso de algum método anticoncepcional na primeira relação sexual foi maior e significativo entre as estudantes de Curitiba, e do início mais tardio de métodos anticoncepcionais pelas estudantes de Cascavel.
3. Menor idade, bom relacionamento familiar, maior frequência a culto religioso e morar sozinha se associaram à conduta de abstinência. No entanto, é relevante a percentagem de estudantes sexualmente ativas que têm uma conduta de sexo inseguro: 52.6% em Curitiba e 48.3% em Cascavel.
4. As estudantes que participaram em aulas de educação sexual tiveram uma conduta de abstinência em maior proporção que aquelas que não tiveram. As estudantes sexualmente ativas que participaram de aulas de educação sexual tiveram uma conduta de sexo inseguro em maior número.
5. Apenas as variáveis menor idade e morar sozinha ou com pessoa não parente mantiveram uma correlação positiva com conduta de sexo seguro entre as estudantes sexualmente ativas. Morar em Curitiba e Cascavel não foi associado a diferenças no comportamento sexual.

## REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. et al. **Adolescência**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ADOLESCENT REPRODUCTIVE BEHAVIOUR. **Evidence from developing countries**. Washington: Department of International Economic and Social Affairs, United Nations Publication, 1989, v.2.
- AGGARWAL, O.; SHARMA, A.K.; CHHABRA, P. Study in sexuality of medical college students in India. **J. Adolesc. Health**, New York, v.26, n.3, p.226-229, Mar. 2000.
- AURIOLES, E.R. et al. Caracterización de las opiniones y experiencias sexuales de los alumnos de primer ingreso a la carrera de médico cirujano. **Salud Mental**, Mexico, v.11, n.1, p.25-34, mar. 1988.
- BALDWIN, J.D. ; BALDWIN, J.I. Factors affecting AIDS – related sexual risk-taking behavior among college students. **J. Sex Res.**, v.25, p.181-196, 1988.
- BALDWIN, J.J.; WHITELEY, S.; BALDWIN, J.D. Changing AIDS and fertility – related behavior: the effectiveness of sexual education. **J. Sex Res.**, v. 27, p. 245-262, 1990.
- BELFORT, P.; BRAGA, A. Sexualidade: desafios, perspectivas e limitações. **JBM**, Rio de Janeiro, v.80, n.4, p.48-50, 2001.
- BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. **Adolescentes, Jovens e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: Um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro, 1999.
- BOSOMPRA, K. Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: an application of the theory of reasoned action. **Soc. Sc. Med.**, v.52, p.1057-1069, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. V.15, n.1, 2002. Disponível em <[http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol\\_marco\\_2002/tabela3.htm](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol_marco_2002/tabela3.htm)> Acesso em 19 de janeiro 2003.
- BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Vigilância epidemiológica das DST por meio da notificação de casos**. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/uvad/vigidst.htm>> Acesso em 15 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Projeto Universidaids**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro de Epidemiologia. **Sistema de informações sobre nascidos vivos**. Disponível em <[hptt://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm)> Acesso em 02 de fevereiro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROSAD, Programa Saúde do Adolescente**. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/Programas/adolescente/adolescenc.htm>> Acesso em 12 março 2001.

BRUYN, L. ; JOUBERT, G. *The perceptions of female university students regarding STDs and HIV*. **SAMJ Forum**, Cape Town, v.92, n.3, p.202-203, Mar. 2002.

BRUNO, Z. et al. Anticoncepção na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.322-324, abr. 1992.

CALDEIRA, J. Contracepção para Adolescentes. **Femina**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.604-612, jun.1993.

CAMPOS, D.M.S. **Psicologia da adolescência**. 16.ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

CARNEIRO, R. M. et al. Comportamento de risco para AIDS entre estudantes universitários: experiência da UFPE. **Anais Fac. Med. UFPE**, Recife, v.44, n.2, p.113-117, 1999.

CARVAJAL, G. **Adolescer: la Aventura de uma metamorfosis**. 2. Ed. Santofi de Bogotá: D.C. Editorial TIRESIAS, 2 ed, 1993.

CASCAVEL. Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel. **Sistema de informação sobre nascidos vivos**. Comunicação pessoal. Recebida em 20.01.2003.

CAVALCANTI, S.M.; AMORIM, M.M.; SANTOS, L.C. O significado da gravidez para a adolescente. **Femina**, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.311-314, jun. 2001.

CAVALCANTI, R. Adolescência. In: VITIELLO, N. et al. **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1988, p. 6-27.

CEMICAMP. Population and Reproductive Health Programs Brazil. **Final report: monitoring and evaluation**. Campinas, 2001.

CHICRALA, M.A. et al. Conhecimento, atitudes e práticas relacionadas à DST/AIDS. **J. Bras. DST**, Niterói, v.9, n.3, p.10-15,1997.

CORDEIRO, R.G.; TEMPORINI, E.R. Uso de preservativo para prevenção da AIDS: opinião e conduta de estudantes do segundo grau – São Paulo/SP. **J. Bras. DST**, Niterói, v.9, n.3, p.29-34,1997.

COSTA, M. **Sexualidade na adolescência**. 5. ed. São Paulo: L&PM, 1986.

CREPALDI, L.; BUENO, S.M. Estudo do conhecimento e das dificuldades de alunos do segundo grau de uma Escola Estadual de Ribeirão Preto relativos a sexualidade e DSTs/AIDS. **J. Bras. DST**, Niterói, v.9, n.6, p.24-36,1997.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Epidemiologia. Centro de Vigilância Epidemiológica. Comunicação pessoal, Curitiba, 2003. Recebido em 03 de janeiro de 2003.

DADOORIAN, D. Adolescentes – Por que elas Querem Engravidar? **Femina**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.47-51, jan./fev. 1996.

DADOORIAN, D. A Gravidez e o desejo na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p.133-134, mar 2002.

DEBUONO, B.A. et al. Sexual behavior of college women in 1975,1986 and1989. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 322, p. 821-825, 1990.

DE LUCA, L. et al. Estudo do comportamento psicossocial e biossexual de adolescentes do sexo feminino: mudanças registradas num Intervalo de 15 anos. **GO Atual**, Rio de Janeiro, v.7, n.1/2, p.19-27,1998.

DILORIO C. et al. Correlates of safer sex communication among college students.USA, **J. Adv. Nurs**, Oxford v. 32, n.3, p.658-665, 2000.

DIAZ, M. et al. O Risco de Contaminação com vírus da AIDS e percepção desse risco entre estudantes da UNICAMP. **Reprodução**, v.6, n. 5/6, p.239-243,1991.

EISENSTEIN, E.; FAGIM, J.R. Doenças sexualmente transmissíveis. In: MAAKAROUN, M.F. et al. **Tratado de adolescência**: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: *Cultura Médica*, 1991. p. 358-372.

FAGUNDES, M. L.; FARIA, M.A.; MALC, J.C. Uso e conhecimento contraceptivo entre estudantes de medicina. **Femina**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.593-601, jun. 1993.

FERREIRA, S.M.B. et al. Uso de preservativo por adolescentes de um Colégio Estadual em Niterói-RJ. **J. Bras. DST**, Niterói. v.10, n.3, p.13-19,1998.

FRAZÃO, Z.S.; MARTINS, M.G. Perfil da adolescente no ciclo grávido puerperal. **Femina**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.419-430, jun. 1997.

FREUNDLICH, M.C.R. et al. La sexualidad de los estudiantes universitarios: su percepción y cuidado. **Aten. Primária**, Barcelona. v.27,n.2,p.148, feb. 2001.

GIORDANO, M.G. et al. Anticoncepção na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.707-715, set. 1996.

HALBE, H.W.; MANTESE, J.C.; FREITAS, G.C. A Saúde da adolescente: ponto de vista ginecológico. In: HALBE, H.W. et al. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Roca, 1993. v.1, p.76-80.

HARDING, A. K. et al. Nigerian university students' knowledge, perceptions, and behaviour about HIV/AIDS: are these students at risk? **J. Royal Soc. Prom. Health**, v.119, n.1, p.23-31, Mar. 1999.

KAKAVOULIS, A.; FORREST, J. Attitudes and values in sexual behaviour and sex education: a cross-cultural study among university students in Greece and Scotland. **Int. Rev. Educ.**, Amsterdam, v.45, n.2, p.137-151, 1999.

KAUTH, M. et al. HIV sexual risk reduction among college women: applying a peer influence model. **J. Coll. Student Develop.**, v.34, p.346-351, 1993.

KIPKE, M.D.; BOYER, C; HEIN, K. An evaluation of an AIDS risk reduction education and skills training (arrest) program. **J. Adolesc Health**, New York, v.14, p.533-539, 1993.

KNOX, D.; BRIGMAN, B. Contraception and condom use among two samples of university students: 1982 and 1992. **Coll. Student J.**, v. 27, n.1, p. 133-134, Mar 1993.

LINS, M.J.S.C. A adolescência prolongada: característica da pós modernidade. In: **O adolescente e a modernidade**/Congresso Internacional de Psicanálise e suas Conexões – Rio de Janeiro: Companhia de Freud 2000. p.187-194

LOPES, G.P. Programa adoleSer com saúde. **J. FEBRASGO**, v.8, n.1, jan./fev. 2001.

MACHADO, A.A. et al. Avaliação do conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis e síndrome da imunodeficiência adquirida entre universitários de Ribeirão Preto/SP. **J. Bras. DST**, Niterói, v.9, n.6, p.12-16, 1997.

MANDÚ, E.N.T.; CORRÊA, A. C. d. P.; VIEIRA, M. A. Conhecimento, valores e vivências de adolescentes acerca das doenças de transmissão sexual e AIDS. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, São Paulo, v.10, n.1, p.74-90, 2000.

MARTIN, D. Informação e comportamento: o exemplo da AIDS. **Psiquiatr. prat. Med.**, v.33, n.3, p.101-103, 2000.

MARTINEZ, C. et al. A sexualidade de estudantes universitários: investigação de comportamento. **Rev. Chil. Urol.**, Santiago. v.60, n.2, p.201-4, 1995.

MARTINS, M. Doenças sexualmente transmissíveis na infância e adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro. v.24, n.9, p.827-830, out. 1996.

MCKELVEY, R.S. et al. Sex knowledge and sexual attitudes among medical and nursing students. **Austr. NZ J. Psychiatr.**, Carlton, v.33, p.260-266, 1999.

MONEY, J; TUCKER, P. **Os Papéis sexuais**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

MOSER, A. **O Enigma da esfinge: a sexualidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MOSER, A. Planejamento familiar: uma visão religiosa. In: RIBEIRO, M. **O Prazer e o pensar**. Rio de Janeiro: Gente, 1999. v.2, p.253-260.

NAJEM, R.G.; OKUZU, E.O. Internacional comparison of medical students' perceptions of HIV infection and AIDS. **J. Nat. Med. Assoc.**, Thorofare, v.90, n.12, p.765-774, 1998.

OLINTO, M.T. ; GALVÃO, L.W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Rev. Saúde Púb.**, São Paulo v.33, p.64-72, 1999.

OKAWARA, H. Educação sexual. In HALBE, H.W. et al. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1993. v.1, p.112-126.

OSORIO, L.C. **Adolescência hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

OUTEIRAL, J. **Adolescer: estudos sobre adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde do Paraná. **Gravidez na adolescência**. Disponível em: < [http://saúde.pr.gov.br/Artigos\\_Publicações/gravidez\\_adosl.htm](http://saúde.pr.gov.br/Artigos_Publicações/gravidez_adosl.htm) > Acesso em 08 junho 2001.

PARANÁ. SINAM – Sistema de Informações de Agravos de Notificação. Coordenação Estadual DST/AIDS. Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. **Comunicação pessoal**. Recebido em 20 de janeiro de 2003.

PARANÁ. SINASC/CIDS/SESA. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde do Paraná. Comitê de Mortalidade Materna. **Comunicação pessoal**. Recebido em 20 de janeiro de 2003.

PELTZER, K. Factors affecting condom use among south african university students. **East Afr. Med. J.**, Nairobi, v.77, n.1, p.46-52, Jan. 2000.

PINHEIRO, M.L.E.; MOURA, M.C.M. Adolescência: sintoma da modernidade. In: **O adolescente e a modernidade**/Congresso Internacional de Psicanálise e suas Conexões – Rio de Janeiro: Companhia de Freud 2000. p.232-241.

PINHEIRO, V. M. S. História recente da educação sexual na escola e da sexualidade no contexto da realidade brasileira. **J. Bras. DST**, Niterói, v.9, n.1, p.4-8, 1997.

POPULATION. **Cómo assegurar la disponibilidad de suministros necesarios para la planificación familiar y la prevención del VIH/SIDA:** Boletín normativo. Washington: Measure Communication, 2002.

POPULATION REPORTS: Preservativos: reduzindo as barreiras. Baltimore: Bloomberg School of Public Health, v.27, n.1, 1999.

POPULATION REPORTS: A juventude e o HIV/AIDS – É possível evitar a catástrofe? Baltimore: Bloomberg School of Public Health, v.29, n.3, 2001.

POULSON, R.L. et al. Alcohol consumption, strength of religious beliefs, and risky sexual behaviour in college students. **J. Am. Coll. Health**, Washington, v.46, p.227-232, Mar. 1998.

PREMOLI, A.C.G.; REIS, R. M. Discussão sobre sexualidade no ambulatório de ginecologia infanto pueral. **Femina**, Rio de Janeiro. n.3, v.28, p.129-131, abr. 2000.

PROGRESS in Human Reproduction Research, Geneva: WHO, n. 41, p. 1-8,1997.

PROGRESS in Human Reproduction Research, Geneva: WHO, n. 53, p.1-12, 2000.

RAPPAPORT, C.R.; FIORI, W.R.; DAVIS, C. **Teorias do desenvolvimento.** São Paulo: EPU, 1981.

RODRIGUES, A.P. et al. Perfil das gestantes adolescentes de um Serviço Pré-natal público do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro. v.15, n.5, p.223-238,1993.

SHORT, R. Teaching safe sex in school. **Int. J. Gynecol. Obstet.** v.63, Suppl. 1, p.147-150, Dec. 1998.

SIEGEL, D. M.; KLEIN, D.I.;ROGHMANN, K.J. Sexual behaviour, contraception, and risk among college students. **J. Adolesc. Health**, New York. v.25,p.336-343,1999.

SILVA, A.C. **Terapia do sexo e dinâmica do casal.** Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989.

SILVA, E.S. et al. Anticoncepção na adolescência: importância da escolha. **GO Atual**, Rio de Janeiro, v.5, n.6, p.11-14, jun. 1996.

SOUZA, R.P. Sexualidade na adolescência. In: MAAKAROUN, M. **Tratado de adolescência:** um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991, p.270-278.

SOUZA, A.I. et al. Epidemiologia do abortamento na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro. v.21,n.3, p.161-165, abr. 1999.

SULAK, P.J.; HANEY, A.F. Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescents and older women. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, St Louis, v.168, n.6,Pt 2, 1993.

SVENSON, L.W.; CARMEL, S.; VARNHAGEN, C.K.. A Review of the knowledge, attitudes and behaviours of university students concerning HIV/AIDS. **Health Prom. Int.**,Oxford, v.12,n.1,p.61-68, Mar. 1997.

SVENSON, L.W.; VARNHAGEN, C. K. Knowledge, attitudes and behaviours related to AIDS among first-year university students. **Can. J. Public Health**, Ottawa,v.81,p.139-140, 1990.

SZEPESVARI, R. et al. Sexual life of medical students. **East Afr. Med. J.**, Nairobi. v.76,n.4,p.658, Nov. 1999.

TONELLO, S.R. Aspectos psicológicos e sexuais da adolescência. In: CAVALCANTI, R.C.; VITIELLO, N. (Ed.). **Textos do I Encontro Nacional de Sexologia**. São Paulo: Fundo Editorial Febrasgo, 1984. p. 127-132.

TURNER, C. et al. Sexual behavior, contraceptive practice and knowledge of AIDS of Oxford university students. **J. Biosoc. Sc.**, Cambridge, v.20,n.4,p.445-451, 1988.

USSEL, J.V. **História da repressão sexual**. Publicações Europa-América,1975.

VARNHAGEN, C.K. et al. Sexuality transmitted diseases and condoms: high school students' knowledge, attitudes and behaviours. **Can. J. Public Health**, Ottawa v.82, p.129-132, 1991.

VENTURA,S.J; MATHEWS,T.J; CURTIN,S.C. Declines in teenage birth rates, 1991-98: Update of National and State Trends. **National vital statistics reports**, v.47,n.26. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, october 1999. Disponível em: < [http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/up\\_adolpreg.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/up_adolpreg.htm)> Acesso em 07 setembro 2001.

VENTURA,S.J.; MATHEWS,J.J.;HAMILTON,B.E. Teenage births in the United States: State trends, 1991-2000, an Update. **National vital statistics reports**, v.50,n.9. Department of Health & Human Services, maio 2002. Disponível em <[http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/up\\_adolpreg.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/up_adolpreg.htm)> Acesso em 19.01.2003.

VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I.S.C. Aceitação familiar da vida sexual de filhas adolescentes solteiras – um estudo comparativo. In: VITIELLO, N. et al. **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1988. p.77-90.

VITIELLO, N. Caracterização biológica de adolescência. In: VITIELLO, N. et al. **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1988. p.1-3.

YAZLLE, M.E.H.D. et al. A Adolescente grávida: alguns indicadores sociais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro. v.24, n.9, p.609-614, out. 2002.

ZHANG, L. et al. Premarital sexual activities among students in a university in Beijing, China. **Sex. Trans. Dis.**, Philadelphia v.29,n.4, p.212-15, 2001.

**APÊNDICE**

**ANGELA MARIA MOSER SILVA****COMPORTAMENTO SEXUAL DE ESTUDANTES DO SEXO FEMININO DOS CURSOS DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ E DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ**

**OBJETIVO:** Comparar o comportamento sexual de estudantes do sexo feminino dos cursos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná com aquele das estudantes do Setor de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual do Paraná – Campus Cascavel.

O comportamento sexual das estudantes pesquisadas será avaliado através de questionário auto respondido, visando conhecer a idade de início de atividade sexual, uso de métodos anticoncepcionais e o tempo decorrido entre o início da atividade sexual e o uso dos mesmos, número de parceiros e o uso de preservativos como prevenção de DST e AIDS, assim como os fatores associados à conduta sexual de risco para estas doenças.

As estudantes têm autonomia total ao decidir participar ou não da pesquisa. Será, ainda, assegurado o caráter sigiloso das informações aqui recebidas e a não identificação das estudantes pesquisadas.

Concordo em participar da presente pesquisa, de acordo com o que foi explicado na página anterior.

SIM

NÃO





**ANEXO**

Curitiba, 30 de maio de 2.001.

Ilmo (a) (s) Sr. (a)( s)  
Dra. Angela Maria Moser Silva  
Nesta

Prezado(a) Senhor(a):

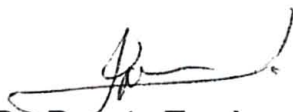
Comunicamos que o Projeto de pesquisa intitulado “**COMPORTAMENTO SEXUAL DE ESTUDANTES DO SEXO FEMININO DOS CURSOS DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFPR E UNIOESTE - CAMPUS CASCAVEL**”, está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde.

**Protocolo CEP-HC nº 033EXT.015/2001-05**

O referido projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em reunião realizada no dia 29 de maio de 2.001.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevo-me,

Atenciosamente



**Prof. Dr. Renato Tambara Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em  
Seres Humanos do Hospital de Clínicas – UFPR