

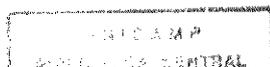
Maria Margarita Díaz Montenegro <sup>7</sup>/543

**CONDUTAS SEXUAIS E ATITUDES QUE CONSTITUEM FATORES DE  
RISCO PARA GRAVIDEZ NÃO DESEJADA E AIDS EM ESTUDANTES  
UNIVERSITÁRIOS: UM DESAFIO PARA A EDUCAÇÃO SEXUAL**

**Universidade Estadual de Campinas**

**Faculdade de Educação**

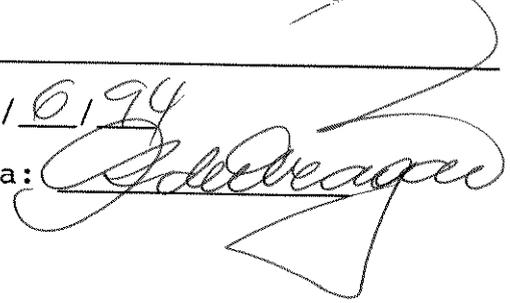
**1994**



Este exemplar corresponde à redação  
final da Dissertação defendida por  
Maria Margarita Díaz Montenegro e  
aprovada pela Comissão Julgadora em

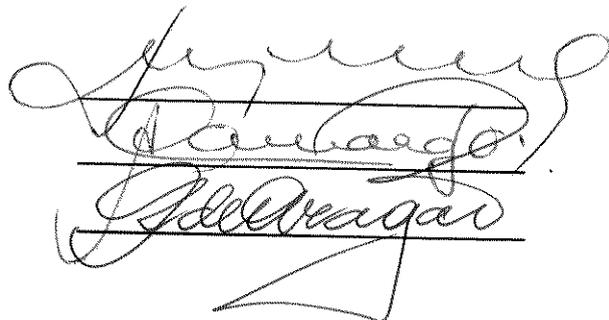
---

Data: 20/0/94

Assinatura: 

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO na Área de Concentração: Metodologia de Ensino, à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação da Profa. Dra. Rosália Maria Ribeiro de Aragão.\*

Comissão julgadora:

  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram de uma ou outra maneira para tornar possível esta etapa da minha vida. A cada uma delas muito obrigada!

A Graciela Neira, pelo carinho e dedicação ao me substituir nas tarefas domésticas e no papel de mãe.

A Débora Bossemeyer, amiga sempre presente, que assumiu com responsabilidade e carinho as nossas tarefas do CEMICAMP, inclusive esta dissertação, e me ajudou a compreender Ausubel e a incorporá-lo no nosso trabalho.

A Ricardo Castro e Silva, colega e amigo, que partilhou e vivenciou comigo muitos sonhos, um deles que se torna realidade: este mestrado.

Ao Dr. Anibal Faúndes, chefe, médico e amigo, pela confiança, carinho e liberdade, e principalmente pelo seu exemplo, que guia os meus passos.

A equipe que trabalhou na pesquisa que serviu de base para este trabalho: Patrícia Goodson, Anibal Faúndes, Juan Díaz, João Luiz Pinto e Silva, Francisco Aoki e Sérgio Vera quem também colaborou com a parte estatística.

A Silvana Ferreira, a secretária incomparável, que participou ativamente desde a primeira etapa deste trabalho até datilografar a última versão.

Ao CEMICAMP, pelo apoio técnico e financeiro, aos colegas de trabalho pela constante colaboração, em especial a Ellen Hardy pela força e apoio incondicionais.

A Maria José Duarte Osis, Madga Loureiro Motta e João Luiz Pinto e Silva pela revisão desse trabalho e as correções do português.

A Roberto Bromberg, pela sua valiosa ajuda no mergulhar na história da sexualidade.

As colegas do ambulatório, pela confiança e apoio a todo o meu trabalho, em especial a Eliane, Creuza, Margarete, Cláudia e Sara, que participaram do "Grupo de apoio ao estudante", uma parte importante deste trabalho.

Ao ex-Reitor Paulo Renato Costa Souza e ao Serviço de Apoio ao Estudante (SAE), por facilitarem e apoiarem a realização da pesquisa.

Aos Professores Ana Maria Faccioli de Camargo e Décio Pacheco, pelas valiosas sugestões.

A Professora Rosália Maria Ribeiro de Aragão, orientadora deste trabalho, por sua atuação como mediadora do processo pedagógico, que descobriu meus subsunçores para compreender a teoria de Ausubel e conseguir uma aprendizagem significativa.

Aos jovens estudantes, sujeitos e motivação deste trabalho.

## DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Rodrigo e Antonio Carlos, por compreenderem que além de mãe, sou mulher, profissional e estudante. Obrigada por entenderem as minhas ausências.

A Juan, meu companheiro de todos os momentos, cujo amor e apoio foram fundamentais para completar este mestrado. E mais do que isso, para me realizar pessoal e profissionalmente.

A minha mãe Maria e ao meu pai Tito - que já não está mais presente - por me legarem a parte mais importante da minha educação. Apesar da distância, eles estão sempre presentes, através da força e dos valores que deixaram em mim.

## RESUMO

Os jovens estão enfrentando um aumento dos riscos relacionados à vida sexual: a gravidez indesejada e a AIDS. Para prevenir estes problemas é necessária a implementação de estratégias educativas que considerem as características da população alvo. O objetivo deste trabalho foi conhecer os padrões de comportamento sexual, uso de anticoncepcionais, e conhecimento dos modos de transmissão da AIDS, entre estudantes iniciando a carreira universitária. Os resultados, baseados nas respostas de 735 alunos, mostraram que os estudantes têm um nível adequado de informação mas um comportamento incoerente com esse conhecimento. A análise dos resultados foi feita tendo em vista o marco teórico de David Ausubel, e a conclusão foi que, na população estudada, não aconteceu aprendizagem significativa, ou seja, os estudantes têm a informação porém não a utilizam. O desafio, a partir desta análise, é conseguir que as informações sejam internalizadas, ou seja, conseguir a aprendizagem significativa através de um programa educativo que inclua a sexualidade de uma maneira integral e como um elemento positivo na vida e no desenvolvimento das pessoas; uma educação sexual que vise, não só a prevenção, mas a saúde sexual.

## ABSTRACT

Young people are facing a rise in the risks related to sexual life, particularly unwanted pregnancy and AIDS. Educational strategies which take into account the characteristics of the target population are necessary to prevent these problems. The objective of this study was to learn about the sexual behavior, contraceptive use, and knowledge of AIDS transmission among students entering the university. 735 students responded to a structured questionnaire prepared for this study. The results showed that they have adequate information, but their behavior is incongruent with their level of knowledge. The theoretical framework of David Ausubel was used to analyze the results. The conclusion drawn was that in the study population, significant learning did not occur because although students had adequate information they did not use it. The challenge is to promote meaningful learning where information is both internalized and used. Educational programs should present sexuality in a comprehensive manner and as a positive element in an individual's life and personal development; sexual education should be aimed not only at prevention, but at promotion of sexual health.

# SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	1
2.	JUSTIFICATIVA .....	17
3.	OBJETIVOS	
	3.1 Geral .....	18
	3.2 Específicos .....	18
4.	MATERIAL E MÉTODO	
	4.1 Sujeitos .....	19
	4.2 Questionários .....	20
	4.3 Variáveis .....	21
	4.4 Processamento de dados .....	22
	4.5 Análise dos dados .....	22
5.	RESULTADOS	
	5.1 Características da amostra .....	23
	5.2 Características da vida sexual .....	25
	5.3 Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais ..	29
	5.4 Auto percepção do risco e atitude frente à gravidez .....	32
	5.5 Conhecimento sobre AIDS .....	34
	5.6 Comportamentos de risco para contrair o vírus da AIDS .....	38
	5.7 Auto qualificação e risco real de contrair o vírus da AIDS .....	40
6.	DISCUSSÃO	
	6.1 Discussão dos resultados .....	42
	6.2 A teoria de David Ausubel e os resultados .....	47
7.	RESUMO DOS RESULTADOS .....	61
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	61
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65

ANEXO 1

ANEXO 2

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição percentual dos estudantes que responderam o questionário, por área, segundo sexo.
- Tabela 2 - Média de idade segundo área e sexo.
- Tabela 3 - Porcentagem de estudantes de ambos sexos que tiveram relações sexuais alguma vez e no último ano, e idade média na primeira relação.
- Tabela 4 - Características da vida sexual dos estudantes que mantiveram relações no último ano, por sexo. Em porcentagem.
- Tabela 5 - História de relações homossexuais, por sexo.
- Tabela 6 - Porcentagem de homens e mulheres que conhecia os diversos métodos anticoncepcionais.
- Tabela 7 - Porcentagem do uso de métodos anticoncepcionais, por sexo.
- Tabela 8 - Frequência relativa de uso de métodos anticoncepcionais em mulheres que tiveram relações no último ano e usavam algum método.
- Tabela 9 - Distribuição percentual da auto percepção do risco de engravidar em homens e mulheres que tiveram relações no último ano.
- Tabela 10 - Distribuição percentual da atitude que teriam homens e mulheres no caso de uma gravidez não planejada.
- Tabela 11 - Atitude das mulheres nos casos de gravidez.
- Tabela 12 - Porcentagem das principais fontes de informações sobre AIDS, por sexo.
- Tabela 13 - Porcentagem de respostas corretas a perguntas sobre conhecimentos básicos sobre AIDS, por sexo.
- Tabela 14 - Porcentagem de respostas corretas a perguntas sobre informações menos difundidas sobre a transmissão da doença, por sexo.

- Tabela 15 - Capacidade de transmissão da doença por portadores sãos e prognósticos da infecção, por sexo. Em porcentagem.
- Tabela 16 - Comportamentos de risco na área sexual antes e depois de conhecer sobre a AIDS, por sexo. Em porcentagem.
- Tabela 17 - Auto qualificação do risco de contrair o vírus da AIDS, por sexo. Em porcentagem.
- Tabela 18 - Distribuição percentual do risco real de contrair o vírus da AIDS segundo auto qualificação do risco.

# 1. INTRODUÇÃO

A Sexualidade é um dos assuntos que tem recebido maior atenção na última década. Isto não significa que ela seja mais importante agora, senão que uma variedade de problemas que as pessoas têm são hoje reconhecidos e classificados como sendo decorrentes do exercício da sexualidade.

Quando a sociedade enfrenta situações que resultam preocupantes, habitualmente recorre à educação para que realize ações e incorpore conteúdos que contribuam para a resolução destas situações ou problemas. Exemplo deste mecanismo são os acidentes de trânsito e o aumento na incidência de alguma doença, como a cólera. Com a sexualidade pode-se perceber a veracidade e a intensificação desta observação. Nos últimos anos tem aumentado o interesse pelos programas de educação sexual para enfrentar uma série de fatos associados com a vivência da sexualidade, e que estão possibilitando ou interferindo no desenvolvimento de homens e mulheres e, principalmente, estão atingido a população jovem.

Ainda que a adolescência tradicionalmente tem sido considerada como um período relativamente livre de problemas de saúde, cada vez mais é evidente que as pessoas jovens estão enfrentando sérios riscos de saúde relacionados à reprodução e à vida sexual: a gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs),

incluindo a Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida (AIDS), são dois destes riscos, bem evidenciados.

Na medida que se posterga a idade para constituir uma família, surge uma variedade de formas através das quais os jovens expressam sua sexualidade e as chamadas relações pré-conjugais tornam-se mais freqüentes. Isto somado à diminuição da idade da primeira menstruação contribui para o aumento da incidência de gravidez na adolescência, e existem claras evidências de que na maior parte das vezes essas gravidezes são indesejadas.

A jovem que engravida e que não deseja a gravidez recorre muitas vezes ao aborto, pondo em risco sua fertilidade futura e, frequentemente, sua vida. Outras vezes, ela tem o filho mas o abandona, doando-o para pessoas que não conhece, ou delegando seus cuidados para a mãe ou outro familiar. Também a gravidez na adolescência tem sido relacionada com a extensão da pobreza, já que em geral, a mãe adolescente, e muitas vezes o pai também adolescente, se vêem obrigados a abandonar a escola e se subempregam para sustentar a nova família. Este casal, assim constituído, pode fracassar na sua integração na vida a dois, levando a separações e/ou a violência doméstica.

Outro fato que tem preocupado são as DSTs, que têm sido consideradas como um problema de saúde pública, especialmente com o surgimento da AIDS, transmitida inclusive pela via sexual e que vêm aumentando muito, especialmente entre os jovens. Vale a pena lembrar que, atualmente no Brasil, dos 48.166 casos de AIDS notificados até janeiro de 1994, 10.249 têm até 29 anos de idade, o que significa que a contaminação ocorreu ainda na adolescência ou na infância (Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde, 1994).

Nos últimos anos, o reconhecimento desses fatos tem ocasionado maior atenção para com este grupo, que tem crescido significativamente na composição da população mundial. A Organização das Nações Unidas (ONU) calculou que, em 1980, havia 939 milhões de adolescentes no mundo, na faixa entre dez a 19 anos, com perspectiva de atingir a cifra de 1.147 milhões na virada do século. Na América Latina, em 1980, aproximadamente um quarto da população estava na faixa etária de dez a 19 anos de idade, sendo 49,5% do sexo masculino e 50,5% do feminino. No Brasil, na mesma época, o número de adolescentes foi de 26.287.325, atingindo 28.581.876 em 1986 (Takiuti, 1988). E, de acordo com as projeções da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Centro Latinoamericano de Demografia (CELADE), existirão no país 36,1 milhões de adolescentes no ano 2.000 (Adolescentes de Hoje, País do Amanhã: Brasil, 1989).

Na década de 80, surgiram várias publicações discutindo o problema crescente da gravidez na adolescência em muitas partes do mundo. Até o final da adolescência, uma de cada nove mulheres no Canadá, uma de cada cinco nos Estados Unidos, três ou quatro de cada dez no Brasil, Colômbia, República Dominicana, Equador, México, Peru e Trinidad Tobago, e uma de cada duas na Guatemala, têm tido um filho (Adolescentes de Hoy, Padres del Mañana: Un Perfil de las Américas, 1990).

No Brasil, embora a taxa de natalidade em geral tenha diminuído acentuadamente, de 43 para 29 por mil mulheres entre 1960 e 1988, nas adolescentes ela tem aumentado. Em 1970, 75 de cada mil mulheres de 15 a 19 anos tiveram pelo menos um parto, número que subiu para 81 em 1986. Em números absolutos, em 1970 nasceram 395.000 crianças de mães adolescentes e, em 1985, este número subiu para 559.000. Isto significa que os filhos nascidos de mães adolescentes foram responsáveis por cerca de um em cada sete de todos os nascimentos em 1985 (Adolescentes de Hoje, Pais de Amanhã: Brasil, 1989).

Embora não haja muitos dados a respeito, existem evidências de que uma proporção importante das gravidezes que acontecem entre adolescentes são indesejadas. Na Pesquisa Nacional de Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF) de 1986, um terço das adolescentes casadas declarou que o último filho não tinha sido desejado (Arruda, 1987). Outro estudo, realizado em 1987 na Bahia,

demonstrou que 61% das mães solteiras de 15 a 24 anos também declararam que o último filho não tinha sido desejado (Bastos e cols., 1989).

O tema da sexualidade do adolescente tem sido preocupação prioritária de muitos pesquisadores, tanto da área médica quanto das ciências sociais. A maioria dos autores concorda que o aumento da atividade sexual entre os adolescentes, e a maior precocidade com que esta se inicia, são os principais fatores responsáveis pelo aumento da fecundidade neste grupo etário. A PNSMIPF de 1986, constatou que metade das mulheres de 20 a 24 anos tinha tido relações sexuais antes de completar 20 anos (Arruda, 1987). Devido a este aumento da atividade sexual entre os jovens era de se esperar um aumento da fecundidade total; no entanto, isto não tem se dado de forma tão importante. Infelizmente, essa situação parece dever-se mais ao aumento do número de abortos do que ao uso correto de métodos anticoncepcionais.

Em 1986, no Brasil, constatou-se que 80% das adolescentes de 15 a 19 anos sexualmente ativas e solteiras não usaram nenhum método anticoncepcional na sua primeira relação sexual, 15% usaram o método do ritmo ou o coito interrompido, e quase 15% declararam que usaram a pílula. Das que referiram que não haviam usado nenhum método,

quase dois quintos declararam que não estavam esperando ter relação sexual na ocasião, e mais de um terço declarou que não conhecia nenhum método na época (Arruda, 1987).

Em outro estudo, envolvendo jovens de 15 a 24 anos, realizado em Salvador em 1987, encontrou-se que, entre os que já tinham tido relações sexuais, 77% das mulheres e 80% dos homens não haviam usado nenhum método anticoncepcional, e as razões mencionadas foram semelhantes às relatadas na pesquisa anterior. Esse mesmo estudo concluiu que 42% das jovens de 15 a 17 anos, e 66% das de 18 a 19 anos, que haviam tido relações sexuais pré-conjugais, engravidaram (Bastos e cols., 1989).

Em nossa experiência de atendimento no ambulatório de Planejamento Familiar, da Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, também detectamos que as jovens procuram ou decidem iniciar o uso de métodos anticoncepcionais após o primeiro ou, às vezes, após o segundo aborto provocado.

Surgiu então a nossa primeira pergunta: Por que isto acontece? Será que elas não têm conhecimento acerca dos métodos anticoncepcionais?

As informações disponíveis sobre o conhecimento e uso de métodos pelas adolescentes, em geral, têm sido obtidas através de pesquisas nas quais os entrevistadores solicitavam às mulheres que mencionassem os métodos anticoncepcionais que conheciam. Em seguida, eles liam uma lista dos métodos que as mulheres não tivessem mencionado espontaneamente e lhes perguntavam por cada um deles, se os conheciam. Embora os investigadores reconhecessem que esse tipo de pergunta não mede o verdadeiro conhecimento que uma mulher tem em relação aos métodos anticoncepcionais, concluíram que muitas mulheres, na melhor das hipóteses, tinham apenas um precário conhecimento do método que elas diziam conhecer (Adolescentes de Hoje, Pais do Amanhã: Brasil, 1989).

Em 1986, 69% das adolescentes brasileiras declararam espontaneamente que tinham conhecimento da pílula anticoncepcional, e 27% declararam que a conheciam, após ela ter sido mencionada. Depois da descrição dos métodos, 82% declararam conhecer a esterilização feminina, 59% afirmaram que conheciam os preservativos, e 58% o método do calendário, também conhecido como "tabelinha". Também se perguntou a todas as adolescentes que declararam conhecer cada um dos métodos anticoncepcionais, se sabiam onde obtê-los. Apenas uma em cada oito adolescentes que conheciam a pílula declarou não saber onde obtê-la e 26% daquelas que conheciam os preservativos disseram que não sabiam onde adquirí-los (Adolescentes de Hoje, Pais do Amanhã: Brasil, 1989).

Em 1989/90 foi realizada no Brasil uma pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem (Ferraz e cols., 1992), a qual levantou dados representativos da população de jovens de ambos os sexos, com idades entre 15 e 24 anos em três centros urbanos: Rio de Janeiro, Curitiba e Recife. Estes centros foram escolhidos por estarem situados em três regiões significativas do país. A pesquisa mostrou que a maioria daqueles jovens do sexo masculino, nas três cidades, já havia tido relações sexuais: 83% no Rio de Janeiro, 79% em Curitiba e 71% em Recife. Entre as mulheres, menos da metade já tinha tido sua primeira relação sexual: 47% no Rio de Janeiro, 41% em Curitiba e 28% em Recife. Quanto ao uso de métodos anticoncepcionais, somente 23% dos homens e 27% das mulheres relataram o uso de algum método na sua primeira relação sexual. Entre os que não usaram nenhum, tanto homens quanto mulheres, referiram que não o fizeram porque "não conheciam nenhum método" e "não se preocuparam com isso".

Em relação à ocorrência de gravidez, 25% das jovens do Rio de Janeiro, 22% das de Curitiba e 17% do Recife relataram que já haviam engravidado alguma vez. Quando esta mesma análise considerou somente as mulheres com experiência sexual, a porcentagem de jovens que já haviam engravidado subiu acima de 50%. Entre os jovens do sexo masculino, 20% no Rio, 17% no Recife e 10% em Curitiba, declararam ter engravidado alguma parceira. Os dados mostraram também que a

maioria não tinha planejado a primeira gravidez: 70% dos homens e 58% das mulheres (Ferraz e cols., 1992).

Outro problema específico dos jovens, também cada vez mais freqüente, é o aumento das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) incluindo a AIDS. A Organização Mundial de Saúde (OMS), calcula que aproximadamente metade das pessoas contaminadas pelo vírus da imunodeficiência Humana (HIV), tem menos de 25 anos de idade e que 20% das pessoas com AIDS têm entre 20 e 30 anos (Adolescência: Época de Planejar a Vida, 1992).

Surgiu, então, a nossa segunda pergunta: Quais são os conhecimentos e atitudes dos jovens em relação às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS?

Revisando a literatura, verificamos que são muitos os estudos realizados com jovens estudantes, para determinar conhecimentos, atitudes e crenças em relação à AIDS, e usá-los como ponto de partida nas intervenções educativas.

Numa escola estadual na Tailândia foram realizadas entrevistas com 481 alunos, e os resultados mostraram que 99% haviam escutado falar em AIDS e 92,9% mencionaram espontaneamente ao menos uma doença de transmissão sexual. O conhecimento da transmissão sexual do HIV foi geralmente alto e a prevalência de informações erradas

acerca dos meios de transmissão foi muito baixa, além de faltarem informações sobre outros meios de transmissão. Ainda que 80% dos alunos citassem a redução de parceiros sexuais como meio de prevenção, somente 21% mencionaram o uso de condom para esse fim e menos de 5% relataram ter usado condom alguma vez (Kapiga e cols., 1991).

Outro estudo realizado com 175 calouros de uma universidade nos Estados Unidos mostrou que, em relação ao conhecimento geral e aos meios de transmissão da AIDS, houve mais de 90% de respostas corretas. No entanto, encontrou-se que 12 a 20% dos estudantes não compreendiam o alto risco de algumas práticas sexuais, como o sexo anal, por exemplo, e, erroneamente, viam todas as formas de prática sexual, e o ato de doar sangue como comportamento de risco (Fielstein e cols., 1992).

Estudo realizado na cidade de São Paulo apontou que 98,8% das mulheres entre 15 e 24 anos, e 98,9% dos homens na mesma faixa etária, acreditavam na existência da doença, mas mostraram muita desinformação sobre as formas de contaminação (Sakamoto, 1988).

Para tentar compreender e interpretar essa realidade que se torna cada vez mais alarmante, é necessário recuar no tempo e refletir um pouco sobre a sexualidade na história, sobre o que

acontecia em outros tempos com as jovens que engravidavam ou que contraíam uma doença de transmissão sexual.

Na transição da Idade Média para o Renascimento, em algumas regiões da Europa, aconteciam dois tipos de comportamentos sexuais, diferentes no espaço e simultâneos no tempo. Por exemplo, nas comunidades rurais, era comum ver grupos de jovens ao redor de suas fazendas e vilarejos, participando com inteira liberdade de jogos amorosos, com troca aberta de parceiros, sob absoluto consentimento da sociedade adulta que habitava estes locais. Quando ocorria a gravidez, esta era encarada como privilégio, já que era uma demonstração da capacidade da jovem "ser mãe" e isto lhe facultava, então, o direito da escolha de um marido, o qual não necessariamente era o pai da criança. Mas, uma vez casada, a liberdade desta jovem acabava (Ussel, 1980).

Por outro lado, nas cidades em crescimento, os jovens eram extremamente cerceados. O surgimento da especialização das ligas corporativistas, tornou o período de aprendizado do jovem muito longo, aumentando o tempo de transição entre infância e maturidade. Esses jovens, quando aptos para o mercado de trabalho, vinham a casar-se com meninas púberes, que até então haviam permanecido trancadas em suas casas. A gravidez era consequência direta do casamento, e seguia-se uma atrás da outra, levando essas jovens à morte prematura, já que dar à luz nessas épocas não deixava de ser

uma temeridade. Os jovens viúvos, cheios de filhos, ficavam ansiosos por novos casamentos, e saíam à procura de novas meninas púberes, repetindo-se a história (Ariés & Béjin, 1987).

A sucessão de casamentos e filhos, a proximidade das casas e corpos, fizeram surgir normas de etiqueta e de educação, cujo único objetivo era a contenção. Uma jovem grávida na cidade era um desperdício familiar, um casamento perdido, uma provável aliança econômica arruinada. Cada vez mais, eram criados reforços de ordem moral para coibir o desejo sexual e suas consequências.

O crescimento demográfico não deixava oportunidades a todos os jovens em relação à educação e ao mercado de trabalho. Acabavam nas ruas e lá encontravam-se com jovens oriundos do campo, vindos em busca da cidade e de suas oportunidades, trazendo consigo uma sexualidade mais livre, com menos refinamentos e controles (Foucault, 1988).

Ao redor do século XVI, o emergir desse potencial de lascividade assustou as instituições. Era necessário internar os meninos, reprimir os recalcitrantes, punir as gestações indevidas, organizar a vida sexual. Criavam-se bordéis como instituições públicas para descarregar o excesso de energia dos meninos, já quase adultos. Gestações eram admissíveis somente dentro do casamento. O número de abortos era grande, as técnicas variadas, quase todas

extremamente arriscadas, sendo a morte um ônus comum. Nas escolas masculinas a vigilância e controle intensos eram instituídos para impedir contatos luxuriosos ou, mesmo, a temida masturbação (Ussel, 1980).

Em meados do século XVII, alguns educadores promoviam discussões sobre a conveniência da educação sexual. Uns eram a favor, outros contra. Os que ousavam tocar no assunto, explicavam anatomia humana para as crianças selecionadas pelo seu bom nascimento, com eufemismos para designar os genitais, em um real processo de deseducação sexual (Bernardi, 1985). Outros achavam que o simples comentar o assunto seria igual a estimular a sexualidade emergente e tudo o que esta acarretava.

Do descrito até aqui, poderíamos salientar algumas semelhanças com os nossos dias. Uma delas seria a vivência da sexualidade de maneiras diferentes, na área rural e na área urbana. A outra, é que tanto no passado quanto hoje existem jovens grávidas que não desejam a gravidez, e que recorrem ao aborto, ao infanticídio ou deterioram sua saúde chegando muitas vezes à morte, pelas gravidezes repetidas.

As semelhanças não param por aí. Sobre a sexualidade pairava um fantasma que tornava real as advertências da sociedade sobre a contenção sexual. A sífilis era endêmica na Europa. Os freqüentadores de bordéis, ou aqueles que mantinham um maior número

de parceiros sexuais, eram obviamente candidatos mais prováveis ao contágio. Assim como insidiosa foi a sua entrada no velho continente, insidioso era o seu avançar em um corpo contaminado. Por um espaço de tempo de até 20 anos, ela aparecia e desaparecia, com sintomas leves, levando a crer que os tratamentos, fossem quais fossem, resultavam positivamente. Eles achavam que se curavam, porque os sintomas desapareciam. No entanto, ela se instalava no cérebro da pessoa, causando demência e morte.

A associação entre sexo e loucura, vida desregrada e morte, calou fundo nos corações e mentes dos europeus renascentistas e aí se instalou perenemente.

O exercício da sexualidade, então, trazia gestações indesejadas e levava à morte. O sexo precisava ser, e foi, contido. Jovens grávidas enfaixavam-se tentando comprimir seus ventres, para melhor ocultá-los. Os produtos destes exercícios do medo, quando não abortados, eram mercadorias para circos e espetáculos de horrores. O infanticídio também era comum (Richards, 1990).

A instituição burguesa, através de seus representantes, filósofos, médicos e educadores, assumiu antigos dogmas religiosos, em nome de uma nova razão, realçando os valores de uma vida sadia, centrada na família, levando aberta e publicamente uma mensagem anti-sexual (Ussel, 1980).

Reconhecia-se na adolescente a capacidade da lascívia e se lhe atribuía o mal, mas lhe era negada a posse do prazer, ou melhor, da sua capacidade de obtê-lo. Percebia-se, nos meninos, o desejo nascente e compreendia-se discretamente que estes, eventualmente, descarregassem esses desejos em "mulheres da vida", não comprometendo, desta forma, moças de família, potenciais casadoiras (Ussel, 1980).

No decorrer do século XIX, no bojo da Revolução Industrial, começaram a aparecer modificações nesta forma de pensar (Hunt, 1974).

No velho e no novo continente, vozes, a princípio isoladas, eram instadas a se manifestar. Movimentos feministas, tímidos no início, apareciam buscando melhores condições de trabalho para a mulher e o direito ao voto. Intelectuais, como Havelock-Ellis, defendiam os direitos femininos, e o da mulher ao prazer. No final do século, Freud apareceu com suas teorias, mostrando os efeitos de desejos contidos, de sexualidade mal resolvida e mal exercida. Movimentos organizados de mulheres, tais como o liderado por Margareth Sanger, defendiam com bastante força o direito à anticoncepção (Hunt, 1974; Gay, 1988).

Durante o nosso século assistimos a uma série enorme de modificações culturais. O surgir da mulher no mercado de trabalho, o desenvolvimento de métodos anticoncepcionais, o reconhecimento da adolescência como um fato e também como mercado de consumo, trouxeram consigo uma verdadeira revolução sexual, com a possibilidade de maior troca de parceiros como ocorrência social consentida, mesmo que às vezes com maus olhos.

Mas o evoluir técnico e social que acompanhou, e de certa forma causou, este evoluir sexual, não teve paralelo na educação e nos conceitos de sexualidade. Ainda, como no passado, jovens com gestações indesejadas se submetem a abortamentos arriscados, casam-se contra a sua vontade, ou assumem o ônus de serem mães solteiras. A demência e morte pela sífilis, após quase 400 anos de ausência de tratamentos eficazes, foi substituída pelo novo fantasma, a AIDS, tão mortal e tão estigmatizante como a antiga doença. E também, como antigamente, nossos jovens ainda parecem acreditar que o sexo eventual, sem proteção, pelo próprio caráter da eventualidade, não oferece riscos, nem para as DSTs, nem para as gestações.

As soluções e alternativas oferecidas a esses jovens, atualmente, acabam sendo extremamente semelhantes às do passado, com todo o peso das conseqüências psicobiológicas, sociais e existenciais.

## 2. JUSTIFICATIVA

Por todo o exposto, do ponto de vista da saúde um dos caminhos para prevenir tanto as gravidezes não desejadas quanto as doenças sexualmente transmissíveis, seria através de estratégias educativas. Concordamos com Luis Maria Aller Atucha, em que todo trabalho educativo ou preventivo deve realizar-se sem levar aberta ou ocultamente qualquer mensagem anti-sexual (Atucha, 1988). A sexualidade deve continuar sendo considerada um elemento positivo na vida e no desenvolvimento das pessoas. Além disso, toda campanha preventiva deveria ter em conta as características da população a ser atingida, principalmente as características de gênero, evitando assim que as campanhas se convertam em pretextos para disseminar ideologias repressivas, desigualdades, prejuízos e temores injustificados.

Portanto, para a elaboração de qualquer estratégia educacional consideramos necessário o conhecimento prévio das características, condutas e atitudes da população jovem. Surgiu assim a motivação para realizar este estudo, destinado a conhecer as características de uma população jovem que está muito próxima a nós.

Foi escolhido então o grupo de estudantes cursando o 1º e 2º ano das diferentes faculdades da UNICAMP, basicamente por duas razões:

Primeiro, este é um grupo que, em geral, está na faixa etária de 17 a 20 anos e também está iniciando sua vida sexual. Em segundo lugar, talvez mais importante, é que muitos destes estudantes assumirão, num futuro próximo, posições de liderança e de tomada de decisões, com importante influência sobre a comunidade. Conseqüentemente, para este grupo, a educação preventiva poderá ter um efeito maior.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Avaliar a freqüência de determinados comportamentos (sexuais, uso de drogas injetáveis, uso de métodos anticoncepcionais) que são de risco para contrair o vírus da AIDS e para gravidez indesejada, em estudantes da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

#### **3.2 Específicos**

- Estudar os padrões de comportamento sexual entre estudantes do primeiro e segundo ano de graduação da UNICAMP.

- Avaliar, nesta população, o conhecimento e grau de utilização de métodos anticoncepcionais.
- Avaliar o conhecimento acerca dos modos de transmissão do HIV.
- Conhecer algumas das atitudes dos estudantes com relação ao teste de AIDS, à prevenção da AIDS e à gravidez não desejada.
- Estudar a auto percepção destes estudantes acerca do risco que teriam de contrair o vírus da AIDS e de provocar ou de ter uma gravidez não desejada.

## **4. MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Sujeitos**

Foi enviado um questionário pelo correio para 2609 alunos aceitos nos vestibulares da UNICAMP em 1987 e 1988. Novecentos e setenta e sete estudantes responderam este questionário (37,4% da amostra), porém 242 questionários foram eliminados por tratar-se de jovens que não estavam efetivamente matriculados, ou por serem alunos estrangeiros. A amostra ficou finalmente constituída por 735 estudantes.

## 4.2 Questionários

O questionário, especialmente elaborado para este estudo (anexo 1), além dos seus objetivos explícitos - obter informações sobre condutas e atitudes referentes a sexualidade, DSTs, AIDS e gravidez indesejada- pretendeu ser um instrumento de motivação para a reflexão. Pretendeu levar o aluno que o preenchesse a pensar sobre suas próprias condutas, sobre os eventuais riscos a que estaria exposto e sobre a necessidade (ou não) de mudanças comportamentais.

Este questionário foi previamente testado, em estudo piloto realizado com 1% da amostra descrita acima.

Tanto no estudo piloto, quanto no presente estudo, os questionários foram enviados pelo correio, ao endereço fornecido pelos estudantes por ocasião do exame vestibular.

Juntamente com o questionário, enviou-se uma carta (anexo 2), explicando os objetivos da pesquisa e solicitando aos alunos que, se não desejassem respondê-lo, mandassem-no de volta mesmo assim. Para facilitar o retorno, foi enviado um envelope pré-selado endereçado ao Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis (CEMICAMP). Procurou-se deixar claro na carta quais as medidas tomadas para garantir o sigilo e o anonimato das respostas. Foi incluído o telefone dos responsáveis pela pesquisa, para que os

estudantes pudessem esclarecer dúvidas ou obter informações sobre o estudo. Também se informava sobre um telefone onde eles podiam obter informações em relação à sexualidade, anticoncepção, DSTs e AIDS por um grupo de profissionais treinados para este fim.

### 4.3 Variáveis

As variáveis analisadas foram as seguintes:

a) Variável independente:

- Sexo.

b) Variáveis dependentes:

- Características e idade do início da atividade sexual.
- Grau de conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais.
- Grau de conhecimento sobre modos de transmissão da AIDS e outras DSTs, e atitude frente a condutas preventivas.
- Atitudes na hipótese de contrair AIDS, de ter ou provocar uma gravidez indesejada.
- Uso de condom.
- Auto avaliação do risco de contrair AIDS.

c) Variáveis de controle:

- Idade.
- Área de estudo.

#### 4.4 Processamento de Dados

O questionário continha, em sua maior parte, perguntas pré-codificadas, e uma pequena parte de perguntas abertas.

Os questionários recebidos foram revisados, para a detecção de respostas incompletas, não aceitáveis, inconsistências, etc. Após a revisão, as respostas textuais (abertas) foram codificadas.

Os dados foram digitados duas vezes, por dois digitadores diferentes e, após a comparação dos bancos de dados, foram corrigidos os erros de digitação. Os dados também foram revisados através de um programa para a detecção de erros lógicos e inconsistências nos registros.

#### 4.5 Análise dos Dados

Em primeiro lugar, foram feitas tabelas cruzadas de consistência entre as variáveis independente e dependentes. Para isto foi aplicado o teste de qui-quadrado para comparação das mesmas.

Posteriormente, analisou-se a iniciação da vida sexual, o conhecimento de métodos anticoncepcionais, as atitudes frente à gravidez indesejada, a incidência de doenças sexualmente transmissíveis, o conhecimento e condutas de risco com relação à AIDS, e a auto avaliação do risco que os alunos acreditavam ter, através de estatísticas descritivas.

Na avaliação dos comportamentos de risco para a infecção com o vírus HIV, antes e depois de tomarem conhecimento da doença, foi utilizado o teste de Cochran para amostras relacionadas (em ambos os sexos), o que permitiu detectar diferenças significativas, no tempo.

Para aquelas variáveis que apresentaram diferenças significativas entre os sexos, foram feitas análises adicionais com relação à área de estudo e à idade, para ver se estas diferenças permaneciam.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 Características da amostra**

Dos 735 questionários analisados, 408 (55,5%) corresponderam a homens e 327 (44,5%) a mulheres. Nos homens, a maioria pertencia

à área das ciências exatas (67,9%), e somente 13,5% eram da área de biológicas. Entre as mulheres, a distribuição entre as três áreas foi mais homogênea, com ligeiro predomínio da área de humanas (Tabela 1).

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESTUDANTES QUE RESPONDERAM O QUESTIONÁRIO, POR ÁREA, SEGUNDO SEXO

ÁREA	HOMENS	MULHERES
BIOLÓGICAS	13,5	32,1
EXATAS	67,9	30,6
HUMANAS	18,6	37,3
TOTAL (N)	55,5 (408)	44,5 (327)

A média de idade foi praticamente igual nas três áreas, sendo a média dos homens ligeiramente superior à das mulheres. As diferenças não foram estatisticamente significativas (Tabela 2).

TABELA 2. MÉDIA DE IDADE SEGUNDO ÁREA E SEXO

ÁREA	HOMENS	MULHERES
BIOLÓGICAS	20,0	19,6
EXATAS	19,9	19,6
HUMANAS	21,4	20,6
GERAL	20,2	20,0

## 5.2 Características da vida sexual

A porcentagem de homens (69,4) que referiu ter tido relações sexuais alguma vez foi significativamente maior que a das mulheres (44,0). A idade média de início da vida sexual foi significativamente menor entre os homens. A diferença real deve ser ainda maior porque esta média só considera as pessoas que já tiveram relações. Na amostra estudada, com idade média de 20 anos, 56% das mulheres ainda não tinham tido relações sexuais e só 30,6% dos homens estavam nessa situação. O percentil 40 da idade na primeira relação foi 16 nos homens e 18 nas mulheres (Tabela 3).

Uma porcentagem também maior de homens (56,1) que de mulheres (40,4) referiu ter mantido relações sexuais durante o ano anterior ao estudo, e esta diferença também foi estatisticamente significativa (Tabela 3).

TABELA 3. PORCENTAGEM DE ESTUDANTES DE AMBOS SEXOS QUE TIVERAM RELAÇÕES SEXUAIS ALGUMA VEZ E NO ÚLTIMO ANO, E IDADE MÉDIA NA PRIMEIRA RELAÇÃO

	HOMENS	MULHERES
JÁ TIVERAM RELAÇÕES ALGUMA VEZ	69,4	44,0
MANTIVERAM RELAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	56,1	40,4
MÉDIA DE IDADE NA PRIMEIRA RELAÇÃO *	16,6	17,8

\* Calculada só entre os que já tiveram relações.

Uma porcentagem alta entre as mulheres (91,8) que haviam iniciado sua vida sexual referiu que tinham mantido relações no último ano. Esta porcentagem foi mais baixa (80,8) entre os homens.

Analisando apenas os estudantes que mantiveram atividade sexual no último ano, observou-se diferença significativa entre os sexos, em relação ao número de parceiros. Praticamente duas de cada três mulheres tiveram somente um parceiro, e os homens, quase 50%. Em

contraste, apenas 0,8% das mulheres e 5,3% dos homens tiveram mais de sete parceiros no último ano (Tabela 4).

Em relação à frequência das relações sexuais, as diferenças entre os sexos também foram significativas. Nas mulheres foi maior a porcentagem que declarou ter uma ou mais relações sexuais por semana (Tabela 4).

TABELA 4. CARACTERÍSTICAS DA VIDA SEXUAL DOS ESTUDANTES QUE MANTIVERAM RELAÇÕES NO ÚLTIMO ANO, POR SEXO. EM PORCENTAGEM

	HOMENS	MULHERES
<b>NÚMERO DE PARCEIROS *</b>		
Um	49,1	65,9
2-7	45,6	33,3
> 7	5,3	0,8
<b>FREQUÊNCIA DAS RELAÇÕES *</b>		
OCASIONAL	46,7	31,3
1-2 POR MÊS	27,1	22,9
1-2 POR SEMANA	20,5	34,4
> 2 POR SEMANA	5,7	11,5

\* Diferenças significativas entre sexos  $p < 0,01$ .

Uma maior proporção de homens (11,7%) que de mulheres (2,8%) referiu ter tido relações homossexuais, e esta diferença foi estatisticamente significativa. Dois de cada três homens que referiram ter tido relações homossexuais declararam ter sido de forma esporádica, e um terço disse ter tido relações homossexuais de maneira exclusiva ou preferencial. Só quatro mulheres declararam ter tido relações homossexuais, em vista do que não tem validade estudar se o homossexualismo é esporádico, preferencial ou exclusivo (Tabela 5).

TABELA 5. HISTÓRIA DE RELAÇÕES HOMOSSEXUAIS, POR SEXO

	HOMENS		MULHERES	
	n	%	n	%
Relações homossexuais				
Exclusivamente	7	2,5	2	1,4
Preferencialmente	4	1,4	1	0,7
Esporadicamente	22	7,8	1	0,7
TOTAL*	33	11,6	4	2,8
Total responderam	283		143	

\* Diferenças significativas entre os sexos  $p < 0.01$ .

\*\* Número de casos muito pequeno em mulheres não permite avaliar a significação estatística.

### 5.3 Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais

Em relação ao conhecimento de métodos anticoncepcionais, os quatro métodos mais conhecidos foram a pílula, o condom, o dispositivo intrauterino (DIU) e a tabelinha. Estes foram os únicos mencionados por mais de 50% de homens e mulheres (Tabela 6).

A pílula, o DIU e a tabelinha foram referidos por uma proporção maior de mulheres que de homens, e as diferenças foram significativas. O condom, método de uso masculino, foi mais citado pelos homens, e a diferença também foi estatisticamente significativa. Os homens também citaram em maior proporção os métodos cirúrgicos, ligadura tubária e vasectomia (Tabela 6).

Não houve diferenças significativas entre os sexos em relação ao conhecimento do diafragma, dos espermicidas e do coito interrompido, sendo estes dois últimos os métodos que foram mencionados em menor porcentagem (Tabela 6).

TABELA 6. PORCENTAGEM DE HOMENS E MULHERES QUE CONHECIA OS DIVERSOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

MÉTODOS	HOMENS	MULHERES	p
PÍLULA	94,7	98,1	<0,05
CONDOM	96,5	89,6	<0,01
DIU	73,0	80,1	<0,05
TABELINHA	56,6	65,9	<0,05
DIAFRAGMA	32,8	38,5	N.S.
VASECTOMIA	40,2	19,6	<0,01
LIGADURA	31,3	20,5	<0,01
ESPERMICIDAS	24,7	22,4	N.S.
COITO INTERROMPIDO	21,0	22,7	N.S.

Embora mais de 95% dos estudantes referiram conhecer pelo menos um método anticoncepcional, e praticamente todos mencionaram que não desejavam engravidar, 34,2% dos homens e 38,2% das mulheres que estavam mantendo relações sexuais não utilizavam métodos anticoncepcionais (Tabela 7).

TABELA 7. PORCENTAGEM DO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS, POR SEXO.

USO DE MÉTODO	HOMENS	MULHERES
SIM	65,8	61,8
NÃO	34,2	38,2

Praticamente todos os homens que utilizavam algum método declararam que este era o condom ou camisinha. Entre as mulheres, 29,2% usavam métodos de alta eficácia (hormonal ou DIU), 20,8% método de barreira e 11,5% métodos naturais (Tabela 8).

TABELA 8. FREQUÊNCIA RELATIVA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS EM MULHERES QUE TIVERAM RELAÇÕES NO ÚLTIMO ANO E USAVAM ALGUM MÉTODO

MAC	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
HORMONAL	35	26,9
BARREIRA	27	20,8
NATURAL	15	11,5
DIU	3	2,3
NENHUM	50	38,5
TOTAL	130*	100,0

\* Faltou informação para uma estudante.

## 5.4 Auto percepção do risco e atitude frente à gravidez

A auto percepção do risco de engravidar foi significativamente maior entre os homens que entre as mulheres. Dos homens que tiveram relações no último ano, 29% se auto qualificaram como tendo risco alto ou regular de engravidar sua(s) parceira(s), porcentagem similar à dos que não usaram anticoncepcionais (34,2). Em contraste, somente 12% das mulheres se auto qualificaram como tendo risco alto ou médio de engravidar, apesar da porcentagem que não usava anticoncepcionais e mantinha relações ser de 38,2 (Tabela 9).

TABELA 9. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AUTO PERCEPÇÃO DO RISCO DE ENGRAVIDAR EM HOMENS E MULHERES QUE TIVERAM RELAÇÕES NO ÚLTIMO ANO

AUTO PERCEPÇÃO DO RISCO	HOMENS	MULHERES
ALTO	3,1	2,3
MÉDIO	25,8	9,8
BAIXO/NULO	71,1	87,9

Diferença significativa  $p < 0,01$ .

A comparação da atitude que homens e mulheres teriam no caso de terem que enfrentar uma gravidez não planejada mostrou que 47,2% das mulheres aceitaria a gravidez e teria o filho. A porcentagem foi significativamente menor entre homens (35,6). Uma porcentagem significativamente maior de homens declarou não saber o que faria.

A porcentagem dos que recorreriam ao aborto foi praticamente igual em ambos os sexos (Tabela 10).

TABELA 10. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA ATITUDE QUE TERIAM HOMENS E MULHERES NO CASO DE UMA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

ATITUDE	HOMENS	MULHERES
TERIA O FILHO	35,6	47,2
FARIA ABORTO	27,0	25,7
NÃO SABE	37,4	27,1

No grupo de mulheres que referiram ter tido alguma gravidez, mais de 80% declararam que esta não tinha sido desejada (27 de 33), e 23 (70%) destas gravidezes terminaram em aborto. Considerando só as gravidezes não desejadas, 23 de 27 (85%) terminaram em aborto (Tabela 11).

Isto contrasta fortemente com os 25,7% de mulheres que declararam que fariam o aborto quando foram perguntadas sobre a hipótese de uma gravidez.

Nos homens, somente 17 declararam ter engravidado uma mulher, e cinco dessas mulheres (29%) tiveram o filho. O número pequeno de casos não permitiu fazer comparações entre os sexos.

TABELA 11. ATITUDE DAS MULHERES NOS CASOS DE GRAVIDEZ

ATITUDE	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
NÃO QUERIAM A GRAVIDEZ E ABORTARAM	23	70
NÃO QUERIAM A GRAVIDEZ MAS NÃO ABORTARAM	4	12
QUERIAM A GRAVIDEZ	6	18
TOTAL	33	100

## 5.5 Conhecimento sobre AIDS

Todos os estudantes declararam ter recebido algum tipo de informação em relação à AIDS. Os meios mais freqüentemente mencionados como fonte de informação foram a televisão e os jornais. Receber a informação de amigos apareceu em terceiro lugar e as fontes menos freqüentes foram palestras ou aulas. Jornais foram mais mencionados entre os homens, e amigos, pelas mulheres. Estas diferenças foram estatisticamente significativas (Tabela 12).

TABELA 12. PORCENTAGEM DAS PRINCIPAIS FONTES DE INFORMAÇÕES SOBRE AIDS, POR SEXO

FONTE DE INFORMAÇÃO	HOMENS	MULHERES
TELEVISÃO	94,3	97,2
JORNAIS *	89,2	83,0
AMIGOS *	71,5	79,2
PALESTRAS/AULAS	62,2	55,8

\* Diferença estatisticamente significativa  $p < 0,05$ .

Uma porcentagem alta dos estudantes, não significativamente diferente entre homens e mulheres, respondeu corretamente perguntas básicas sobre algumas características da epidemiologia da doença e seu modo de transmissão. Praticamente todos responderam corretamente que AIDS não é doença apenas de homossexuais, que transfusão de sangue e injeção com material não esterilizado podem transmitir o vírus, e que camisinha reduz o risco de transmitir a doença. Nove de cada dez responderam corretamente que o mecanismo mais freqüente de transmissão é a via sexual (Tabela 13).

TABELA 13. PORCENTAGEM DE RESPOSTAS CORRETAS A PERGUNTAS SOBRE CONHECIMENTOS BÁSICOS SOBRE AIDS, POR SEXO

CONCEITO	HOMENS	MULHERES
A VIA SEXUAL É A PRINCIPAL VIA DE TRANSMISSÃO	86,5	90,2
NÃO É DOENÇA SÓ DE HOMOS-SEXUAIS	99,8	100,0
TRANSFUSÃO PODE TRANSMITIR	99,5	100,0
INJEÇÃO NÃO ESTERILIZADA PODE TRANSMITIR	98,8	99,1
CAMISINHA REDUZ RISCO DE CONTAMINAÇÃO	98,5	96,3

O conhecimento sobre outros meios de transmissão da doença, que já têm sido comprovados mas não adequadamente difundidos, foi menor que o encontrado para informações básicas e com algumas diferenças entre os sexos. Os homens tiveram porcentagem maior de respostas corretas sobre sexo anal e as mulheres sobre a transmissão da doença de mãe para o filho (Tabela 14).

TABELA 14. PORCENTAGEM DE RESPOSTAS CORRETAS A PERGUNTAS SOBRE INFORMAÇÕES MENOS DIFUNDIDAS SOBRE A TRANSMISSÃO DA DOENÇA, POR SEXO

CONCEITO	RESPOSTAS CORRETAS	
	HOMENS	MULHERES
SEXO ANAL CONTAMINA MAIS QUE SEXO ORAL OU VAGINAL	54,4	42,6
A MÃE TRANSMITE AO FETO	64,8	76,2
LEITE MATERNO TRANSMITE	35,7	40,0
PODE-SE INFECTAR NO DENTISTA USANDO MATERIAL NÃO ESTERILIZADO	71,2	67,5

Uma porcentagem muito alta dos estudantes (cerca de 97%) tinha o conceito correto de que o portador não pode transmitir a doença. Em relação à evolução dos portadores sãos e dos que já apresentam a doença, houve uma porcentagem não desprezível de respostas que mostravam que a contaminação com o vírus e, inclusive a doença, não são sempre fatais. Mais de 80% responderam que o contaminado pode permanecer como portador não indefinidamente, e aproximadamente 25% disseram que a doença é quase sempre fatal. Não houve diferenças significativas entre os sexos nas respostas a estas perguntas (Tabela 15).

TABELA 15. CAPACIDADE DE TRANSMISSÃO DA DOENÇA POR PORTADORES SÃOS E PROGNÓSTICO DA INFECÇÃO, POR SEXO. EM PORCENTAGEM

PERGUNTA	HOMENS	MULHERES
QUEM TRANSMITE AIDS		
Qualquer portador	98,7	97,2
Apenas o doente	1,3	2,8
PROGNÓSTICO DO PORTADOR		
Terá AIDS inevitavelmente	18,5	15,2
Pode ficar portador são	81,5	84,8
PROGNÓSTICO DA DOENÇA		
Sempre fatal	69,5	75,7
Quase sempre fatal	29,3	23,4
Não sabe	1,3	0,9

## 5.6 Comportamentos de risco para contrair o vírus da AIDS

Na área sexual, avaliou-se a frequência de quatro comportamentos de risco, comparando-a entre ambos os sexos e entre o período antes de saber da existência da AIDS e depois de tomar conhecimento.

Em ambos os sexos, a porcentagem que declarou não usar camisinha diminuiu significativamente depois de saber sobre a AIDS, e esta diminuição foi mais marcante entre os homens. A prática do sexo anal, presente em 30% dos homens, não se modificou. Nas mulheres, que declararam uma frequência menor de sexo anal (19,3%), houve uma pequena queda, não significativa. A prática do sexo oral,

presente em aproximadamente três quartos de homens e mulheres, não se modificou significativamente com o conhecimento da existência da AIDS. Houve redução significativa da porcentagem de homens que declararam ter múltiplas parceiras, depois do conhecimento da AIDS. Esta redução foi de 27,3 a 16,4%. Nas mulheres, a porcentagem que declarou múltiplos parceiros foi muito baixa antes de conhecer a existência da AIDS (4,3%). Por esta razão, apesar dessa proporção ter se reduzido a 2,1%, não alcançou significação estatística (Tabela 16).

TABELA 16. COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ÁREA SEXUAL ANTES E DEPOIS DE CONHECER SOBRE A AIDS, POR SEXO. EM PORCENTAGEM

COMPORTAMENTOS	HOMENS		MULHERES	
	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS
NÃO USO DE PRESERVATIVO *	77,8	39,3	76,1	58,0
PRÁTICA DE SEXO ANAL	30,5	30,9	19,3	17,1
PRÁTICA DE SEXO ORAL	76,9	77,3	77,0	71,2
MÚLTIPLOS PARCEIROS +	27,3	16,4	4,3	2,1

\*  $p < 0,05$  em ambos os sexos; +  $p < 0,05$  só nos homens.

Em relação ao uso de drogas injetáveis, somente seis homens declararam ter usado alguma vez, e dois deles já haviam compartilhado agulhas. A porcentagem de mulheres que declarou uso de drogas foi muito baixa e nenhuma referiu o uso de drogas injetáveis.

Entre os homens, o antecedente de ter tido pelo menos uma doença sexualmente transmissível foi encontrado em 8,3%, porcentagem significativamente maior que a encontrada entre as mulheres (3,7%).

## 5.7 Auto qualificação e risco real de contrair o vírus da AIDS

Somente 11,9% dos homens e 6,8% das mulheres se auto qualificaram como tendo risco médio ou alto de contrair o vírus da AIDS, independentemente das condutas sexuais ou de outro tipo de comportamento que pudesse significar risco. Por outro lado, mais mulheres (24,4%) que homens (19,5%), se auto qualificaram como não tendo risco. As diferenças entre os sexos foram estatisticamente significativas (Tabela 17).

TABELA 17. AUTO QUALIFICAÇÃO DO RISCO DE CONTRAIR O VÍRUS DA AIDS, POR SEXO. EM PORCENTAGEM

AUTO QUALIFICAÇÃO	HOMENS	MULHERES
NULO	19,5	24,4
BAIXO	68,6	68,8
MÉDIO OU ALTO	11,9	6,8

Diferença entre sexos  $p < 0,05$ .

De acordo com as respostas às perguntas sobre comportamentos de risco, todos os estudantes foram qualificados em três grupos: nulo, baixo e médio/alto. Comparando a auto qualificação com a qualificação feita pelos investigadores, encontramos que, dos que se auto qualificaram como de risco nulo, apenas 25% foram classificados assim pelos investigadores; 54,2% foram classificados de risco baixo e 20,8%, de risco médio/alto. Por outro lado, dos que se auto qualificaram como de risco médio/alto, 22,2% foram classificados como de risco nulo, 31,5% como baixo e 46,3% como médio/alto. Chama a atenção o fato de que 20,8% dos que se auto qualificaram como de risco nulo, e 34,6% dos que se qualificaram como de baixo risco têm comportamentos que justificam classificá-los como de alto ou médio risco (Tabela 18).

TABELA 18. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO RISCO REAL DE CONTRAIR O VÍRUS DA AIDS SEGUNDO AUTO QUALIFICAÇÃO DO RISCO

RISCO REAL	AUTO QUALIFICAÇÃO		
	NULO	BAIXO	MÉDIO/ALTO
NULO	25,0	23,5	22,2
BAIXO	54,2	41,9	31,5
MÉDIO OU ALTO	20,8	34,6	46,3
(n)	(72)	(298)	(54)

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 Discussão dos resultados

Como não temos mecanismos para conhecer se a amostra analisada é representativa do total de estudantes, ou em que forma eles são diferentes do universo, os resultados obtidos aplicam-se apenas a este grupo específico.

Aproximadamente a metade das estudantes tiveram relação sexual antes dos 20 anos, proporção muito semelhante à encontrada na PNSMIPF de 1986. Na amostra analisada, em que quase todas as mulheres eram solteiras e não desejavam engravidar, somente 62% das mulheres declararam estar usando algum método anticoncepcional, apesar de que praticamente todas conheciam pelo menos um método, a pílula.

Esta porcentagem foi maior que a encontrada na PNSMIPF de 1986 para adolescentes casadas, o que confirma os achados anteriores de que mulheres com melhor nível educacional apresentam níveis mais altos de uso de anticoncepcionais.

Analisando estes dados de maneira mais detalhada, observamos que duas em cada 10 mulheres declararam usar métodos que apresentam baixa eficácia anticoncepcional, conforme estudos clínicos já realizados.

Outro dado que merece destaque é sobre a percepção do risco de gravidez. Mais de 70% dos homens e quase 90% das mulheres que mantinham atividade sexual, muitos deles não usando ou usando métodos anticoncepcionais de baixa eficácia, julgaram ter risco nulo de engravidar. Ainda mais surpreendente é o fato de que, entre as mulheres, este julgamento não dependeu do fato de usarem ou não anticoncepcionais. Quase 90% das mulheres achavam que tinham risco baixo ou nulo de engravidar, tanto no grupo que usava, quanto entre as que não usavam anticoncepcionais.

Não sabemos porque esta porcentagem foi tão alta, visto que uma em cada quatro mulheres que tiveram relações no último ano já tinha engravidado pelo menos uma vez. Um dos aspectos apontados para explicar este fato é que os adolescentes têm um tipo de "pensamento mágico", ou seja, pensam que os problemas nunca acontecerão com eles mesmos, conhecem os riscos, mas pensam que os problemas só acontecem com os outros.

Quaisquer que sejam os fatores que levaram esta alta porcentagem de mulheres a acreditar que tinham risco baixo ou nulo de engravidar, não há dúvida de que esta auto avaliação contribuiu para o fato de que duas em cada cinco mulheres mantendo relações sexuais, e que não desejavam engravidar, não usassem métodos anticoncepcionais.

Por outro lado, ficou clara a inconsistência entre o conhecimento das consequências biológicas e sociais de gravidez indesejada e dos riscos do aborto, e as soluções práticas a que se recorrem. Quando consultadas sobre o que fariam no caso de ficarem grávidas, a metade das mulheres declarou que teria o filho (47%) e só uma em cada quatro escolheria o aborto. Contudo, a reação se caracterizou de forma muito diferente quando a gravidez não era apenas uma possibilidade, mas um fato. Setenta por cento das adolescentes que tinham engravidado recorreram ao aborto e só 30% tiveram o filho.

Essa comparação parece indicar que as adolescentes não preferem o aborto, mas se vêem obrigadas a utilizá-lo como último recurso quando se deparam com o fato consumado. Cabe lembrar aqui que o grupo estudado é privilegiado e que a situação provavelmente deve ser pior nos grupos de menor poder econômico e grau de instrução.

Em relação ao conhecimento sobre os meios de transmissão do HIV, tal como deveria esperar-se de estudantes de nível superior, encontramos alto nível de conhecimentos gerais sobre AIDS, os quais foram adquiridos principalmente através dos meios de comunicação social, com o predomínio da televisão.

Chamou nossa atenção que, apesar de a maioria dos estudantes declararem ter recebido informações através da televisão, as mensagens transmitidas por esta não tiveram o efeito que se esperava. Ao rever as primeiras campanhas de televisão, observamos que elas abordavam a AIDS sempre de uma maneira negativa, com imagens de fatalidade e morte. O "pensamento mágico" do jovem, ao que parece, foi mais forte do que essas mensagens, já que eles retiveram a informação sobre os meios de transmissão, porém não assimilaram o caráter mortal da doença que lhes foi transmitido. Eles sabem como se transmite mas não se protegem.

Merece destaque que apenas a metade teve uma fonte de informação mais oficial ou formal, como palestras ou aulas sobre o assunto. Entretanto, o conhecimento dos modos de transmissão e das possíveis formas de prevenção não esteve acompanhado de condutas que seriam adequadas a esse grau de informação.

Assim, enquanto quase todos os estudantes de ambos os sexos conheciam o efeito protetor do uso do condom, mais de 40% dos homens e quase 60% das mulheres com vida sexual ativa não usavam esta forma de proteção contra a AIDS. Também houve falta de relação entre a percepção do risco de contrair o vírus da AIDS e os comportamentos de riscos declarados pelos mesmos estudantes.

Dos estudantes que se declararam como tendo risco nulo para contrair o HIV, 21% tinha risco alto de contrair o vírus, ao considerar os comportamentos de riscos declarados por eles mesmos. E dos que se declararam tendo risco baixo, 35% apresentavam alto risco para contrair o vírus da AIDS.

De um modo geral, podemos dizer que existe uma incoerência entre o "saber" e o "agir" dos jovens universitários. Eles conhecem os métodos, porém, não os usam. Conhecem os meios de transmissão do vírus da AIDS mas não usam essa informação para se proteger da doença. Por que isto acontece?

Na busca desta resposta, poderíamos ter procurado explicações através da psicologia, antropologia, sociologia, etc. Porém, se considerarmos que do ponto de vista da saúde, um dos meios eficazes de prevenir tanto as gravidezes indesejadas quanto as DSTs, incluindo a AIDS, é a educação, tentamos encontrar a resposta nesta área.

## 6.2 Teoria de David Ausubel e os resultados

Nos últimos anos tem havido predomínio dos enfoques cognitivos no estudo do desenvolvimento humano, o que tem levado a enfatizar o caráter construtivista do processo de aquisição do conhecimento. Ou seja, a idéia que se tinha no passado, que um ser humano é relativamente fácil de moldar e dirigi-lo do exterior, tem sido substituída pela idéia de que um ser humano seleciona, assimila, processa, interpreta e confere significados aos estímulos e configurações dos estímulos. No campo educativo, esta mudança de perspectiva tem contribuído para questionar a inadequação de alguns métodos de ensino essencialmente expositivos, em que o professor é o transmissor e o aluno o simples receptor de conhecimentos. E por outro lado, tem se questionado o que significa a verdadeira aprendizagem.

Neste ponto, encontramos melhor compreensão do nosso problema ao analisá-lo sob a perspectiva da Teoria da Aprendizagem Significativa, proposta por Ausubel. Ele observou que há uma relação importante entre saber como o aluno aprende, saber as variáveis manipuláveis que influenciam a aprendizagem e saber o que fazer para auxiliar o aluno a aprender melhor. Este foi o ponto central do seu trabalho: a identificação dos fatores que influenciam a aprendizagem e a retenção, bem como a facilitação da aprendizagem verbal significativa e da retenção pelo uso de estratégias de organização

do material de aprendizagem, que modificam a estrutura cognitiva do aluno por indução de transferência positiva. A compreensão desta teoria foi facilitada com a explicação dos seus fundamentos, em um trabalho realizado por Aragão, 1976.

Segundo esta ótica poderíamos dizer que, no caso estudado, os alunos tiveram a informação mas não ocorreu aprendizagem significativa, já que esta resulta na internalização de novos conhecimentos e no domínio destes, ou seja, na utilização dos novos conhecimentos.

Para entender melhor a teoria de Ausubel é necessário ter claro dois conceitos: estrutura cognitiva e aprendizagem significativa.

**a) Estrutura cognitiva:** é a hipótese de como é formado o conhecimento. A estrutura cognitiva é idiossincrática, isto é, os conceitos de uma pessoa são, até certo ponto, diferentes dos conceitos de outra.

Para Ausubel, a estrutura cognitiva existente é o principal fator que influencia a aprendizagem. Considera estrutura cognitiva existente, as idéias presentes na mente do indivíduo, bem como a maneira como estão organizadas. Para Ausubel, se a estrutura cognitiva de um aluno for clara e organizada adequadamente, a

aprendizagem e a retenção de um assunto novo será facilitada. Pelo contrário, se ela for instável, ambígua e desorganizada, a aprendizagem ficará prejudicada (Ronca, 1986).

A estrutura cognitiva do ser humano, tal como propõe Ausubel, é hierarquicamente organizada, ou seja, conceitos e proposições mais inclusivos (com maior poder de generalização) estão no topo da hierarquia e abrangem conceitos e proposições menos inclusivos (com menor poder de generalização). Graficamente essa estrutura poderia ser desenhada como uma pirâmide ao contrário, com a base voltada para cima. Na base dessa pirâmide estão os conceitos com maior poder de extensão, os mais abstratos, que vão abrangendo os menos abstratos, os fatos, datas, etc. (Ronca, 1986).

Um dos principais aspectos da organização da estrutura cognitiva, então, é o da diferenciação progressiva, isto é, a diferenciação feita a partir de regiões de maior para menor inclusividade, cada uma ligada a outra, na hierarquia estabelecida no constructo da estrutura cognitiva por um processo de subsunção. Entendendo subsunção como o processo de inclusão do novo material, potencialmente significativo na estrutura cognitiva do indivíduo, através do relacionamento desse material com algum elemento relevante, mais inclusivo, da estrutura. Assim, quando o novo material entra no campo cognitivo do indivíduo, interage com um sistema conceitual relevante e mais inclusivo, estabelecido

anteriormente na estrutura cognitiva, e é desta forma subsumido por ela. Este fato, do material poder ser subsumível, ou seja, poder ser relacionável com os elementos estáveis da estrutura cognitiva, é que explica, para Ausubel, sua significação e torna possível o estabelecimento de relações significativas.

Desta forma se explica:

- a aquisição de novos significados - o acréscimo de conhecimento,
- a extensão do período de retenção de significados,
- a estrutura hierárquica do conhecimento,
- a ocorrência eventual de esquecimento (Aragão, 1976).

Neste processo da subsunção é importante considerar duas fases:

1. **Facilitação:** é a primeira fase, que se obtém através da orientação, relação e catalogação, operações fundamentais para a aprendizagem significativa e para a retenção. Também é importante ter em conta que, a subsunção dos traços de uma aprendizagem realizada por um sistema ideacional estabelecido, fornece ancoragem ao novo material e, desta forma, as novas idéias ficam retidas e disponíveis para uso posterior.

2. **Esquecimento:** é a segunda fase da subsunção, também conhecida como fase obliterativa, na qual os dados de informação específica de uma idéia subsumida são, gradual e progressivamente, assimilados pelo significado mais geral do seu subsunçor. Por este motivo, o esquecimento é interpretado como perda progressiva da dissociabilidade das idéias aprendidas na matriz ideacional, à qual estão ancoradas e da qual deriva o seu significado.

A influência das experiências (conhecimento anterior) tem efeitos positivos ou negativos sobre a nova aprendizagem e a retenção, dependendo do seu impacto sobre as propriedades relevantes da estrutura cognitiva. Por isto, afirma Ausubel, toda aprendizagem significativa envolve necessariamente transferência, porque é impossível conceber qualquer exemplo deste tipo de aprendizagem que não seja afetado, de alguma forma, pela estrutura cognitiva (Aragão, 1976). Uma experiência significativa de aprendizagem, por sua vez, gera uma nova transferência pela modificação da estrutura cognitiva.

Na aprendizagem significativa, portanto, a estrutura cognitiva está em permanente processo de mudança, mesmo que não seja deliberadamente influenciada de forma a assegurar seu efeito sobre a nova aprendizagem.

**b. Aprendizagem Significativa:** para que ocorra a aprendizagem significativa é necessário que haja relação entre o conteúdo a ser aprendido e aquilo que o aluno já sabe, especificamente com algum aspecto essencial da sua estrutura cognitiva como, por exemplo, uma imagem, um conceito, uma proposição.

A significação para Ausubel, não é uma resposta implícita, mas uma experiência consciente, claramente articulada e precisamente diferenciada, que emerge quando proposições ou conceitos, símbolos e sinais potencialmente significativos são relacionados e incorporados numa dada estrutura cognitiva individual, numa base não arbitrária e substantiva. A aquisição de novos significados é assim coextensiva com a aprendizagem significativa, processo que é considerado qualitativamente diferente da aprendizagem mecânica, em termos de relacionabilidade não arbitrária e substantiva do que deve ser aprendido com idéias já existentes na estrutura cognitiva (Aragão, 1976).

Ausubel defende a aprendizagem receptiva verbal e seu argumento se baseia em que o conteúdo a ser aprendido é **apresentado** ao invés de **descoberto**. E isto não é um fenômeno puramente passivo, já que a parte ativa está na relação que o aluno faz do novo material com as idéias relevantes estabelecidas na sua estrutura cognitiva, até que possa atribuir significados psicológicos, o que requer reorganização do conhecimento existente (Aragão, 1976).

"Aprendizagem significativa envolve a aquisição de novos significados, e novos significados à inversa são o produto da aprendizagem significativa" (Ausubel, 1968).

A emergência de novos significados no aluno reflete o desenvolvimento de um **processo** de aprendizagem significativa. Por este processo, as idéias apresentadas são relacionadas de modo não **arbitrário** (não aleatório, não casual, plausível) e **substantivo** (não verbatim) com o que o aluno já conhece, ou seja, com os aspectos relevantes da estrutura cognitiva (Aragão, 1976).

Para que este processo de aprendizagem significativa ocorra precisam estar presentes três condições:

1. Intenção do aluno para aprender significativamente, ou seja, o aluno querendo, ter disposição para relacionar o novo material à sua estrutura cognitiva.
2. Disponibilidade de elementos relevantes na sua estrutura cognitiva, com os quais o material a ser aprendido possa relacionar-se. Esse relacionamento, necessariamente, deve apresentar duas qualidades: **substantividade** e **não arbitrariedade**.

- **Substantividade:** significa que a relação entre o material a ser aprendido e a estrutura cognitiva não se deve dar ao pé da letra, isto é, a relação não se altera se outros símbolos, diferentes, mas equivalentes, forem usados. Para entender este conceito, Ausubel apresenta o exemplo de uma sílaba sem sentido - LUD. Esta sílaba contém letras que podem ser identificadas individualmente, mas quando tomadas juntas não fazem sentido e não podem ser substituídas por símbolos equivalentes. Sendo assim, não há condições para que esta sílaba sem sentido seja relacionada de forma substantiva com algo já existente na estrutura cognitiva de alguém. O mesmo já não acontece se for apresentado a algum estudante o seguinte conceito: "Um triângulo equilátero é um triângulo com três lados iguais". Este estudante poderá ter na sua estrutura cognitiva o conceito mais amplo de triângulo, de tal modo que o conceito a ser aprendido, triângulo equilátero, seja um caso particular de algo que ele já sabe. Portanto, ele poderá relacionar a noção a ser aprendida (triângulo equilátero) com um conceito já presente na sua estrutura cognitiva, o conceito de triângulo. Além disso, esta relação entre triângulo equilátero e triângulo não é alterada se o conceito de triângulo equilátero se escreve de outra forma, com outras palavras: "Triângulo equilátero é aquele que tem três lados iguais". Isso não

acontece com a sílaba sem sentido LUD, que não pode ser relacionada substantivamente com a estrutura cognitiva pois, se alguma de suas letras for trocada, surge uma nova tarefa de aprendizagem.

- A **não arbitrariedade** significa que a relação estabelecida na aprendizagem não é casual. Para ilustrar, Ausubel retoma o exemplo do triângulo equilátero, pois a relação entre triângulo equilátero e triângulo é uma relação entre um exemplo e um caso mais geral, e certamente não é arbitrária, já que existe um conceito específico ao qual o conceito de triângulo equilátero deve ser relacionado de uma maneira intencional. O mesmo não ocorre com uma sílaba sem sentido que só poderá ser relacionada a algo existente na estrutura cognitiva de forma puramente arbitrária, sem critérios definidos.
- 3. Que o material a ser aprendido seja adequado e potencialmente significativo para o sujeito que aprende, isto é, **relacionável de modo não arbitrário e substantivo** aos elementos relevantes da sua estrutura cognitiva.

Independentemente do potencial de significação de determinada proposição, se a intenção do aluno for memorizá-la arbitrariamente e de forma verbatim (como uma série de palavras arbitrariamente associadas), tanto o processo como o resultado da aprendizagem será **mecânico** e sem significação. Por outro lado, ainda que os elementos disponíveis na estrutura cognitiva do aluno sejam relevantes e o conjunto de aprendizagem seja significativo, tanto o processo como o resultado da aprendizagem não serão significativos, se o material não for potencialmente significativo - se o material não for relacionável e, por isso, arbitrário e verbatim - (Aragão, 1976).

Segundo Ausubel, este relacionamento arbitrário e ao pé da letra, do material com a estrutura cognitiva, acarreta algumas consequências importantes para a aprendizagem. Em primeiro lugar, a retenção na memória se dá num período breve de tempo, em segundo lugar, a aprendizagem mecânica (na qual o conteúdo é relacionado com a estrutura cognitiva de forma arbitrária, isto é, casual e ao pé da letra, portanto não adquire significado) é mais vulnerável à interferência do material que foi aprendido anteriormente.

O potencial de significação da aprendizagem depende de dois fatores:

- a. Da natureza do material - este deve ser suficientemente não arbitrário ou não aleatório, para poder ser relacionado com idéias correspondentes que, pelo menos alguns dos seres humanos, em determinadas condições, são capazes de aprender. A propriedade de determinar se o material é ou não potencialmente significativo, Ausubel denominou de significação lógica.
- b. Da estrutura cognitiva do aluno - a disponibilidade e outras propriedades organizacionais de determinado conteúdo na estrutura cognitiva de diferentes alunos constituem as variantes determinantes do potencial de significação do material, que também varia de acordo com a bagagem educacional e com outros fatores tais como idade, inteligência, ocupação, classe social e nível cultural.

Nesse modelo de estrutura psicológica do conhecimento - estrutura cognitiva - e dos fatores que influenciam a incorporação e organização de idéias nesta estrutura, Ausubel apresenta uma estratégia que facilita este processo, que é o uso de **organizadores**, que atuariam como subsunçores relevantes. A função destes

organizadores é fornecer auxílio ideacional para a incorporação estável e a retenção de idéias as mais detalhadas e diferenciadas a serem aprendidas, assim como aumentar a discriminabilidade de idéias similares na estrutura cognitiva.

Acreditamos que, após esta revisão do marco teórico, a afirmação realizada anteriormente de que no caso estudado os alunos têm a informação mas não ocorreu a aprendizagem significativa, fica mais clara. Porém, surge a necessidade de explorar mais em profundidade porque isto aconteceu.

Para essa tarefa, faz-se necessário examinar as três condições indispensáveis, segundo Ausubel, para que ocorra a aprendizagem significativa, tendo em vista a população estudada: intenção do aluno para aprender significativamente, disponibilidade de elementos relevantes na sua estrutura cognitiva e que o material a ser aprendido seja adequado e potencialmente significativo.

As informações recebidas pelos estudantes da UNICAMP, vinham na maioria dos casos, da mídia - televisão, rádio, jornais, ou via amigos. Em primeiro lugar, não sabemos se os jovens tinham disposição para relacionar essas novas informações à sua estrutura cognitiva. Provavelmente, as informações foram recebidas mas não relacionadas com informações anteriores, com experiências, com conceitos existentes na sua estrutura cognitiva.

Também podemos dizer que a disponibilidade e outras propriedades organizacionais de determinados conteúdos são diferentes na estrutura cognitiva dos diferentes alunos. Isto varia de acordo com a história de vida, idade, características individuais, etc. Porém, as mensagens da mídia são elaboradas e transmitidas considerando que os indivíduos são todos iguais. Por exemplo, as informações em relação à AIDS transmitidas através da televisão eram as mesmas para uma criança de cinco anos e para um adulto de 70, para as pessoas do Nordeste e do Sul, etc. Porém, essas pessoas são diferentes, têm culturas diferentes, inteligências diferentes, modo de vida e projetos de vida diferentes. Têm diferentes níveis de escolaridade e vivências. Têm estruturas cognitivas diferentes e diferente disponibilidade de elementos relevantes para o assunto. E este é um ponto crucial. Para que as novas informações possam ser relacionadas, é fundamental considerar que cada indivíduo vai relacionar ou não o novo material se tem disponibilidade de elementos relevantes com o novo material na sua estrutura cognitiva. Ou seja, o aluno tem que estar, em primeiro lugar, disposto para relacionar e, em segundo, ter condições para relacionar. Obviamente este processo tem que ter uma intencionalidade, não pode acontecer ao acaso.

Em terceiro lugar, o material a ser aprendido deve ser relacionável, vale dizer, adequado para que possa ser relacionado, incorporado, acomodado, e deve adquirir o seu significado na estrutura cognitiva do aluno. E, conseqüentemente, possa ser usado.

No caso estudado, em relação aos materiais utilizados para a transmissão de informações, eles não atuaram como subsunçores para todos os estudantes. Isto também porque os materiais são elaborados para uma generalidade e não considera as características específicas de um grupo. Por exemplo, linguagem, imagens, cenas do cotidiano, elementos fundamentais para que as pessoas se identifiquem e o material realmente atue como apoio para a incorporação e a retenção das novas informações.

Acreditamos que, tanto as campanhas, como as aulas/palestras que tinham por finalidade uma ação pedagógica, não conseguiram atingir como era esperado, a população dos jovens estudados. Esta afirmação baseia-se na observação das mudanças de comportamento referidas pelos estudantes antes e depois de saber da existência da AIDS. A maior mudança de comportamento que ocorreu foi em relação ao uso do condom, porém o número de jovens que referiu usar o condom é ainda insuficiente para ter uma proteção efetiva da gravidez e das DSTs incluindo a AIDS.

## 7. RESUMO DOS RESULTADOS

- Uma porcentagem alta de estudantes conhecia pelo menos um método anticoncepcional, porém a porcentagem dos que os utilizavam era bastante menor.
- Foi considerável a proporção de gravidezes que terminou em aborto.
- O aborto parece ser encarado como uma solução para a gravidez indesejada, sem considerar as suas consequências.
- O nível de informações sobre AIDS foi relativamente alto.
- Houve uma incidência alta de comportamentos de risco, os quais, não foram considerados na auto percepção.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após ter feito uma reflexão sobre os fundamentos da Teoria da Aprendizagem Significativa, o grande desafio é como utilizar estes princípios para a elaboração de um programa de Educação Sexual, que consiga que aquelas informações de como evitar uma gravidez não

desejada ou como se prevenir de uma DST e da AIDS, sejam internalizadas e, portanto, utilizadas pelos jovens.

Aparece como prioritário, então, refletir e considerar o dito por Ausubel:

"O mais importante fator isolado que influencia a aprendizagem é o que o aprendiz já sabe. Determine isto e ensine-o de acordo".  
(Ausubel, 1968).

Embora esta afirmação pareça simples, muitas questões profundas são aí encontradas. Determinar o que o aluno já sabe significa identificar os elementos existentes no estoque de conhecimentos do aprendiz que são relevantes ao que esperamos ensinar, ou, em termos ausubelianos, identificar os conceitos de subsunções relevantes já existentes na estrutura cognitiva do aprendiz (Novak, 1981).

De acordo com isto, o nosso primeiro passo é investigar quem são os jovens: conhecer seus hábitos, seus costumes, seus modernismos, sua linguagem, motivações, a sua organização social (estruturação, lideranças), os meios de sobrevivência, a progênie e os ritos de passagem, as relações com a natureza, com a vida, com a doença e com a morte.

Conhecer mais profundamente as variáveis que caracterizam o comportamento destes jovens, seus aspectos sócio-culturais, psicológicos e antropológicos torna-se, então, o ponto de partida diferente para uma nova proposta de educação, que não ignore ou não censure o "pensamento mágico", mas que o incorpore como instrumento; que não trate o adolescente como criança crescida ou como protótipo de adulto, mas sim como ser humano completo, com características próprias a serem respeitadas. A partir deste conhecimento, é preciso identificar os elementos subsunçores necessários e elaborar os organizadores adequados para facilitar o processo de aprendizagem. E, por último, o mediador deste processo deve entender a Educação Sexual como um caminho, não como uma maneira de reprimir; deve entender a Sexualidade no seu conceito mais amplo, que envolve a afirmação do indivíduo como tal, a interação do seu eu com o mundo.

Se reconhecermos que a ocorrência desta interação de modo tranquilo, sem traumas, sem medos, possibilitaria um indivíduo melhor, reconheceremos também que uma proposta de Educação Sexual mais ampla em seus conceitos, mais específica de acordo com o grupo, é necessária para o desenvolvimento de jovens mais saudáveis.

Uma Educação Sexual que vise não somente a prevenção de problemas como as doenças sexualmente transmissíveis ou a gravidez indesejada, mas que vise a saúde sexual. Entendendo por saúde sexual a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e

sociais do ser sexual, que levam a enriquecer sua personalidade e a aumentar sua capacidade de comunicação e amor (WHO Technical Report Series, 1985).

Como profissional da saúde e da educação, acredito que temos um longo caminho a percorrer mas, sem dúvida, este é um passo importante nessa caminhada.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Adolescentes de hoje, pais do amanhã: Brasil.** Brasil: The Alan Guttmacher Institute, 1989.
- **Adolescentes de hoy, padres del mañana: um perfil de las Américas.** Bogotá: The Alan Guttmacher Institute, 1990.
- **Adolescência: época de planejar a vida.** Rio de Janeiro: The Center for Population Options, 1992.
- **Aragão, RMR de. Teoria da aprendizagem significativa de David P. Ausubel - Sistematização dos aspectos teóricos fundamentais.** Tese de doutorado em Educação. Departamento de Metodologia do Ensino, UNICAMP, 1976.
- **Ariés, P. Béjin, A. (Orgs.). Sexualidades ocidentais.** 3ª ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1987.
- **Ariés, P. Duby, G. (Orgs.). História da vida privada II: da Europa feudal à renascença.** 3ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.
- **Arruda, JM. Rutenberg, N. Morris, L. Ferraz, EA. Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar - Brasil, 1986.** Rio de Janeiro: BEMFAM, 1987.
- **Atucha, LMA. Sexualidade humana: Una aproximación ideológica y metodológica.** Lima: Editorial Gráfica Labor, 1988.
- **Ausubel, DP. Educational psychology: a Cognitive view.** New York: Holt, Rinehart e Winston, 1968.
- **Bastos, AVB. Morris, L. Fernandes, SRP. (Org.). Saúde e educação sexual do jovem: um estudo em Salvador.** Salvador: ISP/UFBA, 1989.

- Bernardi, M. **A deseducação sexual**. São Paulo: Summus Editorial, 1985.
- Ferraz, EA. Ferreira JG. Soares, MP. Morris, L. **Pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem: Rio de Janeiro, Curitiba e Recife em 1989-1990**. Rio de Janeiro: BEMFAM e U.S. Department of Health an Human Services, 1992.
- Fielstein, EM. Fielstein, U. Hazlewood, MG. **AIDS Knowledge among colleg freshmen students: need for education? Journal of Sex Education e Therapy**, New York, 18(1): 45-54, Spring. 1992.
- Foucault, M. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- Gay, P. **A educação dos sentidos: a experiência burguesa da Rainha Vitória a Freud**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.
- Hunt, MM. **Sexo - Teoria e prática**. São Paulo: IBRASA, 1974.
- Kapiga, SH. Nachtigal, G. Hunter D.J. **Knowledge of AIDS among secondary school pupils in Bagamoyo and Dar-Es-Salaam, Tanzania**. **AIDS** 5:325-328, 1991.
- Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS. Ano VII, Nº 1 - Semana Epidemiológica - 1 a 4 de janeiro, 1994**.
- Novak, JD. **Uma teoria de educação**. Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1981.
- Richards, J. **Sexo, desvio e danação. As minorias na Idade Média**. Rio de Janeiro, Ed. J. Zahar, 1990.
- Ronca, ACC. **O Modelo de ensino de David Ausubel**. In: **Penteado LUMA (Org.) - Psicologia e ensino**. São Paulo, Papelivros, 1986.

- Sakamoto, CPM e cols. **Investigação sobre saúde reprodutiva do jovem na cidade de São Paulo.** São Paulo: CM1/CDC, 1988.
- Takiuti, AD. Atendimento na rede básica de saúde. In: **Adolescência e Saúde.** Comissão de Saúde do Adolescente. **Adolescência e Saúde.** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: 11-34, 1988.
- Ussel, JR. **Repressão sexual.** Rio de Janeiro: Ed. Campus Ltda, 1980.
- WHO Technical Report Series, Nº 572 (Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals): 6, 1975.

## **ANEXO 1**

AVALIAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA EDUCACIONAL PARA MODIFICAR CONDUTAS SEXUAIS E ATITUDES QUE CONSTITUEM FATORES DE RISCO PARA AIDS E GRAVIDEZ NÃO DESEJADA EM ALUNOS DA UNIVERSIDADE DE CAMPINAS.

MARÇO, 1988



11. COM QUE FREQUÊNCIA?
- |1| Ocasionalmente
  - |2| 1-2 por mês
  - |3| 1-2 por semana
  - |4| 3 ou mais por semana
12. COM QUANTAS PESSOAS TEVE RELACIONAMENTOS SEXUAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES?  
(Anotar o número. Caso não lembre, dê o número aproximado)
13. ALGUMA VEZ TEVE RELACIONAMENTOS SEXUAIS COM PESSOAS DO SEU SEXO?
- |1| Não (vá para o nº 15)
  - |2| Sim
- |-----> 14. VOCÊ TEVE (OU TEM) RELACIONAMENTOS COM PESSOAS DO SEU SEXO:
- |1| Exclusivamente
  - |2| Preferencialmente
  - |3| Esporadicamente
15. ALGUMA VEZ TEVE RELACIONAMENTOS COM O FIM DE OBTER LUCRO?
- |1| Não
  - |2| Sim
16. ALGUMA VEZ FOI VÍTIMA DE AGRESSÃO SEXUAL?
- |1| Não
  - |2| Sim
17. VOCÊ SABE ONDE IR SE DESEJAR ATENDIMENTO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR?
- |1| Não (vá para o nº 19)
  - |2| Sim
18. ONDE CONSULTARIA?
- Textual \_\_\_\_\_
19. QUAIS OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS QUE VOCÊ CONHECE?
- Textual \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

BLOCO  
(SE NÃO TEVE VÁ PARA O N° 28)

MULHERES	HOMENS
<p>M20. ATUALMENTE ESTÁ USANDO ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?   1  Não (vá para o n° 22)   2  Sim</p>	<p>H20. VOCÊ SEMPRE USA ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL OU SE GARANTE QUE SUA PARCEIRA USE?   1  Não   2  Sim</p>
<p>M21. QUAL? _____  _____ (vá para o n° 23)</p>	<p>H21. VOCÊ ACHA QUE SUA POSSIBILIDADE DE ENGRAVIDAR UMA PARCEIRA, ATUALMENTE, É:   1  Muita   2  Regular   3  Pouca   4  Nenhuma</p>
<p>M22. POR QUE NÃO USA?   1  Não tem relações atualmente   2  Acha que não fica grávida   3  Não conhece métodos adequados   4  Teme efeitos negativos   5  Não se importa se ficar grávida   6  Outra razão (especifique)  _____</p>	<p>H22. SE SOUBESSE QUE SUA PARCEIRA ESTÁ GRÁVIDA, QUE ATITUDE VOCÊ TOMARIA?   1  Fugiria da responsabilidade   2  Casaria com ela e teriam o filho   3  Seria favorável a fazer aborto   4  Não sabe o que faria</p>
<p>M23. VOCÊ ACHA QUE SUA POSSIBILIDADE DE ENGRAVIDAR, ATUALMENTE É:   1  Muita   2  Regular   3  Pouca   4  Nenhuma</p>	<p>H23. ENGRAVIDOU ALGUMA MULHER?   1  Não (vá para o n° 26)   2  Sim   3  Não sabe (vá para o n° 26)</p>
<p>M24. SE SOUBESSE QUE ESTÁ GRÁVIDA QUE ATITUDE TOMARIA?   1  Teria o filho   2  Casaria e teria o filho   3  Faria aborto   4  Não sabe o que faria</p>	<p>H24. ELA TEVE O FILHO(A)?   1  Não   2  Sim   3  Não sabe</p>
<p>M25. ENGRAVIDOU ALGUMA VEZ?   1  Não (vá para o n° 28)   2  Sim</p>	<p>H25. VOCÊ ASSUMIU A RESPONSABILIDADE?   1  Não   2  Sim</p>
<p>M26. QUERIA ENGRAVIDAR?   1  Não   2  Sim</p>	<p>H26. TEVE RELAÇÕES COM PROSTITUTAS?   1  Não   2  Sim</p>
<p>M27. JÁ RECORREU AO ABORTO?   1  Não   2  Sim</p>	<p>H27. TEVE RELAÇÕES COM TRAVESTIS?   1  Não   2  Sim</p>

28. VOCÊ JÁ USOU DROGAS?

|1| Não (vá para o nº 31)

|2| Sim

|-----> 29. USOU DROGAS INJETÁVEIS?

|1| Não (vá para o nº31)

|2| Sim - QUAL? \_\_\_\_\_

|-----> 30. COMPARTILHO AGULHAS?

|1| Não

|2| Sim

NAS PERGUNTAS 31-32 MARQUE UMA DAS ALTERNATIVAS DE CADA LINHA.  
PROCURE NÃO DEIXAR LINHAS EM BRANCO

31. VOCÊ TEVE ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS?

Sífilis/Cancro	1  Não	2  Sim	3  Não sabe
Gonorréia/Blenorragia	1  Não	2  Sim	3  Não sabe
Cancro mole/Bubão	1  Não	2  Sim	3  Não sabe
Condiloma/Crista de galo	1  Não	2  Sim	3  Não sabe
Herpes	1  Não	2  Sim	3  Não sabe

32. VOCÊ TEM OBTIDO INFORMAÇÕES SOBRE AIDS:

Pela T.V.	1  Não	2  Sim	3  Não lembra
Pelos jornais	1  Não	2  Sim	3  Não lembra
Por amigos	1  Não	2  Sim	3  Não lembra
Palestra/aula	1  Não	2  Sim	3  Não lembra
Outra via	1  Não	2  Sim	3  Não lembra

33. EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO DA AIDS MARQUE O QUE VOCÊ CONSIDERA COMO VERDADEIRO (V), FALSO (F) OU NÃO SABE (NS):

A principal via de transmissão é a sexual	V	F	NS
É uma doença só de homossexuais	V	F	NS
Usar um banheiro que usou um doente de AIDS pode contagiar	V	F	NS
É possível pegar AIDS por banho de piscina	V	F	NS
Transfusão de sangue pode transmitir AIDS	V	F	NS
Tomar injeção com material não esterilizado pode contagiar	V	F	NS
O uso de camisinha reduz o risco de transmissão da AIDS	V	F	NS
Beijo na boca, de pessoa contaminada, pode contagiar	V	F	NS
Fumar cigarro de pessoa contaminada, pode contagiar	V	F	NS
Uso de copos/canudos de bares (restaurantes, lanchonetes) pode contaminar	V	F	NS
Existe risco de pegar AIDS indo ao dentista, mesmo que utilize material esterilizado	V	F	NS

Sexo anal contamina mais que sexo oral ou vaginal  
 Filho de mãe contaminada nasce com AIDS  
 Mãe infectada transmite AIDS através de seu leite

V		F		NS
V		F		NS
V		F		NS

**MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA.**

34. UMA PESSOA QUE TEM TESTE POSITIVO PARA AIDS MAS NÃO TEM A DOENÇA MANIFESTA:

- |1| Fatalmente terá a doença e morrerá
- |2| Pode permanecer portadora sem que a doença se manifeste

35. TRANSMITE AIDS:

- |1| Só quem está doente de AIDS
- |2| Todo aquele que tem teste positivo para AIDS, ainda que não esteja com a doença manifesta

36. VOCÊ ACHA QUE AIDS NO MOMENTO ATUAL É:

- |1| Sempre fatal
- |2| Quase sempre fatal
- |3| Curável
- |4| Não sabe

37. PARA CADA PERGUNTA MARQUE COM UM "X" UMA DAS ALTERNATIVAS (SIM OU NÃO) ANTES E DEPOIS DE SABER DA AIDS.

	ANTES AIDS		DEPOIS AIDS	
Na relação sexual você usa ou exige uso de camisinha?	1  Não	2  Sim	1  Não	2  Sim
Pratica relação anal?	1  Não	2  Sim	1  Não	2  Sim
Pratica sexo oral?	1  Não	2  Sim	1  Não	2  Sim
Você mantém relações sexuais com várias(os) parceiras(os)	1  Não	2  Sim		

38. PARA CADA PERGUNTA MARQUE SIM OU NÃO:

- Se lhe oferecessem para experimentar droga injetável você aceitaria? |1| Não |2| Sim
- Você teria relações sexuais com uma pessoa logo no primeiro encontro? |1| Não |2| Sim
- Você aceitaria participar de uma festa onde houvesse troca de parceiros? |1| Não |2| Sim

39.

COMO VOCÊ CLASSIFICARIA SUA POSSIBILIDADE DE PEGAR AIDS?

- |1| Nula
- |2| Baixa
- |3| Alta
- |4| Muito alta

40.

VOCÊ FARIA O TESTE PARA SABER SE TEM AIDS?

- |1| Não
- |2| Sim
- |3| Não sabe
- |4| Já fiz

41.

SE O RESULTADO DO TESTE FOR POSITIVO, MAS VOCÊ NÃO ESTIVER DOENTE, QUE ATITUDE TOMARIA EM RELAÇÃO À SUA VIDA SEXUAL?

- |1| Trataria de diminuir o risco de contagiar outras pessoas
- |2| Trataria de contagiar mais pessoas
- |3| Não modificaria minha conduta
- |4| Não sabe

42.

E EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO?

- |1| Não procuraria o tratamento
- |2| Procuraria tratamento
- |3| Procuraria tratamento, inclusive em experimentação
- |4| Suicidar-me-ia

43.

FAÇA UMA LISTA DOS CONTEÚDOS (CONCEITOS) MAIS IMPORTANTES QUE DEVERIAM FAZER PARTE DE UM PROGRAMA EDUCATIVO PARA DIMINUIR A EPIDEMIA DE AIDS

---

---

---

---

---

---

---

---

MUITO OBRIGADO

**ANEXO 2**

Campinas, Abril de 1988.

Prezado Aluno(a):

Seu nome foi obtido da lista de alunos que ingressaram na UNICAMP em 1987 e 1988, para participar conosco de um estudo sobre o universitário brasileiro.

Em 1987, realizamos um estudo piloto semelhante a este, com o intuito de conhecer algumas características da vida sexual do estudante universitário, já que no Brasil há poucos dados a este respeito. Desejávamos também saber como anda o conhecimento que vocês têm da AIDS para que, futuramente, pudessem ser definidas metodologias educativas mais adequadas para o grupo universitário.

Alguns dos dados que encontramos foram reveladores: de 57 alunos contatados por carta (como você está sendo agora), 36 questionários foram preenchidos e devolvidos. Das respostas obtidas, encontramos que 69% das pessoas já tinham tido relações sexuais, e 39% delas tiveram relações com 2 a 8 parceiros nos 12 meses anteriores ao questionário. Noventa e dois por cento da amostra que respondeu, estão sexualmente ativos, sendo que 83% das mulheres e 42% dos homens utilizam algum método anticoncepcional.

Quatorze por cento do total já tiveram algum tipo de doença sexualmente transmissível e 86% da amostra consideravam ter algum risco de contrair AIDS (87% demonstrou interesse em fazer o teste de AIDS).

Estes dados nos levaram a, novamente, refletir sobre a seriedade destas questões e a propor, agora, um estudo mais amplo.

Por isso, precisamos muito de sua colaboração. Sem ela, continuaremos como estamos, ignorando as necessidades e características da sexualidade do universitário brasileiro.

Gostaríamos que você respondesse ao questionário em anexo. É muito importante que as respostas sejam as mais honestas e verdadeiras possíveis, já que informações distorcidas produzirão, com toda certeza, resultados igualmente duvidosos, e sem valor quando forem aplicados à prática.

Se não desejar responder alguma(s) das perguntas (ou mesmo todo o questionário) é livre para fazê-lo. Mas talvez você se sinta mais à vontade se souber que todas as medidas foram tomadas para garantir a **absoluta confidencialidade e anonimato** das informações: se você observar bem, não há qualquer modo de identificar você, quando recebermos este questionário de volta. Não temos nenhum modo de identificar quais dos alunos que receberam o questionário, o devolveram. Só podemos saber quantos.

Por favor, então, responda às perguntas do questionário e remeta-o de volta, no envelope pré-selado que o acompanha. Se decidir não preenchê-lo, agradeceríamos se pudesse mandá-lo de volta, em branco.

Esta pesquisa conta com a aprovação da Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas, e com o apoio do SAE (Serviço de Apoio ao Estudante) e da Reitoria da UNICAMP.

Se desejar conversar com alguém, esclarecer dúvidas ou mesmo fazer uma entrevista/consulta, relativa à sexualidade, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e mesmo AIDS, contate o Grupo de Apoio ao Estudante de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira no Ramal 3135 das 8:30 às 16:00 hrs. Este Grupo foi criado com o objetivo exclusivo de auxiliar vocês, estudantes, nestas questões.

Desde já, agradecemos sua valiosa colaboração.

Atenciosamente,

Margarita Díaz  
Investigadora Principal

Dr. João Luiz P.C. e Silva  
Chefe do Departamento de  
Tocoginecologia do CAISM

P.S.: Se você souber de algum colega seu que tenha ingressado na UNICAMP no mesmo ano que você, e não tenha recebido este questionário e/ou se você tiver qualquer dúvida quanto ao seu preenchimento, ligue para 39-2856 e fale com Maggie ou com Patrícia.