

Ministério da Saúde Pública

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

***“Características Sócio-Comportamentais Relacionadas ao Risco de Transmissão do HIV
em Escolares de 15 a 24 anos, na Guiné-Bissau”***

por

Cunhate Na Bangna

*Dissertação apresentada com vista à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública na
área de Epidemiologia Geral*

Orientadora: Dr^a Dina Czeresnia

Co-Orientadora: Dr^a Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

Rio de Janeiro, Dezembro de 2007

Ministério da Saúde Pública

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

***“Características Sócio-Comportamentais Relacionadas ao Risco de Transmissão do HIV
em Escolares de 15 a 24 anos, na Guiné-Bissau”***

Cunhate Na Bangna

Dissertação apresentada à Escola Nacional
de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação
Oswaldo Cruz – para obtenção do grau de
Mestre em Saúde Pública – área de
Epidemiologia Geral

Rio de Janeiro, Dezembro de 2007

Ministério da Saúde Pública

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Mestrado em Saúde Pública

Esta dissertação, intitulada

“Características Sócio-Comportamentais Relacionadas ao Risco de Transmissão do HIV em Escolares de 15 a 24 anos, na Guiné-Bissau”

Apresentada por

Cunhate Na Bangna

Foi avaliada e aprovada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^ª. Dr^ª. Leticia Fortes Legay

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos

Prof^ª. Dr^ª. Dina Czeresnia – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 09 de Janeiro de 2008.

Dedicatória

À minha mãe N'Suandé, pelo seu jeito simples de ver a vida, me ensinou a lutar pela conquista dos objetivos almejados, na “ausência” infinita do marido e pai, mas continuando presente na alma e memória.

À minha esposa Quinta Nantchongo, companheira de todos os momentos pelo amor, carinho e incentivo constante durante todas as fases deste trabalho, não medindo esforços no direcionamento do nosso lar quando a minha ausência se fazia necessária.

Aos meus filhos, e sobrinhos pela convivência amorosa e sincera, que nos faz crescer junto, com vista, a um futuro ideal.

Ao meu irmão, Inghala Na Uaié pelos bons momentos que passamos juntos e na esperança de um dia compartilharmos dos mesmos sonhos.

“NUNCA É TARDE PARA VENCER” - «Tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta –

I Coríntios 13:7».

AGRADECIMENTOS

“Agradeço ao Pai Celestial, pela vontade, poder e força manifestada para que o sonho se torne uma realidade!”

Talvez trinta páginas seriam suficientes para descrever a minha gratidão a todos quantos foram importantes nessa empreitada. Mas por limites técnicos, não vou esboçar mais que três páginas. Por isso, receba esse agradecimento como sendo somente dez por cento daquilo que realmente merece.

Ao Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde e toda sua equipe, pelo seu acolhimento, orientações, contribuições e incentivos que tornaram possível esta trajetória.

À Prof^a Dr^a Márcia Lázaro de Carvalho pelo empenho pessoal, carinho e apoio, pelo que adquiri mais ensinamentos, que jamais esquecerei, mesmo estando tão distante deste querido país.

A imensa gratidão às professoras Dr^a Dina Czeresnia e Dr^a Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, minhas orientadoras, pela calorosa acolhida nesta empreitada e por acreditar em sacrificar durante o processo trabalhoso. Seus ensinamentos foram fundamentais e serão sempre lembrados, assim como sua amizade, que será guardada com muita estima. É um grande prazer tê-las como “*Experts*”! E, a professora colaboradora, Célia Regina de Andrade pela contribuição tão genial no processo de crítica dos dados.

Ao professor Dr. Francisco Inácio Bastos, pelas sugestões, olhares críticos, informações e colaboração no processo desse trabalho, para que Guiné-Bissau desfrute dessa graça.

Aos Dr. Fernando Laender e Dr. Luiz Eduardo Fonseca, pela amabilidade e dinamizadores de tudo que agora se vê como fruto. Agradeço imenso ao Senhor Ednelson Pereira pela vontade na condução deste processo na sua fase inicial.

Aos funcionários da secretaria acadêmica da ENSP, da secretaria do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde e da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP, muitíssimo obrigado por toda a dedicação e auxílio.

À Senhora Tatiana Chama Luz, pela dedicação, paciência e amizade, quem aceitou a tutoraria, pela qual, cresci bastante em termo do conhecimento concernente aos “*Fundamentos do Método Epidemiológico*”, e me servirão de suportes por resto da minha vida.

Ao Senhor Francisco Pedra, pela oferta do material precioso: “*Epidemiology in Medicine – Charles H. Hennekens*” – e pelos conselhos que outrora, me proporcionou neste país estrangeiro.

A toda turma (2006) de Epidemiologia Geral, pela ajuda e agradável convivência.

Ao Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau, pela confiança depositada em mim e vontade com que encarou o projeto e, por me conceder o banco de dados utilizados para este trabalho.

À Agência do Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA), pela concessão de bolsa e, à toda sua equipe e, em especial, à “Sua Alta Representação” na Guiné-Bissau, por amabilidade e encorajamento que nunca deixou falta durante o transcurso.

Ao Dr. Tomé Cá, pelas valiosas sugestões sobre o tema em destaque neste estudo e, apoio total e incondicional prestado durante o desenrolar deste trabalho. “Não tenho como medir a sua contribuição, nem palavra para isso”.

À toda a equipe da Direção de Higiene e Epidemiologia do Ministério da Saúde Pública, quem me impulsionou ao longo de exercício profissional e me incentivou a abraçar esta área.

À Dr^a Amabélia Rodriguez, pela paciência e dedicação na instalação do programa Dbase, no qual foi criado o banco de dados utilizados neste trabalho.

Ao Dr. Inácio de Alvarenga Júnior pelas sugestões feitas a este trabalho, bem como a disponibilidade em proporcionar e instalar o pacote estatístico, o qual tornou possível a análise desses dados.

Ao Dr. Fernando Vasco Marques por abraçar o projeto e pelas contribuições bibliográficas, as quais serviram muito para tornar este trabalho uma realidade desejada.

Ao Dr. Mamadu Djico pelo empenho, orientações e sugestões dispendidas no desenrolar do processo preparativo deste projeto, culminado hoje em dia, numa realidade desejada.

Ao Senhor Quintino Nhaga, pelo seu apoio de “emergência”, o que proporcionou-me um acolhimento favorável no Estado do Rio de Janeiro.

Ao Senhor Vítor Évora, pelo acolhimento e apoio inesquecível que me prestou neste país estrangeiro.

Os meus agradecimentos são tão extensivos a todos cujas suas colaborações foram de uma forma direta ou indireta no trabalho, os quais deixo de mencionar para não cometer injustiça, confiando num futuro não muito distante, onde poderei apresentar os resultados do perfil dos adolescentes e

jovens escolares guineenes, mesmo tendo estremecido ao aperceber-me da dimensão do assunto em causa...

RESUMO

A Guiné-Bissau é um pequeno país situado na costa ocidental africana, com pouco mais de 1,3 milhões de habitantes e cerca de trinta etnias, distribuídas em oito regiões administrativas e um setor autônomo (capital). É considerado um dos países mais pobres do mundo, 49 % da população vive abaixo do limiar de pobreza - menos de 2 USD por dia. Um dos principais problemas de saúde pública no país é a Aids. A infecção pelo HIV tem prevalência elevada nas grávidas (cerca de 6,0%), em particular entre adolescentes e adultos jovens. O objetivo deste estudo foi descrever características sócio-comportamentais relacionadas ao risco de transmissão do HIV entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos, que freqüentavam escolas secundárias selecionadas em seis regiões na Guiné-Bissau.

Os principais resultados apresentaram diferenças no comportamento sexual entre gêneros. Os homens iniciaram a vida sexual mais precocemente, e apresentaram maior número de parceiros sexuais na vida. O uso de preservativo foi referido de forma semelhante entre os sexos, mas os motivos de não uso se diferenciam entre eles. A principal fonte de informação sobre sexualidade predominante entre os homens foram amigos e entre mulheres, a mãe. O conhecimento dos alunos sobre as formas de transmissão e de prevenção/redução do risco da infecção pelo HIV/Aids, se mostra incompleto e fragmentado. Apenas 2,3% dos escolares foram considerados com conhecimento consolidado.

O trabalho visa subsidiar estratégias para prevenção dos comportamentos sexuais de risco e busca contribuir na definição de políticas de promoção da saúde dos adolescentes e adultos jovens escolares na Guiné-Bissau.

Palavras-chaves: Adolescentes; Aids e sexualidade; Aids na Guiné-Bissau; Prevenção do HIV/Aids.

Abstract

Guinea-Bissau is a small country located on the West Coast of Africa, with just over 1.3 million inhabitants and some 30 ethnic groups distributed across eight administrative regions and an autonomous district (the national capital). It is considered one of the poorest countries in the world, with 49% of the population living below the poverty line (fewer than 2 US dollars per day). AIDS is one of the country's main public health problems. The overall HIV prevalence rate is high (some 6.0%) and is particularly serious among adolescents and young adults. The objective of the current study was to describe the social and behavioral characteristics related to HIV transmission risk among adolescents and young people (15 to 24 years of age) attending secondary schools in six regions of Guinea-Bissau.

The main results highlighted differences in sexual behavior between genders. Males showed earlier sexual debut and a higher total number of sexual partners. Reported condom use was similar between the sexes, but the reasons claimed for not using condoms differed. The predominant source of information on sexuality was friends for males and mothers for females. Students displayed incomplete and fragmented knowledge on forms of transmission and prevention/risk reduction of HIV infection/AIDS. Only 2.3% of the students showed what was considered consolidated knowledge on the issue.

This study aims to support strategies for prevention of unsafe sexual behaviors and seeks to contribute to the definition of health promotion policies for the adolescent and young-adult student population in Guinea-Bissau.

Key words: Adolescents; AIDS and sexuality; AIDS in Guinea-Bissau; HIV/AIDS prevention.

SUMÁRIO

Página

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

ILUSTRAÇÃO – Mapas da Guiné-Bissau

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO– GUINÉ-BISSAU: CARACTERÍSTICAS GERAIS-----	14
1.1.Características político-administrativas, econômicas e sócio–demográficas da Guiné-Bissau-----	14
1.1.1. Características político-administrativas-----	14
1.1.2. Características econômicas-----	15
1.1.3. Características sócio–demográficas-----	16
1.1.4. Situação sanitária-----	18
1.1.4.1. Sistema Nacional de Saúde (SNS)-----	18
1.1.4.2. Saúde da população-----	20
1.1.4.3. Epidemiologia do HIV-1 e HIV-2 no Mundo-----	22
1.1.4.4. Epidemiologia do HIV-1 e HIV-2 na África-----	23
1.1.4.5. Situação epidemiológica das IST e do HIV / Aids na Guiné-Bissau-----	24
1.1.4.6. Aids na adolescência e adultos jovens-----	26
1.1.4.6.1. Ambiente familiar e / ou social, e práticas paternas educativas-----	30
CAPÍTULO II - SUJEITOS E MÉTODO-----	35
2.1 Descrição do Estudo-----	35
2.1.1 Amostra-----	35
2.1.2 Instrumento de coleta de dados-----	37

2.1.3 Pré-teste-----	38
2.1.4 Crítica dos dados-----	38
2.2 Plano de Descrição e de análise das Variáveis-----	38
2.3 Aspectos éticos-----	41
2.4 Limitações do Estudo-----	42
CAPÍTULO III – RESULTADOS-----	43
• Características sócio-demográficas e culturais-----	43
• Comportamento sexual-----	46
• Comportamento sexual segundo a convivência no ambiente familiar e / ou social---	50
• Conhecimento dos escolares sobre as formas de transmissão e de prevenção / ----- redução da infecção pelo HIV/Aids	52
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO, CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES----	59
4.1 Discussão-----	59
4.2 Considerações finais-----	68
4.3 Recomendações-----	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIAS-----	71
ANEXO-----	80
INSTRUMENTO DE INQUÉRITO-----	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids/SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CACP	Conhecimentos, Atitudes, Crenças e Práticas
CDC	Centers for Disease Control
CEP/ENSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - Sérgio Arouca
CMI	Centro Materno Infantil
DHE/LNSP	Direção de Higiene e Epidemiologia/Laboratório Nacional Saúde Pública
DIECS	Direção de Informação, Educação e Comunicação para Saúde
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DST/IST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EVF	Educação para a Vida Familiar
FMI	Fundo Monetário Internacional
HIV/VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
HIV-1	Vírus de Imunodeficiência Humana tipo 1
HIV-2	Vírus de Imunodeficiência Humana tipo 2
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
INEC	Instituto Nacional de Estatística e Censos
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

PAV	Programa Alargado de Vacinação
PEN	Plano Estratégico Nacional de luta contra SIDA
PLAN	Organização Não-Governamental - PLAN Guiné-Bissau
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PVVIH	Pessoas vivendo com Vírus de Imunodeficiência Humana
PSB	Projeto de Saúde de Bandim
SAB	Setor Autônimo de Bissau
SMI/PF	Saúde Materno-Infantil/Planeamento Familiar
SNIS	Sistema Nacional de Informações Sanitárias
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TV	Televisão
UNFPA/FNUAP	Fundo das Nações Unidas para População
USC	Unidades de Saúde Comunitárias
USD	Dólares dos Estados Unidos da América

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1.1. Os Principais Problemas de Saúde Pública na Guiné-Bissau, segundo grupos vulneráveis-----	21
Quadro 2.1. Perguntas sobre formas de transmissão e de prevenção da infecção do HIV/Aids-	40

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 3.1. Características sócio-demográficas dos escolares-----	44
Tabela 3.2. Distribuição dos escolares, segundo a etnia e a religião-----	45
Tabela 3.3. Prevalência de circuncisão / excisão segundo sexo e religião-----	46
Tabela 3.4. Comportamento Sexual dos escolares por sexo-----	48
Tabela 3.5. Distribuição da idade da iniciação sexual segundo faixa etária, por sexo e ---- religião-	48
Tabela 3.6. Motivos referidos para o não uso do preservativo entre os escolares-----	49
Tabela 3.7. Distribuição dos escolares que não informaram o motivo de não uso de preservativo -	50
Tabela 3.8. Características dos escolares por sexo, segundo a variável hábito de diálogo com os pais sobre sexualidade-	52
Tabela 3.9. Formas de contágio e de prevenção ou de redução de risco pelo HIV/Aids, assinaladas pelos escolares, por sexo-	54
Tabela 3.10. Percepções ou desinformações (rumores) sobre modos de contágio pelo HIV/Aids assinaladas pelos escolares, por sexo-	55
Tabela 3.11. Distribuição dos escolares por religião, segundo o conhecimento sobre formas de transmissão ou de prevenção da infecção pelo HIV/Aids-	56
Tabela 3.12. Grau de conhecimento das formas de transmissão e prevenção ou redução do risco da infecção do HIV/Aids por sexo-	58
Tabela 3.13. Percentual de alunos que acertaram todas as perguntas sobre Formas de contágio e de prevenção ou redução de risco da infecção pelo HIV/Aids por sexo e religião-	58
Tabela 3.14. Percentual de alunos que acertaram todas as perguntas sobre percepções dos modos de transmissão da infecção do HIV/Aids, por sexo e religião-	58

LISTA DE GRÁFICOS

		Página
Gráfico 1.1	Taxas de Prevalências do HIV (HIV 1, HIV 2 e HIV 1+HIV 2) entre as grávidas atendidas nas CPN* de 1987 e 2004, na Guiné-Bissau-	25
Gráfico 3.1	Distribuição dos escolares segundo tipos de parêlo de comunicação de massa disponível em casa	
Gráfico 3.2	Distribuição dos escolares sexualmente ativos, segundo as fontes de informações antes da iniciação sexual	45
Gráfico 3.3	Percepções ou desinformações dos escolares com relação às crenças (rumores) sobre as formas de transmissão do vírus da Aids, segundo a religião	57

ILUSTRAÇÃO – Mapas da Guiné-Bissau

		Página
Mapa 1.1	Localização da Guiné-Bissau na África -----	14
Mapa 1.2	Divisão administrativa da Guiné-Bissau -----	15

CAPÍTULO I

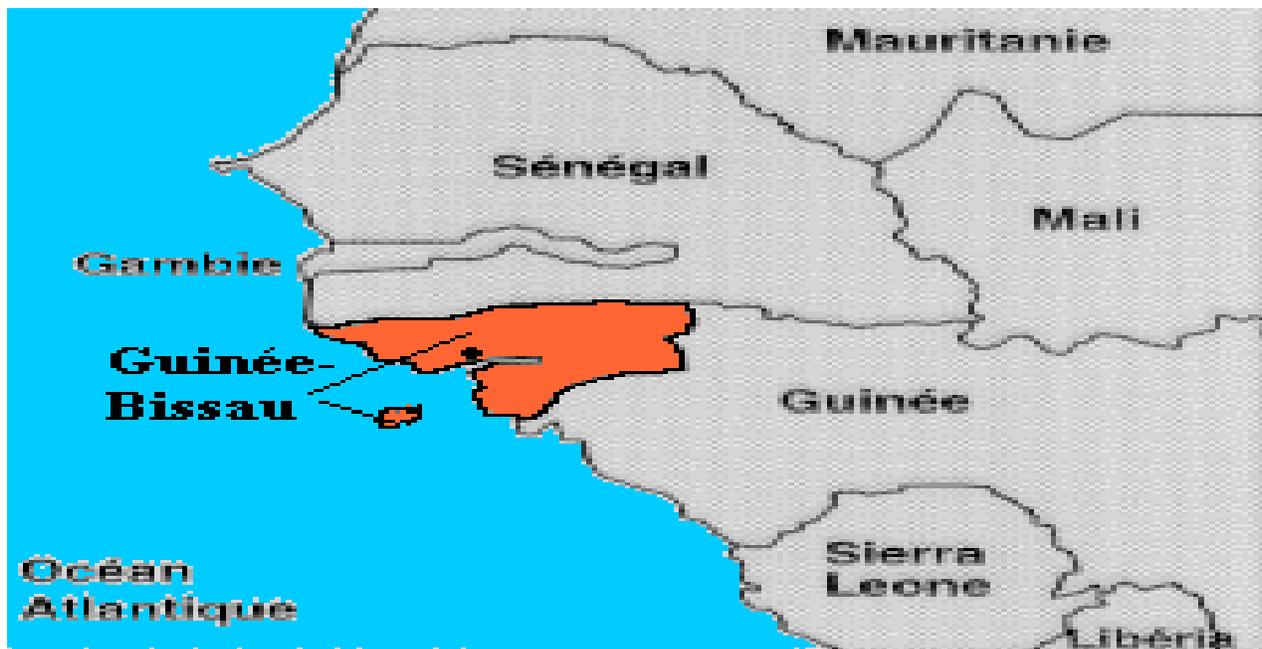
INTRODUÇÃO - GUINÉ-BISSAU: CARACTERÍSTICAS GERAIS

1.1 Características político-administrativas, econômicas e sócio-demográficas da Guiné-Bissau

1.1.1 Características político-administrativas

A Guiné-Bissau, com uma superfície de 36.125 km², situa-se na Costa Ocidental da África, estendendo-se, no litoral, desde o Cabo Roxo até à ponta Cagete. Tem fronteira, ao norte, com a República do Senegal, ao este e sudeste com a República da Guiné e ao sul e oeste com o Oceano Atlântico (Mapa 1.1). Além do território continental, o país integra ainda cerca de nove dezenas de ilhas e ilhéus, que constituem o arquipélago dos Bijagós, separado do Continente pelos canais de Geba, Pedro Álvares, Bolama e Canhabaque, sendo entre os quais, somente dezessete estão povoadas (Fonte: Guiné-Bissau - História Economia Povo Geografia - 2000).

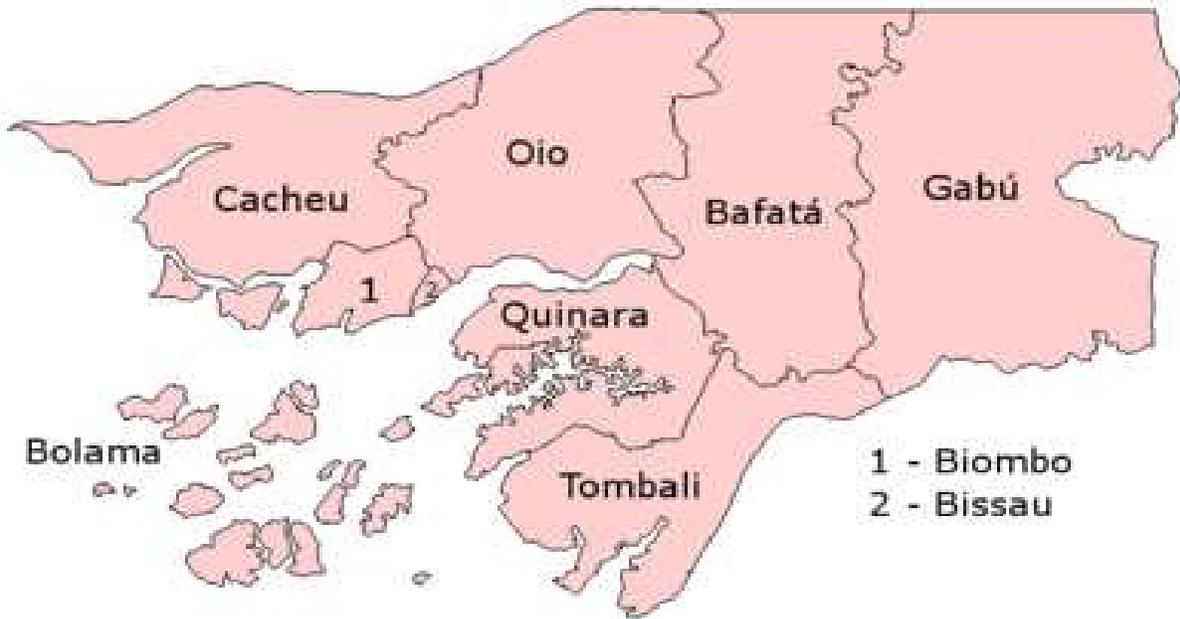
Mapa 1.1 - Localização da Guiné-Bissau na África



A Guiné-Bissau, administrativamente apresenta oito regiões e um Setor Autônomo, nomeadamente: Bafatá, Biombo, Bolama/Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara e Tombali, e Setor Autônomo de Bissau (Capital – Mapa 1.2).

A Guiné-Bissau é antiga colônia Portuguesa, cuja independência, após um processo de luta armada de onze anos, foi proclamada unilateralmente em 24 de Setembro de 1973, apenas reconhecida por Portugal em 10 de Outubro de 1974 (Fonte: Guiné-Bissau - História Economia Povo Geografia – 2000).

Mapa 1.2 – Divisão administrativa da Guiné-Bissau



1.1.2 Características econômicas

A natureza privilegiada da Guiné-Bissau, sua “geo-estratégica” e eco-sistema definiram sua cultura e identidade multiétnicas, radicada em valores que são partilhados por homens e mulheres. A extrema pobreza e dependência econômica fazem com que essa cultura não usufrua as suas riquezas e viva um dos cenários mais difíceis conhecidos na história. A Guiné-Bissau, com uma população de pouco mais de 1,3 milhões de habitantes, é um dos dez países mais pobres no mundo com crescimento econômico persistentemente negativo ¹.

Em 1998/99, ocorreu um conflito político militar, que levou o país a enfrentar enormes dificuldades. O precário desenvolvimento econômico, inclusive do setor privado, tornou-se ainda mais frágil por essa crise.

O relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento de 2006 (PNUD), revelou uma regressão nos Índices de Desenvolvimento Humano da Guiné-Bissau, situando-se no

173º lugar no 'ranking' mundial. O relatório lembra ainda que a economia da Guiné-Bissau é "caracterizada pela fraqueza dos recursos internos a tal ponto que a poupança permaneceu sempre negativa", principalmente depois do conflito de 1998/99, o qual destruiu muitos equipamentos produtivos e infra-estruturas. A economia guineense sempre dependeu principalmente da agricultura, pesca e a criação de gado, representando 45% a 51% do PIB. Estes sectores enfrentam problemas estruturais e de modernização.

As colheitas do caju aumentaram nos últimos anos, e o país alcançou o sexto lugar mundial na produção dessa fruta. Principal produto de exportação é a castanha de caju (cerca de 66,0% do valor global das exportações), seguido do peixe e da madeira. O arroz é o principal produto e alimento básico do país. Entretanto, a instabilidade político-institucional que vem caracterizando o país no período pós-conflito, conduziu a uma degradação profunda das condições de vida, e 49 por cento da população vive abaixo do limiar de pobreza - menos de 2 USD por dia ¹. As "hostilidades" internas intermitentes verificadas, tendo como ponto de partida o conflito político-militar de 1998, causaram prejuízos enormes, cujas repercussões se refletem na economia do país. Anterior a essas hostilidades, a reforma do comércio e a liberação dos preços eram as partes mais bem sucedidas do programa de ajuste estrutural do país sob o patrocínio do FMI. A abertura da política monetária e do desenvolvimento do setor privado tinha, também, começado a revigorar a economia. Por causa dos custos elevados, a exploração do petróleo, fosfato e outros recursos minerais não é uma perspectiva a curto prazo. No entanto, as reservas do óleo da costa poderão fornecer o rendimento necessário a longo prazo.

Com o atual ritmo de evolução da economia guineense seria necessário um século para se ver duplicar o rendimento real por habitante, que era de 135 dólares (104 euros) em 2003, segundo a avaliação do governo guineense nos finais do primeiro semestre de 2007.

1.1.3 Características sócio-demográficas

Com base nas projeções anuais feitas pelo Instituto Nacional de Estatística e Censos (INEC), segundo os resultados do censo geral de população e habitação de 1991 (979.203 habitantes) ², a população da Guiné-Bissau é estimada em cerca de 1.388.000 habitantes para o ano 2006. Conforme o referido censo geral, 69,0% da população vivem no meio rural. A capital Bissau, alberga cerca de 24,0% da população do país, seguida as regiões administrativas de Oio com

15,6% da população; Bafatá 14,7%; Cacheu 14,5%, Gabú 13,5% e outras quatro restantes apenas com 17,7% ².

Trata-se de uma população jovem, com cerca de 46,6% com menos de 15 anos de idade, 48,3% de 15 a 64 anos e, apenas 5,1% de mais de 64 anos. A população feminina constitui a maioria, (52,7%), 41,2% de mulheres em idade fértil (15 a 44 anos) ². Na Guiné-Bissau, a taxa anual de crescimento demográfico é de 2,1% (2004) ² e a de mortalidade geral de 15,6 mortes/1000 (2000), sendo consideradas elevadas, quando comparadas às taxas médias de outros países. A esperança de vida ao nascer é de 45 anos (2004) ². O nível de escolaridade na Guiné-Bissau tem como indicadores principais: a taxa de Alfabetização de 36,6% (Fonte: *MICS - Multiple Indicator Cluster Survey - 2000*); a taxa de analfabetismo na faixa etária de 15 e mais anos de idade, que é de 40 por cento entre homens e de 70 por cento entre mulheres, sendo na faixa etária de 15 a 24 anos é de 23 por cento nos homens e 47 por cento nas mulheres (Fonte: UNFPA, 2000).

A população guineense é caracterizada por uma grande diversidade étnica, tendo em conta a dimensão do país em termo do seu espaço geográfico. Não existe consenso sobre o número das etnias no país, os dados variam do autor para autor, oscilando entre dez e trinta etnias. No entanto, seis delas representam pouco mais de 85% da população - *Fula (25,4%), Balanta (24,6%), Mandinga (13,7%), Manjaco (9,3%), Pepel (9,0%) e Mancanha (3,5%)*. A distribuição das mesmas é um pouco por todo o país, embora haja a predominância de umas em certas regiões ou zonas de habitação ².

O crioulo é considerado a língua nacional sendo elo de comunicação entre pessoas de diferentes grupos étnicos. O português, embora proclamado língua oficial, é falado por pequena franja de população, quase utilizado exclusivamente nos serviços por uma minoria dos indivíduos escolarizados, assim como em certos meios oficiais.

Na Guiné-Bissau, há diversas confissões religiosas com variedades de padrões culturais de forma geral. No entanto, estima-se a existência de três grupos religiosos predominantes nomeadamente, muçulmana (islâmica) 46,0%, animista 36,0%, cristão 15,0% e outros 3,0% ².

A diversidade étnica também reflete a existência de variedades de tradições culturais, de certo modo fundamentadas em padrões religiosos. As etnias de confissão Islâmica praticam, além da circuncisão masculina, a excisão (feminina) nas meninas a partir de 3 anos ou pouco antes dessa idade, até a adolescência. Essa prática demonstra estigmatização da mulher na sociedade. A mulher

dessa religião que não cumpre a tradição é sujeita a perder certos privilégios na tomada de decisões importantes na família ou na comunidade. Já a circuncisão masculina ou “fanado”, é uma prática comum na grande maioria das etnias e religiões, adotada em rituais próprios a momentos de transição do indivíduo de uma fase à outra na sociedade³. A circuncisão e a excisão apresentam conotações distintas. A masculina é considerada como prática positiva quanto à prevenção da disseminação ou transmissão do HIV e, demais IST⁴. Já a feminina tem um caráter prejudicial à saúde reprodutiva da mulher, podendo causar lesões e seqüelas, mais ou menos importantes segundo o tipo de operação⁵. Porém em ambas pode haver risco de infecções, como hepatite B, HIV, entre outras, se não são realizadas em condições de assepsia e higiênicas adequadas⁶. Cabe salientar que ambas as práticas (circuncisão e excisão), no contexto tradicional e cultural costumam-se ser realizadas em grupos de indivíduos no mesmo momento da cerimônia, variando conforme o número de “candidatos”, podendo atingir até mais de três dezenas, sobretudo, em caso dos homens.

Os inquéritos de Conhecimentos, Atitudes, Crenças e Práticas (CACP), no módulo sobre a “**excisão**” na fase III coordenados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 1988 e 1990 em mais de 60 países, dos quais 21 em África^a. Esses trabalhos não exploraram muitos aspectos relacionados com comportamentos de riscos e da Aids⁷

1.1.4 Situação Sanitária

1.1.4.1 Sistema Nacional de Saúde (SNS)

A política de saúde na Guiné-Bissau está assentada sobre os princípios básicos da equidade na prestação dos cuidados de saúde e no acesso aos serviços, na priorização das zonas menos favorecidas geográfica e socialmente e na coordenação entre as estratégias da saúde com as dos setores afins, tendo em conta a interdependência dos níveis de saúde face ao desenvolvimento social, econômico e cultural.

O Sistema Nacional de Saúde Pública caracteriza-se, essencialmente pela estruturação em níveis de intervenção da política e programas da saúde nomeadamente, central, regional e local ou

^a Os países envolvidos nos inquéritos CACP (Conhecimentos, Atitudes, Crenças e Práticas) e RP (relações entre Parceiros) na África Sub-Sahariana são: Botswana (CACP), Burundi (CACP), Camerão (CACP), República Centroafricana (CACP), Tchad (CACP), Congo (CACP), Costa do Marfim (CACP/RP), Etiópia (CACP), Guiné-Bissau (CACP), Quênia (CACP), Lesoto (CACP/RP), Mali (CACP), Maurice (CACP), Niger (CACP), Nigéria (CACP/RP), Ruanda (CACP), Senegal (RP), Tanzânia (CACP/RP), Togo (CACP), Uganda (CACP/RP), Zâmbia (CACP) (Caraël, 1995, p. 28-29).

operacional. Cada um dos níveis dotado de funções de gestão e prestação de cuidados, além das estruturas de formação e pesquisa e de ligações funcionais entre diferentes estruturas.

Fazem parte do Sistema Nacional de Saúde as estruturas do setor público, assim como as do setor privado, sendo este último em fase de implementação gradual das atividades de prestação de cuidados médicos e medicamentosos, e contando, por outro lado, com ações das iniciativas comunitárias, na base das Unidades de Saúde Comunitárias (USC).

Há dois hospitais e cinco centros de referência nacional. Os hospitais são: Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) e Hospital 3 D'Agosto. Os centros especializados de referência são: Hospital de Referência em Pneumotisiologia (assistência aos doentes de tuberculose), Hospital de Hanseníase de Cumura, Centro de Saúde Mental^b, Centro de Reabilitação Motora^c e Centro materno e Infantil (CMI). Todas as estruturas de referência citadas estão concentradas em Bissau (Capital), exceto, o Hospital de Hanseníase de Cumura, que se encontra no Setor de Prabris, Região de Biombo, cerca de 12 km da capital.

Existem ainda outras instituições de coordenação nacional, tais como: Direção de Higiene e Epidemiologia, que coordena o sistema nacional de informação sanitária, funcionando com deficiência. As informações sanitárias assim como as estatísticas vitais são escassas no país; Direção de Informação, Educação e Comunicação para saúde (DIECS), que coordena componente de sensibilização sobre a saúde; Serviço Nacional de Sangue. Cabe destacar que essas instituições entre outras, estão em profundas reformas estrutural e funcional.

O nível regional, de forma geral, coincide com regiões administrativas, com exceção das regiões de Cacheu e Bolama Bijagós, que foram sub-divididas em duas regiões sanitárias cada, por questão de difícil acesso. A este nível pertencem os hospitais e centros regionais de cuidados primários de saúde. O nível local, habitualmente designado "áreas sanitárias", comporta centros de saúde, com categorias A, B e C, conforme as capacidades estrutural e técnica de atendimentos diferenciados. Nesse nível local ou operacional são encontradas estruturas comunitárias, denominadas Unidades de Saúde Comunitárias (USC). Ali são dotados de pacotes mínimos de atividades, que abarcam, além do mais, a componente de prevenção na base das estratégias, tais como: fixa, móvel a avançada.

^b Atualmente o Serviço funciona num local improvisado por ter sido destruído durante o conflito político-militar de 1998/99.

^c Também destruído durante o conflito político-militar de 1998/99.

Os principais programas prioritários do Sistema Nacional de Saúde são (Fonte: PNDS, 1998):

- i. Saúde da Família, que inclui: saúde materno-infantil e planejamento familiar (SMI/PF); Programa Alargado de Vacinação (PAV); Programa de controle das doenças diarreicas e reabilitação nutricional.
- ii. Grandes Endemias, que abarca: Programa Nacional de luta contra IST/Aids; Programa de luta contra malária; Programa de luta contra Oncocercose; Programa de luta contra Lepra e Tuberculose.
- iii. Programa de combate à Cegueira, em fase de elaboração/implementação.

1.1.4.2 Saúde da população

Estima-se que 40,0% da população guineense tenham acesso aos serviços de saúde (critério - população residente a menos de 5 km de um centro de saúde - PNDS, 1998). A elevada prevalência de doenças infecciosas e parasitárias é decorrente de insuficiências no setor da saúde e de vários problemas, como o abastecimento de água potável, higiene, saneamento do meio, nutrição, habitação e analfabetismo (Fonte: MICS - *Multiple Indicator Cluster Survey* – 2000).

Guiné-Bissau é um dos países de África com maiores taxas de mortalidade infantil entre menores de cinco anos: 124 por 1000 nascidos vivos e 203 por 1000 nascidos vivos, respectivamente, sendo a malária a principal causa de mortes em crianças (Fonte: MICS - *Multiple Indicator Cluster Survey* – 2000). É observada desigualdade na taxa de mortalidade infantil, sendo na região de Bafatá, em torno de 169 por 1000 nascidos vivos, seguido por Setor Autônomo de Bissau, com 158 por 1000 nascidos vivos. A mortalidade materna no país foi de 349 por 100.000 nascidos vivos (Fonte: *MICS - Multiple Indicator Cluster Survey* – 2000).

Dada a ineficiência do sistema nacional de informações sanitárias (SNIS), são escassos os dados sobre diversos indicadores de saúde, inclusive a mortalidade infantil, em menores de cinco anos e materna por todas as regiões do país. Os dados disponíveis foram obtidos através do inquérito pontual de *Multiple Indicator Cluster Survey de 2000 (MICS)*, referentes aos agregados familiares, às mulheres e crianças, sob o patrocínio dos parceiros internacionais (Agências das Nações Unidas), com abrangência nacional.

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário do Ministério da Saúde (Fonte: PNDS - 2003 a 2007), as principais causas de morbi- mortalidade geral e infantil continuam sendo as doenças preveníveis, como as doenças diarréicas, as infecções respiratórias entre outras, conforme o quadro a seguir.

Quadro 1.1: Os Principais Problemas de Saúde Pública na Guiné-Bissau, segundo grupos vulneráveis.

Grupos vulneráveis	Problemas de saúde pública
<i>Crianças</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Malária</i> • <i>Diarréias</i> • <i>Infecções Respiratórias Agudas (IRA)</i> • <i>Sarampo</i> • <i>Desnutrição</i>
<i>Mulheres grávidas Recém-Nascidos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Complicações ligadas à gravidez e ao parto (hemorragias, anemias, rupturas uterinas, etc.)</i> • <i>Problemas dos recém-nascidos (Tétano Neo-Natal; sofrimento fetal; prematuridade)</i> • <i>Malária</i> • <i>Transmissão vertical do HIV</i>
<i>Adolescentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Malária</i> • <i>DST/Aids</i>
<i>Adultos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Malária</i> • <i>DST/Aids</i> • <i>Tuberculose (aumento ligado ao HIV)</i>

Fonte: Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário do Ministério da Saúde Pública, Guiné-Bissau (PNDS - 2003 a 2007)

Entre estes problemas, a Aids pode representar grande impacto nos aspectos econômico e socio-demográfico na Guiné-Bissau. Os indicadores divulgados pela Organização das Nações Unidas (ONU) ⁸ apontam para uma prevalência da infecção do HIV de 3,8% na população de 15 – 49 anos de idade do país, em 2005.

O período de maior incidência coincide com os anos de maior produtividade na vida ativa de mulheres e homens adultos. Diminui a mão de obra e as competências disponíveis, aumentam os custos com o pessoal ⁹. A Aids agrava a pobreza, da qual, aliás, é consequência, pela diminuição da força produtiva do indivíduo. Por outro lado, aumenta o encargo econômico familiar na despesa com a assistência, absenteísmo laboral ⁹.

Um dos objetivos do Milênio (combater a Aids, a Malária e outras doenças) visa, para os programas nacionais de desenvolvimento e de redução da pobreza, colocar entre as prioridades, o

controle do HIV e desenvolver ações para diminuir o impacto da Aids nas comunidades carentes (Fonte: UNFPA, 2005).

1.1.4.3 Epidemiologia do HIV (HIV-1 e HIV-2) no Mundo

A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) constitui fenômeno global, complexo, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros fatores determinantes, do comportamento humano, individual e coletivo ¹⁰.

A infecção pelo HIV-1 está presente em todos os continentes, afetando crianças, homens, mulheres e idosos. É a responsável pela grande maioria de casos de Aids no mundo. Os países que no início da epidemia, contavam com maior número de indivíduos infectados por HIV-2, com quase inexistência do HIV-1, têm experimentado nos últimos anos um considerável aumento proporcional de casos de infecção pelo HIV-1 e um decréscimo proporcional de casos de infecção pelo HIV-2 ¹¹.

Quanto ao HIV-2, além da África, este pode ser encontrado em outros continentes, como Europa, América e Ásia. Países como Portugal e França apresentam um número considerável de casos de Aids por HIV-2, principalmente pelas relações estreitas com os países africanos onde o HIV-2 é endêmico. Quarenta e cinco por cento dos casos de Aids em Portugal se devem ao HIV-2, tanto entre os portugueses como entre os imigrantes, principalmente aqueles provenientes da África Ocidental ¹². Foram também descritos casos nos Estados Unidos, Índia e Reino Unido ^{13, 14, 15}. Alguns autores ¹⁶ defendem a tese que a disseminação do HIV-2 para outras localidades, principalmente para a Europa, deu-se a partir da guerra colonial, ocorrida na Guiné-Bissau visando à independência do país do jugo colonial. Apesar da alta prevalência da infecção pelo HIV-2 nos países ocidentais africanos, tem-se observado nos últimos tempos, o declínio das infecções por esse tipo, com uma prevalência elevada exclusivamente em indivíduos com idades mais avançadas ^{17, 18, 19}.

Ao nível mundial, 47% das pessoas vivendo com o HIV (PVVIH) são as mulheres, mas esta proporção varia muito para cada continente: na Europa e a América do Norte, 25% de pessoas portadoras do HIV/Aids são mulheres, contra 57% entre as mulheres na África Sub-Sahariana ²⁰. Na África Sub-Sahariana, sobretudo, a transmissão é majoritariamente por relação heterossexual ²⁰.

1.1.4.4 Epidemiologia do HIV (HIV-1 e HIV-2) na África

A África Oriental é considerada o epicentro da infecção pelo HIV-1 ²¹. Os primeiros relatos de infecção pelo HIV-1 na África foram provenientes da África Oriental e Central ²¹. Estudos apontam que o HIV-1 está presente na África Central desde o início do século XX. Com a utilização de supercomputadores e técnicas baseadas na evolução filogenética do vírus, estima-se que o HIV-1 subtipo M teve sua origem entre 1915 a 1941 ²².

A grande variedade de subtipos de HIV-1 circulantes no Congo, a alta diversidade intra-subtipos e o alto número de recombinações possíveis do vírus, tal como as diferentes cepas não classificadas, são fatos que demonstram o quão antiga e madura é a epidemia nessa região, sugerindo que ela seja o epicentro da disseminação do HIV-1 grupo M ²³.

A África Ocidental é considerada o epicentro da epidemia pelo HIV-2, que parece estar presente nessa região desde meados do século XX, com foco em países como Guiné-Bissau, Cabo Verde, Gâmbia e Senegal ^{24, 25, 26}. O HIV-2 é encontrado também na Costa do Marfim, Benin e países como Angola e Moçambique, os dois últimos, localizados mais ao Sul, são países com contatos estreitos com Guiné-Bissau e Cabo Verde, principalmente por terem laços históricos (terem pertencido o mesmo colonizador) ^{27, 28}.

A predominância nos primeiros anos de infecção pelo HIV-2 e sua distribuição no tempo sugerem que a infecção pelo HIV-2 seja mais antiga em Cabo Verde ²⁹. Ela deve ter ocorrido em decorrência da localização do país na Costa Ocidental Africana, onde inquéritos sorológicos em profissionais do sexo na década de 80 revelaram que as proporções de pacientes associados ao HIV-2 totalizavam 46,2% em Dakar e Ziguinchor (cidades do Senegal), 64,1% em Bissau (Guiné-Bissau), 14,6% em Uagadugo (Burkina Faso), 20,2% em Abidjan (Costa do Marfim) e 3,5% em Cotonou (Benin) ²⁹.

A situação é catastrófica na África Central, onde, em muitos países, mais de 25% dos adultos estão infectados, as taxas de mortalidade nas faixas etárias mais produtivas são extremamente altas e inúmeras crianças estão ficando órfãs ³⁰. Essas variações importantes da expansão e níveis de epidemias do HIV são mal compreendidas. Numerosos estudos têm sido realizados nas diferentes regiões da África Sub-Sahariana sobre os fatores de risco associados à infecção pelo HIV, incluindo as características dos comportamentos sexuais (principalmente sobre o número de parceiros e as relações sexuais com as prostitutas), os episódios das IST, a

circuncisão³¹. Contudo, os fatores sociais e culturais ligados à atividade sexual não são suficientemente conhecidos ao nível da África³¹.

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids e a Organização Mundial de Saúde (ONUSIDA, OMS)²⁰ destacam que as relações entre os homens e as mulheres são muito importantes na expansão da epidemia. As mulheres raramente assumem decisões de recusa de uma relação sexual ou sugerem o uso do preservativo, mesmo estando expostas a parceiros infectados pelo HIV/Aids, sejam maridos / cônjuges ou parceiros irregulares. São as mulheres, em especial as jovens, que pagam o tributo mais pesado à epidemia de HIV/Aids, visto que correm riscos maiores de contrair a infecção. Socialmente prejudicadas através da violência e da exploração sexual, o quadro se agrava com a desigualdade e a pobreza, que atingem mais especificamente a população feminina.

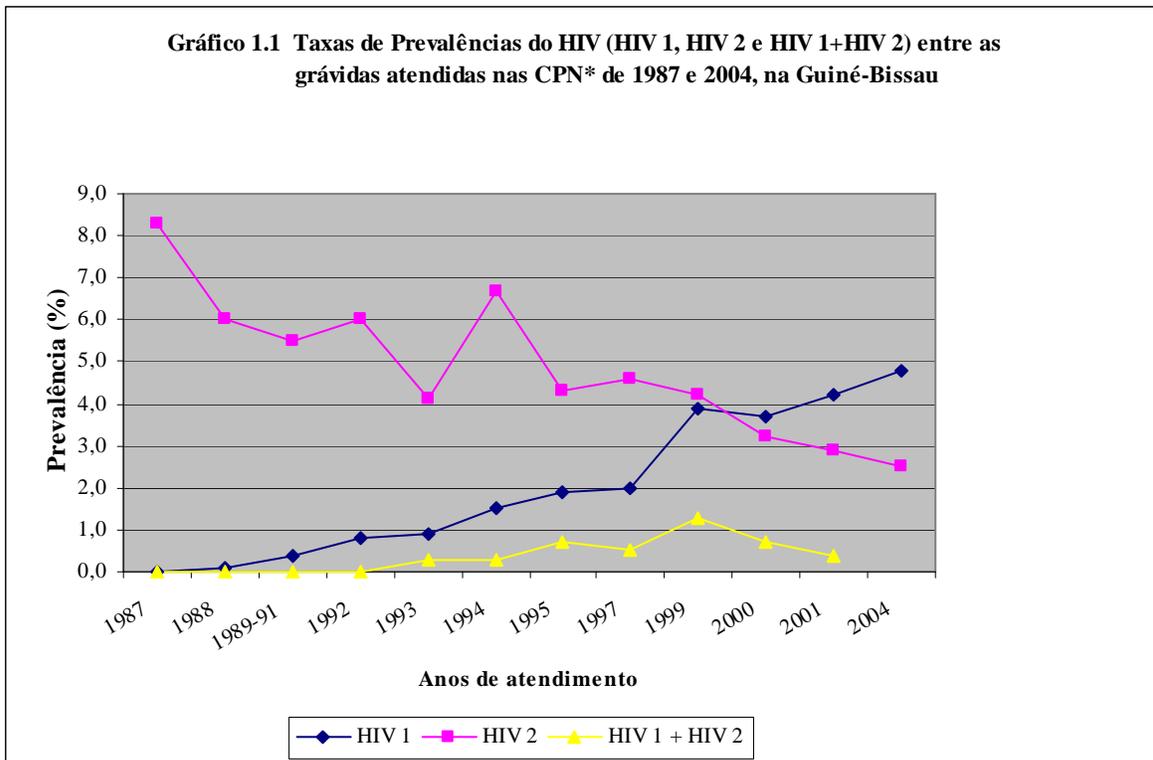
A Pesquisa qualitativa sobre análise do comportamento sexual e a sua relação com a transmissão e propagação da infecção HIV/Aids na África Sub-Sahariana avalia os padrões de comportamento sexual, tais como os sistemas de crenças e regras socioculturais sobre o casamento, sexualidade e reprodução, desigualdade e discriminação de gênero e alguns fatores de mudanças sociais modernas³². Concluiu que, para uma política efetiva de controle da Aids, é necessário levar-se em conta a falta de capacidade das mulheres africanas em cumprir com as prescrições das políticas de intervenção que orientam para a adoção de padrões de comportamento sexual isentos de risco, devido à sua falta de poder para negociar em igualdade com o seu parceiro a adoção de padrões de comportamentos sexuais seguros³².

1.1.4.5 Situação Epidemiológica do HIV / Aids e demais IST na Guiné-Bissau

A infecção pelo HIV/Aids na Guiné-Bissau é caracterizada pela circulação de dois tipos de vírus, HIV 1 e HIV 2, com prevalência elevada (prevalência global de 6,0%). Existem algumas fontes de informação sobre a infecção pelo HIV, nomeadamente, vigilância sentinela nas consultas pré-natais; estudos transversais; relatórios dos centros de aconselhamento e testes voluntários³³.

Os primeiros estudos de prevalência de HIV realizados em 1986, logo após a confirmação de primeiros casos de Aids entre os pacientes guineenses, mostraram que a Guiné-Bissau tinha uma das maiores prevalências de HIV 2 na África Sub-Sahariana³³. No início dos anos noventa surgiram os primeiros casos de HIV 1 entre as grávidas testadas e, a partir desse período, as

prevalências do HIV 1 e do HIV 2 vêm seguindo tendências opostas. Segundo os estudos que avaliam as tendências de taxas da prevalência do HIV 1 e do HIV 2 entre as grávidas na Guiné-Bissau, entre 1987 e 2004, isto é, as informações provenientes da Maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes e, entre outras, sugeriram que houve um aumento significativo da prevalência do HIV-1 de 0,0%, em 1987, para 4,8%, em 2004, e a decrescente prevalência do HIV-2, de 8,3%, em 1987 para 2,5%, em 2004^{34, 35} (Gráfico 1.1).



Fonte: estudo sentinela - DHE/LNSP; Plano Estratégico Nacional de luta contra AIDS (2007 - 2011)

Nota: O estudo não feito em todos os anos sequencialmente. * CPN = Consulta pré-natal

Com base nas informações disponíveis de diferentes fontes, a prevalência de HIV varia tanto entre as regiões, como também dentro das mesmas regiões entre as áreas urbanas e rurais. As regiões com maiores prevalências são Bafatá (9,1%), Gabú (7,8%), Setor Autônomo de Bissau (7,4%) e Oio (5,0%), as mais importantes do ponto de vista demográfico e econômico. A prevalência para todo o país é 6,0% em 2004 (Fonte: estudo sentinela em grávidas – DHE / LNSP).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para População⁹, a prevalência de HIV/Aids estimada em 2005, para população de 15 a 24 anos na Guiné-Bissau foi de 2,0%, sendo a

prevalência para população feminina desse grupo etário de 1,9% a 4,0% e, para a população masculina, entre 0,7% a 1,4%.

As IST constituem cerca de 7,0% das razões de consultas ambulatoriais entre adultos nos estabelecimentos públicos. Sucessivos inquéritos realizados junto às comunidades reportaram que entre 8,0% e 12,0% dos inquiridos com idade superior aos 15 anos, declararam ter tido um episódio de IST no decorrer dos 12 últimos meses (Fonte: PEN SIDA 2007 – 2011). Os casos de sífilis nas grávidas testadas durante as consultas pré-natais têm seguido o padrão de infecção pelo HIV, diferenciando-se também entre as regiões. Normalmente, a prevalência de sífilis entre grávidas varia de 2,0% a 7,0% (fonte: estudo sentinela em grávidas – DHE/LNSP).

Outras infecções de transmissão sexual ou sanguínea (ou derivados sanguíneos), tal como a hepatite B, geralmente, não é diagnosticada nos serviços de rotina e constitui uma preocupação das autoridades sanitárias. Segundo os dados do Serviço Nacional de Sangue, a prevalência de hepatite B, entre os doadores de sangue, foi de 15,5%, em 2005. Enquanto que a hepatite C foi de 1,2% no mesmo ano (Fonte: PEN SIDA 2007 – 2011).

“Em suma, assiste-se a uma importante mudança no perfil epidemiológico da infecção pelo HIV. O vírus tipo 1, que até ao início da década 90 não existia no país, atualmente tornou-se a infecção mais importante na população mais jovem. Todas as fontes de informações sobre a prevalência do HIV sugerem a tendência crescente da infecção pelo HIV 1. As jovens com menos de 25 anos de idade estão sendo cada vez mais atingidas pelo HIV 1 do que as com mais de 30 anos de idade, chegando a atingir até o dobro de estas em Bafatá e Bissau. Por outro lado, as capitais das regiões mais importantes econômicas e demograficamente são as que apresentam maiores prevalências da infecção do HIV 1. No entanto, o HIV 2 continua presente nas pessoas com mais de 45 anos de idade, sobretudo nas mulheres. Os homens adultos apresentam menores taxas de infecção do que as mulheres da mesma idade (Fonte: PEN SIDA 2007 – 2011)”.

1.1.4.6 Aids na adolescência e adultos jovens

Como resultado de mudanças na valorização social dos adolescentes nas últimas duas décadas, inúmeros estudos têm sido feitos tomando como objeto esse grupo e, particular interesse tem merecido a sexualidade ³⁶.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência está compreendida na faixa etária de 10 a 19 anos, quando se manifestam transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais³⁷. Segundo o *Estatuto da Criança e do Adolescente*, lei brasileira que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, adolescente é pessoa entre 12 e 18 anos³⁸. Pela semelhança no perfil de morbidade e mortalidade, alguns autores³⁹ têm recomendado a extensão da adolescência até 24 anos de idade.

Atualmente, 1,7 bilhões de pessoas (mais do que a quarta parte dos habitantes do planeta) encontram-se na faixa etária de 10 a 24 anos, sendo que 86,0% deste habitam nos países em desenvolvimento³⁷. Ao mesmo tempo em que a urbanização tem aumentado o acesso à educação e aos serviços de saúde, os adolescentes estão mais expostos aos riscos do uso de drogas lícitas e ilícitas, à violência e às infecções de transmissão sexual, incluindo o HIV/Aids.

Mais de metade das infecções pelo HIV no mundo atingem a faixa de menos de 25 anos. Em certos países em desenvolvimento, até 60,0% das novas infecções pelo HIV atingem adolescentes de 15 a 24 anos^{37, 40}.

Desde o início da epidemia, o grupo etário de 20 a 39 anos tem sido o mais atingido. Tendo em conta que a pessoa infectada pelo HIV leva cerca de dez anos, em média, para evoluir para Aids, pode-se inferir que esses adultos tenham-se infectado quando eram adolescentes ou adultos jovens^{40, 41, 42}.

A adolescência é um período marcado por grandes mudanças nos aspectos biológico, cultural e relacional. Nessa fase, o corpo é o lugar de mudanças relativas aos processos de maturação, inclusive, a cognitiva emocional e psicológica⁴¹. De uma forma bastante particular, o comportamento sexual humano põe muitas vezes em confronto as convicções tradicionais sobre o que está determinado «biologicamente» e o que é condicionado culturalmente. Para compreender diferentes atributos, crenças e comportamentos característicos de cada um dos grupos, derivados do contexto sociocultural, é importante estudar a questão sexual estratificada pela categoria gênero.

A atividade sexual é uma das principais formas dos adolescentes expressarem a sua autonomia e identidade^{43, 44}. É justamente nesse período que se destacam riscos desproporcionalmente elevados que ameaçam a saúde sexual e reprodutiva. A gravidez precoce e indesejada, o abortamento em condições inseguras, a violência sexual, as infecções sexualmente

transmissíveis (IST) e a infecção pelo HIV, são, entre outras, questões complexas e que exercem particular impacto nessa fase da vida ⁴⁴.

O adolescente assume personalidades transitórias e circunstanciais e neste âmbito, o grupo de iguais funciona como um modelo de novas identidades e como uma proteção substituta à proteção familiar. A influência do grupo de iguais é, portanto, muito grande na vida de um adolescente. Um dos pressupostos em relação ao início da atividade sexual é o da influência do grupo na busca da identidade sexual adulta, ou seja, no comportamento sexual dos adolescentes ⁴⁵.

Inúmeras pesquisas sobre o comportamento sexual e de risco para o HIV/Aids entre adolescentes e jovens foram realizadas em diferentes países do mundo. Apontam que os jovens têm experimentado relações sexuais entre 15 a 19 anos ^{36, 46, 47, 48, 49}.

Investigações realizadas na Europa sobre comportamento sexual entre adolescentes e jovens em idade escolar ⁴⁶ apontaram 24,1% dos jovens eram sexualmente ativos, sendo 28,1% para os do sexo masculino e 20,2% do sexo feminino, com a idade média de 14,0 anos para os rapazes e 14,3 para as raparigas. A idade média global da iniciação sexual dos jovens europeus foi de 15 anos.

Em outro estudo levado a cabo há quatro anos em Portugal (2003) em escolares (6º, 8º e 10º anos de escolaridade) sobre comportamentos sexuais dos adolescentes, os resultados indicam que 23,7% referem ter tido relações sexuais, com predomínio dos rapazes (33,3% do sexo masculino contra 15,0% do sexo feminino) ⁴⁷.

Mais recentemente (2005) em Portugal, sobre comportamento sexual dos adolescentes, cujo resultado divulgado no 6º Congresso Virtual Congress Prevenção da SIDA ³⁶, revelou que 32,3% dos estudantes (10º, 11º e 12º anos de escolaridade) pesquisados referiram já ter tido relações sexuais, sendo 49,3% do sexo masculino e 20,2% do sexo feminino. Dentre os que já iniciaram atividade sexual, a maior parte foi antes dos 16 anos, apontando que o sexo masculino iniciou precocemente (antes dos 16 anos), enquanto que para o sexo feminino foi mais tardiamente (depois dos 16 anos).

Em três capitais brasileiras ⁴⁸, o estudo sobre “*Adolescentes e uso de preservativos*” mostrou que 87,2% relataram já ter tido relações sexuais, com percentuais de 93,5% eram rapazes e 81,8% moças.

Em Cabo Verde, a pesquisa “*a Saúde e Estilos de Vida dos Adolescentes Cabo-Verdianos Frequentando o Ensino Secundário*”⁴⁹ verificou que cerca de metade (58,2%) dos participantes não teria tido relações sexuais, e entre os que reportaram o início sexual, os rapazes eram sexualmente ativos mais cedo (aos 14 anos ou menos).

Estudos realizados em diferentes regiões brasileiras apontaram que os homens iniciam a atividade sexual antes das mulheres^{50, 51, 52, 53, 54, 55, 56}. Como apontado entre adolescentes de escolas públicas na Bahia, Brasil⁵⁷, os homens referiram ter iniciado vida sexual mais precocemente que as mulheres, com idade mediana de 13 e 15 anos, respectivamente.

As relações sexuais antes do casamento são verificadas frequentemente entre essas faixas etárias de 15 - 19 anos. Os inquéritos realizados há dez anos no Rio de Janeiro (1996) entre adolescentes, revelam que 73,0% dos jovens masculinos e 28,0% das jovens femininas dessa faixa etária têm tido relações sexuais antes de se casarem.

Um estudo feito quase há dez anos (1998), na universidade de Kinshasa (República do Congo Democrático), entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos de ambos os sexos, revelou que 100 % dos estudantes solteiros eram sexualmente ativos^{58,59}.

O início da vida sexual na Guiné-Bissau está sendo cada vez mais precoce. O inquérito sobre Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) comunitário realizado em 2006, pelo Projeto de Saúde de Bandim (PSB), entre indivíduos de 15 aos 49 anos de ambos os sexos (ainda não divulgado), mostrou que, aos 14 anos de idade, 30,0% das raparigas e 12,0% dos rapazes, já eram sexualmente ativos (Fonte: PEN 2007_2011). A idade mediana da primeira relação sexual registrada nesse inquérito foi de 15 anos para ambos os sexos. Enquanto que, em 1998, o resultado do outro inquérito CAP (a mesma fonte) constatou cerca de 15,0 % dos jovens sexualmente ativos aos 14 anos de idade. No mesmo período, a primeira relação sexual ocorreu entre 15 aos 19 anos, respectivamente, para 83,0 % para raparigas e 61,0 % para rapazes.

De acordo com o estudo do *comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes* no Município do Rio de Janeiro, Brasil⁶⁰, segundo as categorias de gênero, destacaram-se os homens, que referiram maior número de parceiras, cerca de 40,0% relataram “cinco ou mais” parceiros sexuais nos doze meses antecedentes ao estudo. Entre as mulheres, essa proporção reduziu-se para 13,5%, e a grande maioria destas (71,2%) referiu apenas um parceiro. Estudo realizado em Portugal³⁶ sobre comportamento sexual dos adolescentes, destacou em

relação ao número de parceiros sexuais nos últimos doze meses antecedentes a pesquisa, os resultados apontaram para um parceiro sexual para ambos os sexos. No entanto, quando inquiridos sobre o número de parceiros durante a vida observou-se em média, um parceiro sexual para o sexo feminino e mais de três parceiros sexuais para o sexo masculino.

O inquérito realizado em 2006 pelo Projeto de Saúde de Bandim na Guiné-Bissau (Fonte: PEN SIDA 2007 – 2011) mostrou que cerca de 27,0% dos pesquisados (sendo 41,0% entre os homens e 13,0% entre as mulheres) com parceiros regulares afirmaram ter tido relações sexuais ocasionais, nos últimos 12 meses. Dos que reconheceram ter tido relações sexuais fora do casamento, 46,0% tinham entre 2 e mais de 15 parceiros sexuais.

Segundo resultado divulgado no 6º Congresso Virtual Congress Prevenção da SIDA de Portugal ³⁶, no que respeita ao uso de algum método preventivo das IST, a maioria (85.5%) dos escolares referiu a utilização do preservativo. No estudo de Cabo Verde ⁴⁹, constatou-se que cerca de metade (53,9%) dos jovens sexualmente ativos, referiu a utilização de preservativo na última relação sexual.

O inquérito feito pelo Projeto de Saúde de Bandim em 2006, na Guiné-Bissau (Fonte: PEN SIDA 2007 – 2011) revelou que cerca de 55,0% dos indivíduos, de ambos os sexos, sexualmente ativos, afirmaram nunca terem utilizado o preservativo durante a vida, sendo 64,0% entre os adultos com mais de 25 anos de idade; e 54,0% dos adolescentes e jovens de 15 - 24 anos.

1.1.4.6.1 Ambiente familiar e/ou social, e práticas paternas educativas

Considera-se que o ambiente familiar constitui uma base fundamental para o desenvolvimento dos adolescentes e pode contribuir de modo decisivo para o seu desenvolvimento psicossocial, para os seus potenciais comportamentos positivos de saúde, para a prevenção dos comportamentos de risco e promoção da sua saúde mental ^{61, 62, 63}. A procura de autonomia, um dos traços essenciais na adolescência, não implica necessariamente, a desvinculação da rede familiar.

A família é importante no desenvolvimento moral e social do adolescente, uma vez que constitui o primeiro e principal agente, decidindo os estímulos sociais a que se expõe e determinando seu comportamento ⁶⁴. Fatores como gênero, idade, etnicidade, normas culturais, estatuto socioeconômico, nível de educação parental e estrutura familiar, influenciam as escolhas

dos comportamentos na adolescência⁶⁵. Um ambiente familiar que garanta uma boa comunicação entre pais e filhos pode contribuir para a prevenção de comportamentos de risco⁶⁶. A comunicação eficiente e sistemática pode influenciar o retardo da iniciação da vida sexual ou aumentar a frequência do uso de preservativos em particular e contraceptivos de forma geral, o que reduziria as chances de transmissão das IST/HIV e gravidez indesejada^{67, 68, 69}.

A forma como os pais exercem as suas funções é bastante diversificada e essas variações irão influenciar o desenvolvimento de determinadas características do adolescente. Os modelos afetivos e de interação que os pais utilizam para lidar com esse indivíduo, influenciam de maneira significativa a forma como ele aprende e se relaciona com os outros^{63, 70}.

Estudos sobre os estilos de relacionamento paternal demonstram que qualquer dos extremos educativos (pais autocráticos ou muito permissivos) pode significar dificuldades acrescidas ao adolescente e jovem e causar desequilíbrios (baixa autoconfiança e filhos dependentes ou revoltados), sendo o estilo democrático de controle paternal (ambiente em que os pais se “interessam” pela vida dos filhos, discutem com eles as decisões a tomar e existe uma definição clara dos limites) gera nos adolescentes sentimento de maior competência social, autonomia e independência^{44, 67, 71, 72}

“A autonomia é definida em termos cognitivos como o encorajamento para exprimir os diversos pontos de vista e em termos comportamentais, uma participação ativa nas decisões feitas na família^{73, 74, 75}. O adolescente com menos proximidade com os pais tende a ser mais vulnerável nas relações de parceria sexual⁶²”.

Grande parte da literatura médica refere que a gravidez indesejada na adolescência é determinada, principalmente, pela liberação sexual e a falta de acesso às informações sexuais e quanto ao uso de anticoncepcionais⁴⁵. Por isso seria necessário investir muito em educação sexual para adolescentes.

Em muitas regiões do mundo⁶⁴ a população em geral, os adolescentes e jovens em particular, cresce sem oportunidade de informação e serviços que são necessários e indispensáveis para atingir o seu papel potencial. Ignorar estas necessidades, pode levar a custo elevado da perda de oportunidades de desenvolvimento, rupturas sociais e situações de saúde/doença que podem comprometer as gerações futuras. É fundamental que as entidades responsáveis, políticos,

educadores, profissionais de saúde e outros grupos com responsabilidades de intervenção na comunidade, reconheçam a diversidade dos adolescentes e jovens, as suas potencialidades e hábitos de vida, em contextos culturais e sociais diversos, adequando assim as estratégias de comunicação para com estes grupos.

Dois recentes inquéritos (2003) sobre comportamentos - (i) inquérito de vigilância comportamental relativo as IST e HIV/Aids e, (ii) inquérito demográfico e de saúde, realizados em alguns países da África Oeste, Central e de Leste (Costa do Marfim, Togo, Camarão, Burundi, Tanzânia, Zâmbia) mostraram que os indivíduos se protegem pouco contra o risco de contrair a Aids. A prática de relações sexuais é precoce (idade média inferior a 17 anos para meninas e para rapazes), com múltiplos parceiros e desprotegidos. O preservativo, o método eficaz de proteção contra o risco de infecção é conhecido entre os jovens, mas sua utilização é muito reduzida ⁷⁶. Alguns estudos apontam no sentido de que o desconhecimento de aspectos essenciais relacionados com a vulnerabilidade ao HIV, limitações na comunicação com o parceiro sexual e com os pais sobre questões sexuais, o tipo de relacionamento, bem como baixas expectativas quanto ao uso do preservativo são fatores que contribuem para a adoção de comportamentos de risco em relação ao HIV/Aids e demais IST ^{77, 78, 79}.

Outros estudos demonstram que programas de educação sexual e prevenção de HIV bem desenhados podem contribuir para atrasar o início da vida sexual e promover práticas sexuais seguras na adolescência, contribuindo para a diminuição das taxas de infecção por HIV ^{80, 81, 82}. Esta evidência contraria ideias muito difundidas, também em Cabo Verde, de que estes programas estimulam a experimentação sexual precoce ⁴⁹.

Os jovens são considerados como um segmento vulnerável em todas as sociedades do mundo globalizado. Há quatro anos atrás (2003), o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) ⁸³ divulgou um relatório solicitando urgência de investimentos para garantir o futuro da população de adolescentes. Segundo a publicação, a cada 14 segundos, um jovem entre 15 a 24 anos é infectado pelo HIV; e, de todas as novas infecções, cerca da metade ocorre nessa faixa etária. Portanto, a implementação de programas de prevenção voltados para jovens, antes que eles iniciem práticas comportamentais que possam aumentar o risco de transmissão do HIV, bem como a avaliação do seu impacto, tornam-se imprescindíveis.

O desconforto social com a questão sexual (incluindo os pais e adolescentes) e o medo de educar acerca da sexualidade e contraceptivos, devido ao temor de promover a atividade sexual nos adolescentes, têm contribuído para que os jovens não recebam necessariamente informações para a tomada de decisões seguras sobre sexualidade ⁴¹. Isto é o não cumprimento do dever perante os adolescentes quando educadores não abordam estas questões ou quando os pais e administradores escolares servem de barreiras para informação pertinente ⁴¹.

A escola é um espaço privilegiado para a intervenção, nas perspectivas de construção da saúde e de luta contra a epidemia da Aids, através dos programas de educação, baseando-se nos comportamentos de risco e ao proporcionar aos adolescentes aprendizagem pessoal e social ^{80, 81, 84, 85}.

A diminuição da idade da iniciação sexual, assim como o aumento da atividade sexual dos jovens, certamente decorreu das transformações nas relações entre família e sexualidade nas últimas décadas ^{86, 87}. As literaturas sobre o tema indicam que, através de um longo processo, a conjugalidade tornou-se um domínio relativamente autónomo da família e a atividade sexual deixou de ser restringida apenas ao casamento ^{86, 87}.

A religião desempenha um importante papel na socialização da família, particularmente com relação aos valores morais ⁸⁶. No que diz respeito à influência da religião e da prática religiosa, os adolescentes praticantes têm um menor envolvimento em experiências sexuais, como também uma maior relutância à comunicação sobre sexualidade ^{36, 88, 89}.

Há, no entanto, a percepção generalizada de ocorrência de práticas sócio-culturais de risco, tal como a excisão feminina e outras práticas tradicionais/rituais na Guiné-Bissau, em condições precárias de higiene e de prevenção de infecções. Há ainda um desconhecimento da prevalência de consumo de drogas de forma geral.

Neste contexto, descrevem-se alguns aspectos da epidemia do HIV/Aids no país, considerando-a um caso particular de difusão do HIV/Aids nos países africanos, sublinhando as condições históricas, políticas e socioeconômicas que poderiam ter tido influência no padrão da epidemia local e, principalmente, na progressiva mudança no âmbito da caracterização virológica, com o predomínio gradual das infecções pelo HIV-1, e o declínio proporcional das infecções pelo HIV-2.

Não é pretensão de este trabalho esgotar esse tema, mas organizar parte dos dados disponíveis, de forma a definir um todo coerente e estimular o interesse pela realização de estudos mais aprofundados, abrangendo a população de adolescentes e adultos jovens na Guiné-Bissau sobre os comportamentos relacionados ao risco de transmissão do HIV/Aids e demais IST. Pretende-se subsidiar a elaboração de estratégias para prevenir comportamentos sexuais de risco, e contribuir para a definição das políticas de promoção da saúde dos adolescentes e adultos jovens escolares.

Devido às altas prevalências de HIV/Aids na população da Guiné-Bissau, especificamente no grupo populacional estudado, em curto prazo, os resultados deste trabalho serão apresentados às instituições envolvidas na pesquisa e, em especial, aos adolescentes e jovens escolares, objetivando com isso uma maior conscientização sobre a importância de adotar comportamentos mais seguros frente ao HIV/Aids e demais IST.

Esperamos que, a partir deste trabalho, que instituições responsáveis se mobilizem com relação ao tema tratado. Pretendemos sim, corroborar, com relação à dinâmica da epidemia, com vista à promoção da saúde e prevenção de novas infecções do HIV/Aids na Guiné-Bissau.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever e estimar as prevalências das características sócio-comportamentais relacionadas ao risco de transmissão das IST e do HIV entre adolescentes e jovens de 15 aos 24 anos, que frequentavam escolas secundárias selecionadas em seis regiões, na Guiné-Bissau, nomeadamente Bafatá, Cacheu, Gabú, Oio, Setor Autônomo de Bissau (SAB) e Tombali.

Objetivos Específicos

1. Descrever as características sócio-demográficas dos jovens e adolescentes escolares de 15 a 24 anos das escolas selecionadas.

2. Estimar o grau de informação e as prevalências das características de comportamentos sexuais relacionadas ao risco de transmissão das Infecções Sexualmente Transmissíveis e do HIV entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos das escolas selecionadas.

3. Comparar as características de comportamentos sexuais relacionadas ao risco de transmissão das Infecções Sexualmente Transmissíveis e HIV entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos das escolas selecionadas.

CAPÍTULO II – SUJEITOS E MÉTODO

O capítulo compreende a descrição do estudo e fonte de dados; amostra e período de estudo; plano de análise das variáveis, as limitações do estudo.

2.1 Descrição do Estudo

2.1.1 Amostra

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo, baseado em dados secundários de um estudo transversal. O inquérito foi realizado em oito escolas públicas e uma privada de ensino secundário, envolvendo adolescentes e jovens escolares de 15 a 24 anos, de ambos os sexos, que frequentavam aulas nas cidades de Bafatá, Cachungo, Gabú, Mansoa, Bissorã, Setor Autônomo de Bissau (SAB) e Catió, entre maio e julho de 2006, na Guiné-Bissau. O estudo foi realizado pelo Ministério da Saúde Pública, com o apoio financeiro da organização não-governamental – PLAN Guiné – Bissau.

Embora a OMS classifique como adolescente o grupo de idade compreendido entre 10 e 19 anos e um grande percentual deste inicie a atividade sexual antes dos 15 anos, o presente estudo não incluiu os de menores de 15 anos, pois como alguns frequentavam séries de nível mais baixo (ensino elementar e ensino básico), pressupôs que tal fato poderia dificultar a compreensão e procedimento de auto-preenchimento do instrumento aplicado.

A pesquisa foi feita através da aplicação de questionário autopreenchido, nas próprias salas de aulas, entre alunos que se enquadravam nos seguintes critérios de inclusão: a) ter idade entre 15 e 24 anos (ano completo); b) concordar em participar da pesquisa; c) estar matriculado em uma

das seguintes instituições escolares nomeadamente, Liceu Regional Hoggy Ya Henda e Liceu Padre Leopoldo Pastori (privado), ambos em Bafatá; Liceu Regional Hô Chi Minh, em Canchungo; Liceu Regional Dr. Fona Luís Tchuda, em Gabú; Liceu Regional Quemo Mane e Liceu Regional de Bissorã ambos em Oio; Liceu Kwame N’Krumah e Liceu Regional Dr. Agostinho Neto ambos no SAB; e Liceu Regional Areolino Cruz de Catió, em Tombali. A seleção dessas escolas deve-se maior concentração dos alunos desse nível de ensino secundário nos estabelecimentos selecionados.

Para estimar o tamanho da amostra de alunos a inquirir em cada liceu, foi tomado como referência os resultados do inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) comunitário realizado pelo Projeto Saúde de Bandim (PSB), com o financiamento do Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) nas regiões norte do país. O estudo revelou a frequência de prática sexual ocasional entre os jovens entrevistados nesse inquérito CAP de 25%. Admitiu-se uma frequência mínima aceitável de 15% para esse estudo a um intervalo de confiança de 99%. Com estes parâmetros e utilizando o número de alunos em cada escola que cursavam entre 8^a e 10^a classes, foi estimado o número mínimo de alunos a inquirir. Esse número varia entre 83 e 117 para cada escola conforme o número de alunos que frequentavam as referidas escolas. Deve-se salientar que, apesar de haver variação significativa em termos de relações sexuais ocasionais nos últimos 12 meses, conforme as declarações obtidas entre rapazes (41%) e entre raparigas (13%), a quando do último inquérito CAP, a estimação do tamanho de amostra do estudo realizado nas escolas não levou em consideração essa variação, tendo em conta que não se dispunha informações sobre o número real de alunos e alunas em cada escola.

O Sector Autônomo de Bissau (SAB) foi um caso a parte. Os alunos que frequentam as escolas geralmente são mais jovens, a maioria tem menos de 20 anos de idade até à 11^a classe. Por isso, pensou-se em recorrer às universidades para poder obter alunos com idade até 24 anos. No SAB, existem quatro escolas secundárias públicas e um número até ao momento, não conhecido de escolas secundárias privadas. Comparar alunos de escolas públicas com privadas permitiria estudar um aspecto social, considerando que eles não sejam iguais em termos de informação relativo as IST e HIV/Aids e a sexualidade. A idéia inicial seria selecionar duas escolas públicas e privadas existentes no SAB. No máximo poderiam participar quatro escolas e mais duas universidades que existem no país. Dessa forma, esperaria-se obter no SAB 110 alunos inquiridos.

Após essa estimativa do número mínimo a inquirir em cada liceu (escola), optou-se por entrevistar em média, 120 alunos entre cinco regiões periféricas selecionadas (Bafatá, Cacheu, Gabú, Oio e Tombal), assim se contaria com 840 alunos inquiridos. Para SAB se contava com 110 alunos a inquirir, somaria 950 alunos entrevistados em todas 6 regiões selecionadas (seleção por conveniência) que corresponderia 11% do total de 8715 (950/8715) alunos matriculados nas respectivas escolas selecionadas no ano letivo 2005/2006. No entanto, foram inquiridos apenas ao todo, um total de 697 alunos (73,4%), visto que ano letivo terminou pouco antes do término do inquérito. Principalmente no Setor Autônomo de Bissau não se conseguiu atingir 110 alunos conforme previsto.

Entre as escolas estudadas, foram selecionadas cerca de sessenta turmas, nas quais selecionaram por sorteio mediante a lista da presença dos alunos matriculados.

O número de alunos participantes de cada escola foi representativo do número total dos estudantes efetivos nas respectivas escolas, matriculados nesse ano letivo.

2.1.2 Instrumento de coleta de dados

O questionário (anexo) foi estruturado, baseado no modelo de um questionário do inquérito CAP nos adolescentes sobre HIV/Aids da Organização Mundial da Saúde (OMS) e, do Brasil, adaptado pela equipe técnica do Ministério da Saúde da Guiné-Bissau.

O questionário do tipo auto-aplicável e anônimo era composto por cinco partes designadas em módulos A, B, C, D & E, que abrangem aspectos como: A - as características sócio-demográficas (idade, sexo, religião, escolaridade, práticas tradicionais); B - os conhecimentos sobre a sexualidade, IST e HIV/Aids (relação no ambiente familiar, estada civil); C - prática sexual (comportamento sexual - a idade de primeira relação sexual, número de parceiros sexuais, uso do preservativo); D & E - outras informações relevantes ao consumo de drogas (consumo de tabaco, álcool e drogas).

O questionário englobou algumas questões sobre as fontes ou as pessoas com as quais os adolescentes e jovens obtiveram informações sobre sexualidade antes da iniciação da vida sexual. Abordou também aspectos relacionados ao hábito de diálogo, ou seja, hábito de conversar no ambiente familiar e/ou social sobre sexualidade entre os adolescentes de forma geral e, em especial com os pais.

2.1.3 Pré-teste

Antes da aplicação, o questionário foi testado, num liceu de Bissau com duas turmas: uma de 9ª classe e outra de 11ª, no sentido de verificar a adequação da linguagem, a correta interpretação das questões colocadas para a cultura local, e a exequibilidade da aplicação no tempo previsto. Do inquérito piloto, resultou a mudança de certas questões e eliminação de outras.

2.1.4 Crítica dos dados

Um banco de dados foi constituído com a utilização do programa Dbase IV, com dupla digitação. Após a aquisição dos dados para análise de algumas características (variáveis) de interesse, foi procedida a revisão dos arquivos, por questionário e suas respectivas questões por localidade, confrontadas com os dados digitados no banco de dados, com vista à verificação dos erros de consistência dos mesmos. Assim sendo, foram corrigidas algumas respostas que não tinham lógica em conformidade às perguntas.

Constatou-se por outro lado, quase em todos locais de estudo, total de 52 alunos dentre 697 inquiridos com idades fora do parâmetro de estudo, isto é, uns com idade menor de 15 anos e outros com maior de 24 anos, correspondendo 7,5%. Esses sujeitos foram excluídos do banco de dados ficando, no entanto, com 645 indivíduos cujas idades elegíveis para o estudo.

2.2 Plano de análise das variáveis

As variáveis selecionadas para presente estudo já vêm sendo consideradas, em outros trabalhos e nas diversas literaturas como associadas aos comportamentos de risco à transmissão do HIV.

As variáveis utilizadas para a análise foram divididas em quatro grandes grupos:

a) Características sócio-demográficas e culturais:

- Sexo;

- Idade dos participantes foi categorizada em duas faixas etárias (15 – 19 anos e 20 – 24 anos);

- Situação conjugal, para sua descrição, foram adotados os status tais como, solteiro, casado, divorciado (separado) e viúvo;

- Etnia, devido à existência de diversos grupos étnicos, foram considerados para análise apenas os grupos predominantes. Para o caso da Balanata, dentre as etnias predominantes, foi utilizado o critério do censo populacional de 1991 que classificou Balanta e Balanta Mané num único grupo étnico. As etnias poucas representativas foram consideradas como “outras”;
- Religião, de igual modo utilizou-se o mesmo critério em relação às religiões predominantes (muçulmana, católica, protestante, animista), sendo as restantes agrupadas como outras;
- Prática de circuncisão entre os homens e de excisão entre as mulheres.

b) Convivência no ambiente familiar e/ou social

Como se presume que o nível de convivência efetiva com os pais pode ter influência positiva em relação os comportamentos sexuais dos adolescentes, foram analisados três variáveis:

- Com quem o participante reside (ou vive) em casa;
- De quem recebeu as informações (fontes de informações) sobre a sexualidade antes da primeira relação sexual;
- Hábito de diálogo ou conversa em casa sobre a sexualidade com os pais (pai e mãe).

c) Comportamento sexual – foi escolhido como variável dependente operacionalizada em quatro indicadores, considerando-se a:

- Idade da primeira relação sexual, categorizada em grupos etários de 10 - 14 anos, 15 - 19 anos e 20 - 24 anos. Esta variável também foi objeto de comparação segundo faixa etária, gênero e religião;
- Número de parceiros sexuais desde o início da atividade sexual. Para análise desta, foram construídas duas categorias: monoparceiro/a; multiparceiros/as (2 ou mais parceiros/as sexuais); “não lembra”^d
- Uso de preservativos, foi referido a dois períodos, alguma vez na vida e na última relação sexual;
- Motivos de não uso do preservativo para os mesmos períodos, alguma vez na vida e na última relação sexual.

Para análise dessas variáveis, não foram considerados os participantes que relataram não ter iniciado relação sexual na ordem de oitenta e três estudantes (12,9%), assim como 1 estudante que não forneceu nenhuma informação sobre sua vida sexual.

^d Não lembra número de parceiros sexuais na vida.

d) Grau de conhecimento dos escolares concernente às formas de transmissão e de prevenção ou de redução do risco da infecção pelo vírus da Aids.

Partiu-se do pressuposto de que o conhecimento dos alunos seria fundamental na determinação do seu comportamento em relação ao risco de transmissão das IST e do HIV/Aids. Portanto, foi avaliado por um conjunto de 13 perguntas sobre as formas de transmissão e de prevenção ou de redução de risco da infecção do HIV/Aids conforme o quadro a seguir:

Quadro 2.1 – Perguntas sobre formas de transmissão e de prevenção da infecção do HIV/Aids	Respostas		
	Sim	Não	Não Sei/Sabe
1. A doença de SIDA depende da vontade de Deus, por isso ninguém pode livrar-se dela quando Deus quiser			
2. O risco de transmissão do VIH/SIDA pode ser reduzido se tiver relações Sexuais com um só parceiro fiel e não infectado			
3. O risco de transmissão do VIH/SIDA pode ser reduzido utilizando preservativo			
4. Uma pessoa com boa saúde pode ser portador do vírus de VIH/SIDA			
5. Uma pessoa pode ser infectada pelo VIH/SIDA se for picada por mosquito que picou um doente de SIDA			
6. Pode apanhar o VIH/SIDA comendo na mesma tigela ou dormindo na mesma cama ou brincando com um doente de SIDA.			
7. Pode apanhar o VIH/SIDA se for transfundido o Sangue infectado			
8. Pode apanhar o VIH/SIDA se fazer a troca de seringas com uma pessoa infectada			
9. Pode apanhar o VIH/SIDA, beijando uma pessoa infectada			
10. Uma grávida seropositiva, pode transmitir o vírus ao filho durante a gravidez, parto ou amamentação			
11. Pode apanhar o VIH/SIDA fazendo sexo com técnicos de saúde sem o uso de preservativo			
12. Quem faz sexo oral ou anal pode apanhar o vírus de VIH/SIDA			
13. Pode apanhar o VIH/SIDA se tiver uma IST e não a tratar rapidamente			

Fonte: Instrumento de Inquérito dos jovens (15 – 24 anos - anexo)

Para Análise do grau de conhecimento, as treze perguntas foram subdivididas em dois blocos, o primeiro abarca as nove perguntas consideradas como formas de transmissão e de prevenção ou de redução do risco da infecção do HIV/Aids (eis os números de perguntas: 2; 3; 4; 7; 8; 10; 11; 12 e 13) e, o outro bloco engloba as quatro restantes, consideradas como percepções (desinformações) sobre formas de transmissão da infecção do HIV/Aids (eis os números de perguntas: 1; 5; 6 e 9).

Considerou-se terem acertado todas as respostas os escolares que responderam “sim” às perguntas 2); 3); 4); 7); 8); 10); 11); 12) 13) e responderam “não” às perguntas 1); 5); 6); 9). As respostas “não sei/não sabe” foram consideradas incorretas e “sem respostas” foram consideradas insurretas. Também foram analisadas estas questões em conjunto (as treze) por sexo, segundo a religião.

A primeira etapa da análise estatística consistiu em elaborar estatísticas descritivas para cada variável citada acima. As variáveis categóricas foram expressas em percentagens (prevalências). E, para as variáveis contínuas foram calculadas a média e mediana.

Na segunda etapa, todas as variáveis foram analisadas segundo sexo e religião, comparando as diferenças entre as proporções por categoria através do uso de testes X^2 , considerando-se significativo um $p < 0,05$. e o respectivo intervalo de confiança de 95%.

A análise estatística foi efetuada utilizando-se o *software* Epi-Info, versão 6.0.

2.3 Aspectos éticos

Deve-se salientar que o estudo foi delineado e procedido em conformidade aos princípios da ética internacional de pesquisa ⁹⁰. Tornando evidente aos participantes do estudo, que lhes seriam assegurados o anonimato e a privacidade de cada uma das informações prestadas pelo autopreenchimento do questionário. O instrumento possuía apenas identificação da turma, nível de escolaridade e período de frequência das aulas, sem qualquer referência nominal. Em sala de aula, previamente à aplicação do questionário, todos os aspectos éticos eram reiterados, conferindo-se mais uma vez o direito à não participação, ou de interrupção do preenchimento em qualquer momento. Apenas um estudante da 10^a classe de cidade de Bafatá discordou em participar do estudo. Antes de iniciada a pesquisa, foram feitos contatos com as direções das instituições envolvidas, objetivando-se a autorização para a realização do trabalho, o qual foi autorizado.

O projeto do presente trabalho foi aprovado pelo Núcleo de Coordenação de Pesquisa do Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – CEP/ENSP.

2.4 Limitações do Estudo

O presente trabalho não pretende em hipótese alguma analisar os fatores causais relacionados à epidemia de HIV/Aids na Guiné-Bissau. Tampouco, pretende-se responder cabalmente às questões concernentes às características sócio-demográficas e comportamentais dos adolescentes e adultos jovens do país, pois como já foi referido, a amostra, a forma como foi selecionada, o que parece ter sido pouca representativa, já que a maioria dos adolescentes e jovens não está na escola.

É preciso considerar a possibilidade de problemas de autoclassificação quanto ao uso de preservativo ou à iniciação sexual terem resultado em algum tipo de viés de resposta. Pode-se supor, por exemplo, que especialmente entre os homens, incluíam-se alguns que não haviam ainda tido relações sexuais, mas, respondendo a expectativas sociais quanto aos papéis sexuais, tenham declarado já ter tido. Em contrapartida, principalmente entre as mulheres, pode ter ocorrido justamente o oposto, contribuindo nestes casos para uma sub-representação, e/ou decidir por simplesmente não responder esta e outras questões do questionário.

Em relação à forma auto-aplicada do instrumento, isso poderia ter contribuído para superestimar o efeito de interesse, já que os adolescentes tenderiam a responder aquilo que considerassem como a alternativa correta ou mais adequada.

Uma outra limitação do estudo é que apenas uma escola privada foi envolvida no estudo, o que não permitiu fazer alguma análise comparativa no âmbito do conhecimento e o comportamento sexual, entre outras variáveis de interesse.

Devido a elevada perda por falta de informações (não respostas) não foi possível realizar análise multivariada, o que permitiria estudar outras características (variáveis) de interesse.

A extensão do questionário ou mesmo nível de compreensão dos escolares pesquisados deve ter contribuído muito para omissão de informações (respostas).

CAPÍTULO III – RESULTADOS

- **Características sócio – demográficas e culturais**

Foram entrevistados 645 indivíduos, sendo 65,0% do sexo masculino e 35,0% do sexo feminino. Homens e mulheres tinham aproximadamente a mesma idade média, 19 anos. Como pode ser observado na tabela 3.1, mais da metade dos jovens (57,4%) tinha a idade compreendida entre 15 a 19 anos, e o restante entre 20 a 24 anos. Quase a totalidade dos estudantes (95,9%) era solteira. E cursavam, sobretudo a 8ª classe (70,0%) e 10ª classe (29,5%). Cerca de metade (51,6%) freqüentava o turno matutino, 33,6% estudavam à tarde, 14,6% à noite e 0,2% não indicou o turno.

Dentre os 599 indivíduos que declararam a sua etnia, independente do sexo, constatou-se a predominância de seis delas: Balanta com 27,9%; Fula com 23,7%; Manjaca com 14,2%; Mancanha, Mandinga e Pepel com menos de 10% cada e, as demais englobando seis^e etnias (Tabela 3.1).

Os estudantes eram na sua maioria, católicos (48,6%), muçulmanos (38,5%) e protestantes (8,2%), respectivamente. A religião animista e a “não especificada” somaram 3,1%. E apenas 1,4% dos participantes declaravam não praticar nenhuma religião (Tabela 3.1).

Dos 634 estudantes que reportaram residir em casa com alguém, 33,1% moravam com os pais, 26,7% apenas com a mãe, 13,6% com o pai e 18,3% afirmaram morar com outros familiares (Tabela 3.1).

Entendendo que as informações veiculadas pela rádio e televisão podem desempenhar papel de grande relevância no esclarecimento e na prevenção do HIV/Aids, o estudo investigou a disponibilidade de rádio e televisão nos domicílios dos entrevistados, e encontrou que mais de metade possuía aparelho de rádio (52,6%), e em torno de um terço, além deste, tinham televisão (Gráfico 3.1).

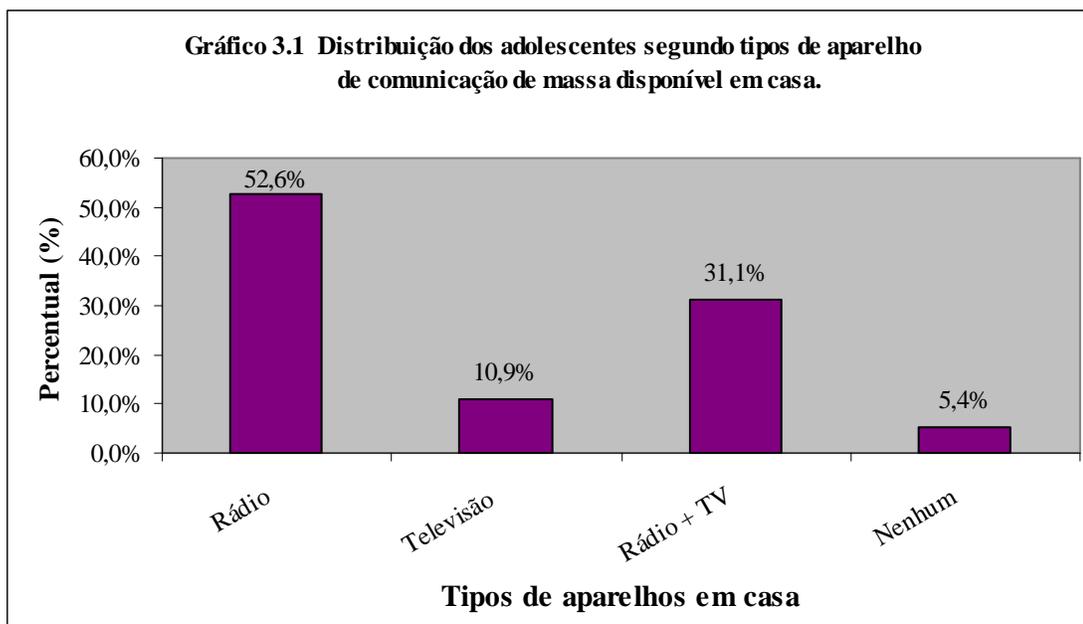
^e Engloba: Beafada, Bijagós, Felupe, Mansonca, Mistiça e Nalu.

Tabela 3.1 - Características sócio-demográficas dos escolares.

Variáveis	Frequência	%
Sexo (N=638)		
Masculino	415	65,0
Feminino	223	35,0
Faixa etária (N=645)		
15 – 19 anos	370	57,4
20 – 24 anos	275	42,6
Situação conjugal (N=638)		
Solteiro	612	95,9
Casado	22	3,4
Divorciado	3	0,5
Viúvo	1	0,2
Etnia (N=599)		
Balanta	167	27,9
Fula	142	23,7
Manjaco	85	14,2
Pepel	46	7,7
Mandinga	42	7,0
Mancanha	30	5,0
Outras	72	12,0
Não identificada	15	2,5
Religião (N=645)		
Católica	313	48,5
Muçulmana	249	38,6
Protestante	53	8,2
Animista	11	1,7
Não especificada	9	1,4
Nenhuma	9	1,4
Com quem reside em casa (N= 634)		
Com os pais	210	33,1
Com a mãe	169	26,7
Com outro familiar	116	18,3
Com o pai	86	13,6
Outra pessoa (não especificada)	31	4,9
Com parceiro (marido e/ ou esposa)	22	3,5

Nota: Foram retirados os que não identificaram o sexo (1,1%), e a situação conjugal (1,1%), os que não responderam sobre a etnia (7,1%), assim como os que não responderam “com quem residiam em casa” (1,7%).

ota:
Foram
retirados
os que
não
respond
eram
sobre a
disponib
ilidade
de
aparelho
em casa.



Dentre os 592 escolares que declararam a etnia e a prática de alguma religião, conforme a Tabela 3.2, os dados mostram que as etnias Fula e Mandinga são praticantes da religião muçulmana, enquanto as etnias Mancanha, Pepel, Manjaco e Balanta são praticantes da religião católica, apesar da Balanta apresentar um percentual razoável de confissão à religião protestante. Em relação à categoria “outras etnias”, a metade é praticante da religião católica.

Tabela 3.2 - Distribuição dos escolares por etnia e religião (N = 592)

Etnia	Religião					Total
	Muçulmana %	Católica %	Protestante %	Animista %	Outra %	
Balanta*	3,1	70,6	23,8	1,9	0,6	160
Fula	98,6	1,4	0,0	0,0	0,0	144
Mancanha	3,3	96,7	0,0	0,0	0,0	30
Mandinga	92,9	7,1	0,0	0,0	0,0	42
Manjaco	4,7	78,6	6,0	6,0	4,7	84
Pepel	2,2	86,7	8,9	2,2	0,0	45
Outras**	38,9	50,0	8,3	2,8	0,0	72
Não identificada	53,3	46,7	0,0	0,0	0,0	15

Nota: excluídas as categorias “sem informações”; “nenhuma religião” (1,4%).

*Juntou Balanta e Balanta Mané; **Engloba as etnias Beafada, Bijagós, Felupe, Mansonca, Mística e Nalu.

Para o conjunto da amostra foi observado que a prevalência de circuncisão foi de 79,4% entre os homens e de excisão foi de 39,4% para as mulheres. Como pode ser observado na Tabela 3.3, estas práticas variaram segundo a religião declarada pelo estudante. Embora a maioria dos

homens de todas as religiões faça circuncisão, a prática oscilou de 55,3% entre os protestantes até 96,9% entre os muçulmanos. Já a excisão feminina se mostrou praticamente circunscrita à religião muçulmana (86,9%). Nas mulheres católicas, a frequência de 10,3% e entre as protestantes e animistas não houve registro dessa prática.

Tabela 3.3 - Prevalência de circuncisão e excisão segundo religião (N= 624)

Religião	Circuncisão	Excisão
	Masculino (407) %	Feminino (217) %
Muçulmana	96,9	86,9
Católica	69,8	10,3
Protestante	55,3	0,0
Animista	75,0	0,0
Outra	0,0	0,0
Nenhuma	62,5	0,0

Nota: excluídos os que não responderam questão. Teste de qui-quadrado, $p - v = 0,000$ para ambos os sexos.

- **Comportamento sexual**

Foram analisadas as seguintes variáveis quanto aos padrões de comportamento sexual: idade da iniciação sexual; número de parceiros sexuais e uso do preservativo.

Do total de 645 estudantes, cerca de 87,0% (561/645) referiram já ter tido relações sexuais. Os homens apresentaram a maior proporção de indivíduos já iniciados na vida sexual, a idade mais precoce de início de relacionamento sexual, mesmo comportamento observado quando foi analisado segundo a religião por sexo (Tabela 3.5). Os homens relataram maior número de parceiros sexuais (Tabela 3.4).

Os homens protestantes foram os que iniciaram mais cedo, por outro lado entre as mulheres foram as protestantes e animistas que iniciaram mais tarde o relacionamento sexual (Tabela 3.5).

O relato do uso de preservativo foi bastante elevado e foi semelhante quando estratificado por sexos, com cerca de 80,0% dos estudantes têm informado usaram preservativos alguma vez na vida, ou na última relação sexual (Tabela 3.4). Se considerarmos a “*não respostas*” no cálculo como sendo o “não uso do preservativo” entre os que reportaram o início da atividade sexual, as

proporções de uso de preservativo cairiam, alguma vez na vida, de 76,3% (405/531) para 72,2% (405/561) e na última relação sexual, de 76,5% (302/395) para 53,8% (302/561).

No que diz respeito às razões do não uso do preservativo, chama atenção o grande percentual de alunos que não responderam à pergunta quanto ao motivo de não uso de preservativo alguma vez na vida, 22,1% (sendo 21,8% para os homens e 24,0% para as mulheres) e na última relação sexual, 36,1% (37,8% entre os homens e 32,5% entre as mulheres). Não houve diferenças proporcionais significativas por sexo.

Entre os 116 alunos que responderam e afirmaram nunca ter usado o preservativo na vida, 31,0% alegaram “*confiança no parceiro*”, 28,4% apontaram que o preservativo “*não estava disponível*”, 16,5% por “*não gostar*”, 7,0% alegaram que “*parceiro não aceitava*”. O padrão de resposta foi semelhante entre os sexos, conforme apresentado na Tabela 3.6.

Dos 78 adolescentes e jovens que afirmaram não ter usado preservativo na última relação sexual, 39,7% alegaram “*confiança no parceiro*”, 25,6% apontaram que “*não estava disponível*” no momento, 10,3% dos estudantes acharam que o preservativo “*diminui prazer sexual*” e 10,3% “*não gostavam*”. Vale destacar que para 48,2% das mulheres o motivo alegado foi “*confiança no parceiro*”, enquanto que para os homens esse motivo corresponde a 35,3% na última relação sexual. Já o não uso alguma vez na vida, o mesmo motivo (confiança no parceiro) apontado para as mulheres foi de 34,3% e para os homens 29,1% (Tabela 3.6).

Ainda com relação aos indicadores do comportamento sexual, observamos ausência de informações quanto à idade da iniciação sexual, com percentual de 13,2%, sendo 14,1% entre os homens e 10,7% entre as mulheres.

Tabela 3.4 - Comportamento Sexual dos escolares, por sexo

Comportamento sexual	Sexo		Valor P ^a
	Masculino	Feminino	
	%	%	
Grupo de idade da iniciação sexual (N = 483)*			0,0000
10 – 14	30,0	9,4	
15 – 19	65,6	87,5	
20 – 24	4,4	3,1	
Mediana	15 anos	17 anos	
Número de parceiros sexuais (N= 541)**			0,0000
Monoparceiro	22,9	51,7	
Multiparceiros (2 parceiros e mais)	64,0	42,0	
Não lembra	13,1	6,3	
Uso do preservativo alguma vez na vida (N= 531)**			0,6918
Sim	75,6	77,6	
Não	24,4	22,4	
Uso do preservativo na última relação sexual (N=395)**			0,7163
Sim	77,0	75,4	
Não	23,0	24,6	

^a Teste qui-quadrado

Nota: *excluídas as categorias “não se aplica” e o sexo “não identificado”. ** Não foram excluídos os que não lembram a idade do começo da vida sexual; excluídos os que não declararam o número de parceiros sexuais e, os que não declararam o uso de preservativos respectivamente, alguma vez na vida e na última relação sexual.

Tabela 3.5 - Distribuição da idade da iniciação sexual segundo faixa etária, sexo e religião

Religião	Faixa etária			Valor de P ^a
	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	
	%	%	%	
Religião (Sexo Masculino)				0,0397
Muçulmana (n = 131)	37,4	58,8	3,8	
Católica (n = 155)	20,0	74,8	5,2	
Protestante (n = 18)	55,6	44,4	0,0	
Animista (n = 6)	33,3	66,7	0,0	
Outra (n = 1)	0,0	100,0	0,0	
Religião (Sexo Feminino)				0,0017
Muçulmana (n = 60)	8,3	88,4	3,3	
Católica (n = 91)	11,0	87,9	1,1	
Protestante (n = 5)	0,0	60,0	40,0	
Animista (n = 3)	0,0	100,0	0,0	
Outra (0)	0,0	0,0	0,0	

^a Teste qui-quadrado.

Nota: excluída “nenhuma religião”; excluídos “sexos não identificados” e os que não responderam a questão.

Tabela 3.6 - Motivos referidos para o não uso do preservativo entre os escolares

Motivos de não uso do preservativo	Sexo		Valor P ^a
	Masculino %	Feminino %	
Alguma vez na vida (n = 114)			0,4378
(1) Não estava disponível	29,1	28,6	
(2) Foi ocasional	6,3	5,7	
(3) Não gosta	17,8	11,4	
(4) Parceiro/a não aceita	7,6	5,7	
(5) Diminui prazer	5,1	0,0	
(6) Confiança no parceiro/a	29,1	34,3	
(7) Tinha DIU	0,0	5,7	
(8) Parceiro fixo*	2,5	2,9	
(9) Outro (não especificado)	2,5	5,7	
Na última relação sexual (n = 78)			0,3860
(1) Não estava disponível	29,4	18,5	
(2) Não gosta	5,9	18,5	
(3) Parceiro/a não aceita	11,7	7,4	
(4) Confiança no parceiro/a	35,3	48,2	
(5) Diminui prazer sexual	7,8	3,7	
(6) Tinha DIU	5,9	0,0	
(7) Parceiro fixo*	2,0	3,7	
(8) Outro (não especificado)	2,0	0,0	

^a Teste qui-quadrado.

Nota: Foram excluídos os “*não respostas*” (sem informação); excluídas as categorias “não se aplica”, os que não identificaram sexo.

*Refere-se relação sexual no casamento (marido e esposa) e namorados.

No sentido de avaliar as perdas de informações, sobretudo a falta de respostas com relação aos motivos de não uso do preservativo entre os escolares, se analisou nas respostas em relação aos motivos de uso de preservativos, segundo a religião por sexo, conforme a Tabela 3.7. Observou-se a predominância entre os alunos muçulmanos daqueles que não informaram, mas não se observou diferença significativa entre os sexos, sobretudo na última relação sexual, sendo as mulheres da mesma religião com maior percentual de não informação quanto o não uso do preservativo na vida, seguida dos homens animistas. Os rapazes católicos apresentaram percentual similar a rapazes muçulmanos de “sem informação” quanto o não uso na última relação sexual. Uma mulher animista não usou preservativa e não informou o motivo do não uso na última relação sexual.

Tabela 3.7 - Distribuição dos escolares que não informaram os motivos de não uso de preservativo alguma vez na vida e na última relação sexual, segundo a religião por sexo

Variável	Religião				Total
	Muçulmana %	Católica %	Protestante %	Animista %	
Alguma vez na vida (n = 33)					
Sexo masculino	31,6	18,2	8,3	33,3	22
Sexo feminino	35,3	16,7	25,0	0,0	11
Na última relação sexual (n = 43)					
Sexo masculino	41,0	40,5	0,0	0,0	31
Sexo feminino	41,7	23,1	0,0	100,0	12

Nota: não houve registro de sem resposta quanto às outras religiões e como da nenhuma religião.

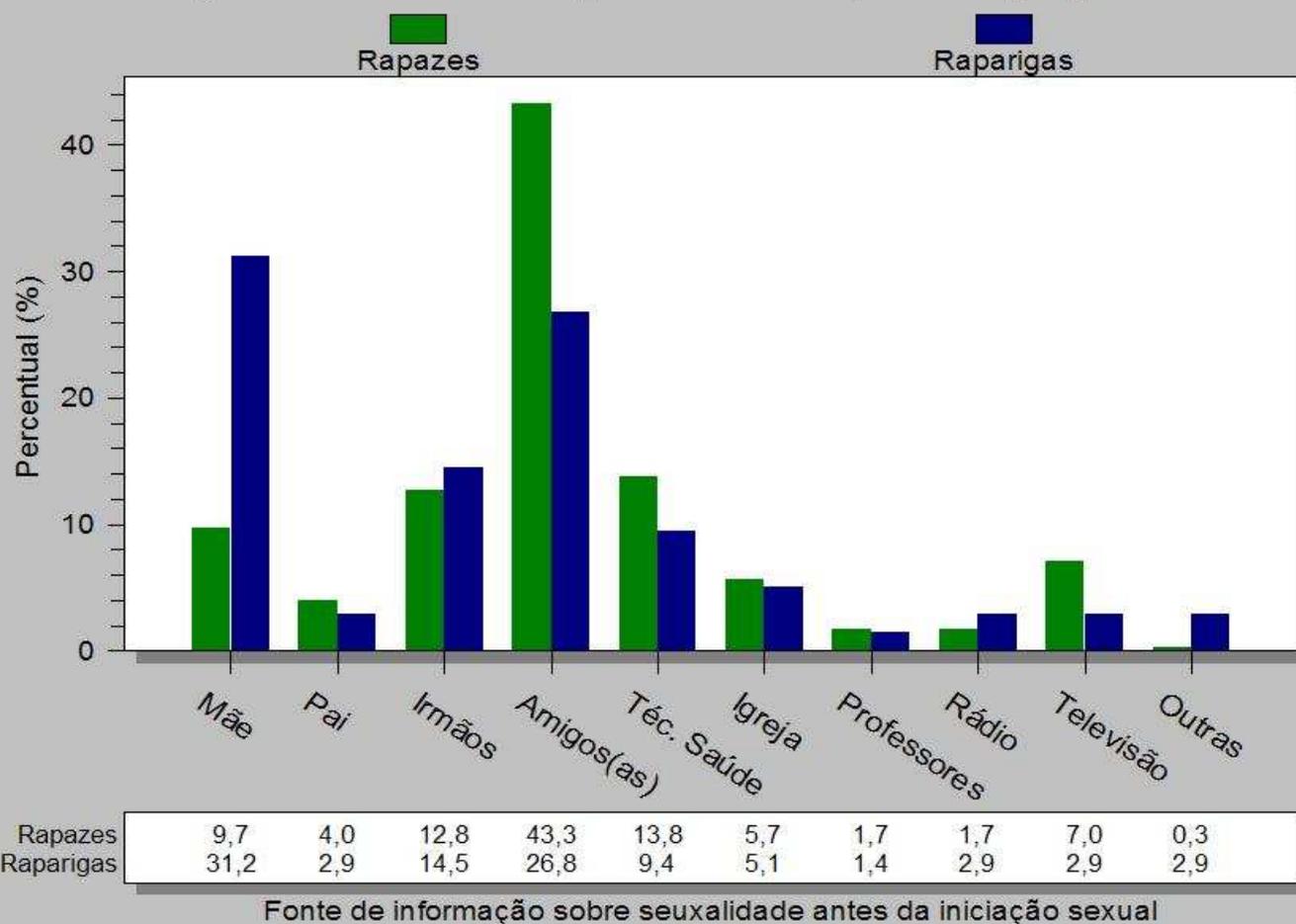
Obs.: houve 1(2,5%) escolar do sexo feminino que não informou sobre a religião em relação ao não uso na última relação sexual.

• Comportamento sexual segundo a convivência no ambiente familiar e/ou social

Nas questões relativas à convivência no ambiente familiar e/ou social, analisa-se a participação dos pais e da sociedade na educação dos filhos.

As fontes de informações dos estudantes variaram segundo o sexo. Para os homens predominaram os “*amigos* ou *amigas*”, já para as mulheres a “*mãe*”. Os técnicos de saúde, igrejas (religiosos), professores e os meios de comunicação também foram fontes relevantes de informações para 29,9% dos homens e 21,7% das mulheres. Para ambos os sexos, destacou-se a baixa participação do pai como fonte de informação (Gráfico 3.2).

Gráfico 3.2 Distribuição dos participantes sexualmente ativos, segundo as fontes de informações antes da iniciação sexual, por gênero.



Nota: Foram excluídas as categorias “não se aplica”, “não iniciou sexo” e “sem resposta”.

Quanto à frequência do hábito de conversa sobre sexualidade em casa, cerca da metade dos homens referiu nunca conversar com o pai ou com a mãe. Para as mulheres esta proporção se mantém em relação ao pai e se reduz para 29,5% quando diz respeito à conversa com a mãe (Tabela 3.8).

Tabela 3.8 - Características dos escolares por sexo, segundo a variável hábito de diálogo com os pais sobre sexualidade em casa

Hábito de diálogo sobre a sexualidade em casa	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Com o pai (N= 320)[†]				
Sempre	49	24,2	31	26,3
Às vezes	40	19,8	19	16,1
Uma vez	9	4,5	8	6,8
Nunca	104	51,5	60	50,8
Com a mãe (N= 435)*				
Sempre	52	19,3	83	50,0
Às vezes	49	18,2	27	16,3
Uma vez	17	6,4	7	4,2
Nunca	151	56,1	49	29,5

Nota: Excluídas as categorias “Não se aplica”, “sem informação” e os que não iniciaram a vida sexual.

[†]Teste qui-quadrado, p-v = 0,6968; *Teste qui-quadrado, p-v = 0,000.

- **Conhecimento dos escolares sobre as formas de transmissão e de prevenção / redução do risco da infecção pelo HIV/Aids**

As principais variáveis que caracterizam o conhecimento dos alunos pesquisados com relação às diferentes formas de transmissão e de prevenção ou de redução de risco da infecção do HIV/Aids também fizeram parte de análise do presente trabalho.

Como se observa na Tabela 3.9, a maioria dos escolares assinalou como formas de transmissão e/ou risco da infecção pelo vírus da Aids: a transfusão de sangue, o uso ou compartilhamento de seringas, transmissão através de mãe infectada para filho, ter relações sexuais sem uso de preservativo com técnico de saúde. Apontaram ainda, na sua maioria como comportamento seguro ou formas de prevenção e de redução do risco de infecção, o uso do preservativo (90,4%), fazer amor com parceiro fiel (83,0%), e 77,1% assinalou que as IST não tratadas aumentam o risco de infecção do HIV/Aids.

Apenas 51,9% têm consciência de que uma pessoa aparentemente saudável pode ser portadora do HIV; 32,0% consideraram que a pessoa saudável não poderia ser soropositivo e 12,9% não souberam. No entanto, 10,5% responderam que as IST não constituiriam o risco de transmissão do vírus da Aids e 12,7% declararam que não sabiam a resposta correta. E 7,1%

indicou que o preservativo não é método de prevenção e 2,5% deles não tinham certeza (Tabela 3.9).

A maior desinformação de risco real de contágio diz respeito a sexo oral ou anal, conhecido apenas por cerca de metade dos respondentes, sendo sexo feminino com percentual pouco maior (56,2%), como pode ser observado na Tabela 3.9.

Vários alunos assinalaram opções erradas como possível modo de contágio: 31,4% afirmaram que a doença depende da vontade de Deus, sendo 32,3% dos homens e 29,6% das mulheres; 49,3% apontaram as picadas do mosquito; 13,4% através de contato social ou no ambiente familiar (comendo ou dormindo junto) com pessoa HIV positiva. Ao serem questionados se o ato de beijar seria uma forma de contágio da infecção, 21,6% responderam que sim, com 23,3% dos alunos e 18,5% das alunas (Tabela 3.10).

Os alunos praticantes da religião muçulmana (islâmica) responderam em maior proporção (48,1%) que a Aids depende da vontade de Deus, e cerca de metade (51,3%) acreditavam ainda que o vírus do HIV poderia ser transmitido pela picada do mosquito. Os alunos das demais crenças religiosas acreditaram também na picada de mosquito, embora em percentual pouco inferior, oscilando entre 44,0% a 48,3% (Tabela 3.11 e Gráfico 3.3).

Os padrões de respostas foram semelhantes entre os estudantes de ambos os sexos para cada item. Ressalta-se que o percentual de “*sem respostas*” (não informação) oscila entre 4,8% a 9,4% dentre os itens listados.

Tabela 3.9 – Formas de contágio e de prevenção ou redução de risco pelo HIV/Aids, assinaladas pelos escolares, por sexo

Formas ou risco de contágio	N	Sexo					
		Masculino			Feminino		
		Sim %	Não %	NS* %	Sim %	Não %	NS* %
O risco é reduzido fazendo amor com um só parceiro fiel não infectado (n = 389; n = 210)	599	83,3	12,3	4,4	82,3	11,0	6,7
O risco de transmissão pode ser reduzido usando o Preservativo (n = 386; n =205)	591	91,5	6,2	2,3	88,3	8,8	2,9
Pessoa “saudável” pode ser portador do HIV (n = 384; n = 209)	593	51,6	35,2	13,3	52,6	32,1	15,3
Pode ser apanhado pela transfusão de sangue (n= 392; n = 212)	604	96,9	2,3	0,8	93,4	2,8	3,8
Pode ser apanhado através de seringa infectada (n= 390; n = 211)	601	95,9	2,8	1,3	91,0	5,7	3,3
Pode ser transmitido através de mãe soropositivo ao filho (transmissão vertical) (n= 384; n = 210)	594	90,1	4,4	5,5	89,5	5,7	4,8
Pode ser transmitido fazendo amor com técnico de Saúde sem uso do preservativo (n= 384; n = 211)	595	66,4	21,9	11,7	65,0	22,7	12,3
Pode ser apanhado fazendo sexo oral ou anal (n= 384; n = 210)	594	50,5	32,6	16,9	56,2	23,3	20,5
Uma IST** não tratada aumenta o risco de apanhar a infecção do HIV/Aids (n= 378; n = 211)	589	77,8	10,3	11,9	75,8	10,0	14,2

Nota: Excluídos os que não responderam por item e os que não declararam sexo. * NS = não sei ou não sabe.
 **IST= infecções sexualmente transmissíveis.

Tabela 3.10 - Percepções ou desinformações (rumores) sobre modos de contágio pelo HIV/Aids assinalados pelos escolares, por sexo

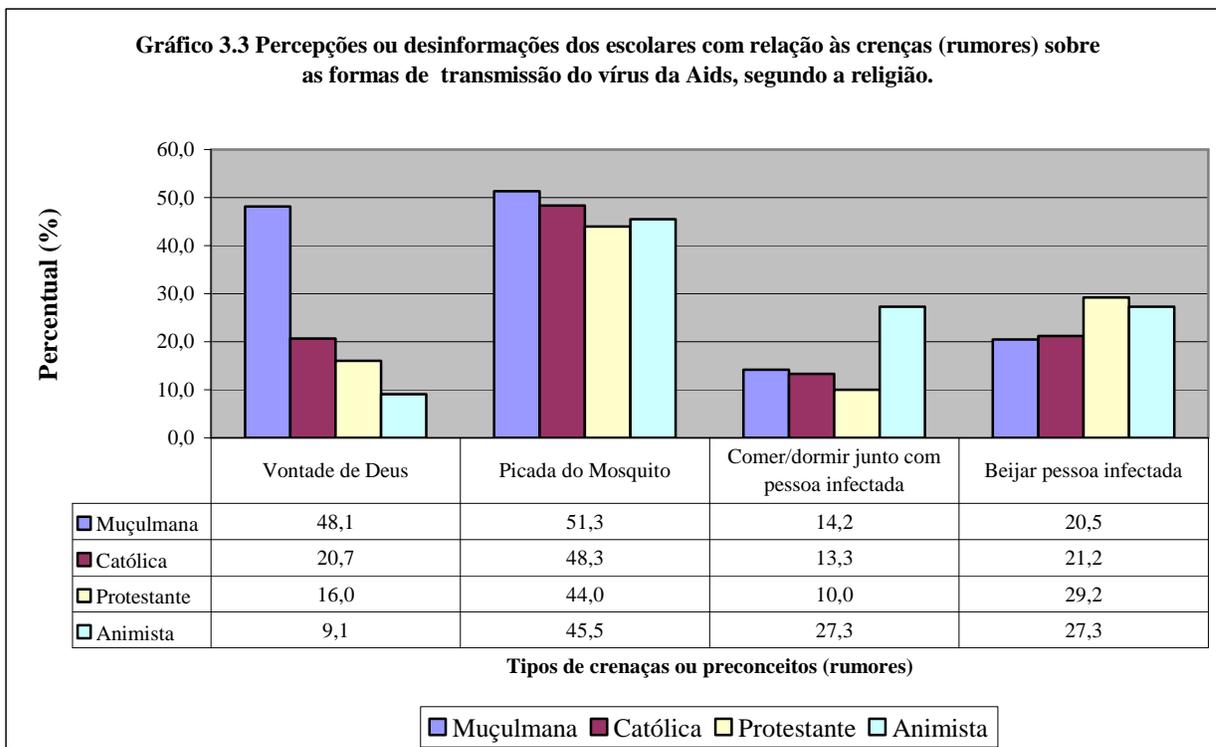
Percepções erradas sobre modos de contágio	Sexo						
	N	Masculino			Feminino		
		Sim %	Não %	NS* %	Sim %	Não %	NS* %
A doença da Aids depende da vontade de Deus (n = 390; n = 206)	596	32,3	56,4	11,3	29,6	58,7	11,7
Pode ser transmitido com picada do mosquito (n= 389; n = 211)	600	53,0	38,0	9,0	42,7	45,5	11,8
Pode apanhar comendo (na mesma tigela) ou dormindo junto com portador do HIV/Aids (n = 389; n = 209)	598	13,9	81,5	4,6	12,4	82,3	5,3
Pode ser apanhado através de beijo com uma pessoa infectada (n=382; n=205)	587	23,3	70,2	6,5	18,5	74,1	7,3

Nota: Excluídos os que não responderam por item e os que não declararam sexo. NS* = não sei ou não sabe.

Tabela 3.11 - Distribuição dos escolares por religião, segundo o conhecimento sobre formas de transmissão ou de prevenção da infecção pelo HIV/Aids

Conhecimento sobre formas de transmissão e /ou da prevenção da infecção pelo HIV / Aids	Religião							
	Muçulmana		Católica		Protestante		Animista	
	Sim %	NS* %						
1. A doença da Aids depende da vontade de Deus (n = 644)	48,1	11,6	20,7	11,3	16,0	12,0	9,1	9,1
2. O risco é reduzido fazendo amor com um só parceiro fiel não infectado (n = 643)	82,4	6,0	82,7	4,4	84,0	6,0	81,8	9,1
3. O risco de transmissão pode ser reduzido usando o Preservativo (n = 644)	91,3	2,2	91,7	2,1	77,6	8,2	100,0	0,0
4. Pessoa “saudável” pode ser portador do HIV (n = 644)	56,5	11,7	48,5	14,4	46,9	18,4	36,3	18,2
5. Pode ser transmitido com picada do mosquito (n =644)	51,3	8,5	48,3	9,5	44,0	18,0	45,5	18,2
6. Pode apanhar comendo (na mesma tigela) ou dormindo junto (na mesma cama) com portador do HIV/Aids (n = 644)	14,2	4,7	13,3	5,1	10,0	4,0	27,3	0,0
7. Pode ser apanhado pela transfusão sanguínea (n= 644)	94,0	3,4	96,6	0,7	96,0	2,0	100,0	0,0
8. Pode ser apanhado pela troca de seringa com pessoa infectada (n= 644)	94,8	2,2	93,9	2,0	90,2	2,0	100,0	0,0
9. Pode ser apanhado através de beijo com uma pessoa infectada (n= 644)	20,5	6,6	21,2	5,6	29,2	10,4	27,3	18,2
10. Pode ser transmitido através de mãe soropositivo ao filho (transmissão vertical) (n= 644)	89,5	4,4	90,5	5,4	85,4	10,4	90,9	9,1
11. Pode ser transmitido fazendo amor com técnico de Saúde sem uso do preservativo (n= 644)	67,2	11,2	63,5	11,9	71,4	10,2	63,6	9,1
12. Pode ser apanhado fazendo sexo oral ou anal (n= 644)	56,5	17,4	53,1	17,3	31,3	27,0	54,5	9,1
13. Uma IST não tratada aumenta o risco de apanhar a infecção do HIV/Aids (n= 644)	83,8	9,6	71,7	13,5	73,5	20,4	81,8	18,2

Nota: Excluídas as outras religiões (0,2%) e nenhuma religião (1,4%). %) e que não respondeu. *NS = Não sabe; IST= infecções sexualmente transmissíveis.



Nota: Excluídas as outras religiões (0,2%) e nenhuma religião (1,4%).

Somente **2,3%** responderam corretamente a todas as perguntas. Observou-se diferença percentual de respostas corretas quando estratificado por sexos (Tabela 3.12).

Para o conjunto de perguntas (nove) relativas às formas de contágio e de prevenção ou de redução de risco da infecção do HIV/Aids, 61,9% dos alunos acertaram até 7 perguntas. Oitenta e sete alunos (13,5%) acertaram todas as perguntas. Ao analisar os demais por sexo observou-se uma pequena diferença entre os sexos, sendo que maior entre as mulheres (14,8%), comparado a 13,0% para os homens e, este padrão permaneceu estável, independente da religião (Tabela 3.13). Entre as religiões, a muçulmana foi a que concentrou o maior percentual de alunos que responderam corretamente todas as perguntas, 15,8%. E em seguida, com cerca de 11,0%, as religiões católica e protestante.

Também foi observado diferença entre os que não iniciaram a atividade sexual, 15,7% (13/83) contra 13,2% (74/561) dos que reportaram ser sexualmente ativos.

Quanto as percepções ou preconceitos (rumores) sobre modos de contágio do HIV/Aids assinalados pelos escolares, 115 (18,0%) acertaram todas as perguntas. Mais uma vez, as moças tiveram melhores resultados 20,6%, em comparação com 16,6% entre os rapazes. Os muçulmanos,

independentemente do sexo, foram os que apresentaram menor percentual de alunos que acertaram todas as perguntas deste bloco 13,0%. Para a religião católica e protestante, o percentual de mulheres que responderam corretamente foi de 24,0% e 35,7%, respectivamente (Tabela 3.14). Em ambas as religiões, para os homens, estes percentuais se mostraram baixas, embora com intensidade diferente, sendo de 20,0% par os católicos e 18,0% para os protestante (Tabela 3.14).

De igual forma notou-se diferença de respostas corretas quando estratificado pela iniciação ou não da vida sexual, observou-se que 20,5% (17/83) dos que não iniciaram a atividade sexual versus 17,5% (98/561) dos que reportaram ser sexualmente ativos.

Tabela 3.12 – Grau de conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção ou de redução do risco da infecção do HIV/Aids, por sexo (N =636)

Gênero	Todas as respostas corretas (%)
Masculino (n=414)	1,7%
Feminino (n=222)	3,6%
Total	2,3%

Obs.: Foram excluídos os 7 escolares que não declararam o sexo e 2 não responderam às questões.

Tabela 3.13 - Percentual de alunos que acertaram todas as perguntas sobre Formas de contágio e de prevenção ou de redução de risco da infecção do HIV/Aids por sexo e religião (N = 638)

Religião	Masculino (%)	Feminino (%)
Muçulmana	16,0	15,5
Católica	10,5	14,0
Protestante	10,3	14,3

Obs.: Foram excluídos os 7 escolares que não declararam o sexo, que professavam a religião animista e os que não responderam.

Tabela 3.14 - Percentual de alunos que acertaram todas as perguntas sobre percepções dos modos de transmissão da infecção do HIV/Aids, por sexo e religião (N = 638)

Religião	Masculino (%)	Feminino (%)
Muçulmana	13,0	13,1
Católica	20,0	24,0
Protestante	18,0	35,7

Obs.: Foram excluídos os 7 escolares que não declararam o sexo, que professavam a religião animista e os que não responderam

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO, CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

4.1 Discussão

- **Características sócio-demográficas e culturais**

A menor participação proporcional das mulheres na amostra é possivelmente decorrente de característica cultural em que a inserção feminina na escola é inferior em relação aos homens. A proporção de analfabetismo é alta no país, em torno de 74,6%, principalmente entre as mulheres, com cerca de 70,0% (Fonte: INEC_2000 & UNFPA_2000). Os alunos majoritariamente residiam com ambos os pais, e eram solteiros.

Os grupos étnicos predominantes na amostra – balanta, fula e manjaco – correspondem à sua representação na população, o que não foi verificado quanto à distribuição pelas religiões, dentre essas, sobressaíram a católica, muçulmana e protestante. A religião animista, embora seja considerada a segunda mais representativa do país, conforme informação do censo de 1991 apresenta, no entanto, menor participação no presente trabalho. Algumas hipóteses poderiam ser levantadas para tal fato: (i) falta de atualização dos dados da população nacional, já que o último censo ocorreu há dezesseis anos; (ii) existência de sincretismo entre animismo e catolicismo; (iii) questões de preconceito, alguns prestam declaração falsa quanto à crença religiosa e (iv) baixa frequência escolar entre os animistas. A predominância dos homens na amostra demonstrou-se sua maior representativa em todas as religiões. A circuncisão e a excisão são características sócio-culturais valorizadas em termos rituais e traduzidas em padrões religiosos, vistas de forma diferenciada na sociedade guineense, particularmente a excisão feminina, quase exclusiva da religião muçulmana (Tabela 3.3). A ocorrência de excisão em poucas mulheres de religião católica é provavelmente decorrente de conversões religiosas, por exemplo, no casamento ou mesmo de famílias muçulmanas que se converteram ao catolicismo ou vice-versa. A maioria dos adolescentes e jovens do sexo masculino de todas as religiões foram circuncidados (Tabela 3.3).

- **Comportamento sexual**

Embora os estudos realizados sobre comportamento sexual em vários países do mundo não digam respeito da mesma faixa etária, observa-se que o percentual de alunos do presente trabalho que já iniciaram a vida sexual é bem alto (86,7%), em comparação com os de estudos feitos em

jovens na Europa ⁴⁶ (24,1%), Portugal ^{36, 47} (32,3%), Cabo Verde ⁴⁹ (58,2%). Entretanto, o valor encontrado é próximo ao do Brasil ⁴⁸ (87,2%) e substancialmente menor do encontrado na República do Congo Democrático ^{58, 59} (100,0%).

Da mesma forma que outros estudos ^{50, 51, 52, 53, 54, 55, 56}, os homens referiram ter iniciado mais cedo a vida sexual, em comparação com as mulheres. Os escolares guineenses pesquisados começam um pouco mais tarde atividade sexual, em torno de 15 anos para o sexo masculino e de 17 anos para o sexo feminino.

Alguns autores ⁵⁸ admitiram que as adolescentes da religião protestante tendem a reportar as primeiras relações sexuais mais tardiamente, apesar dos homens reportarem iniciação sexual relativamente mais cedo. As exigências étnico-culturais das correntes das religiões protestante e evangélica expressas em seu discurso hostil à sexualidade préconjugal, principalmente entre mulheres, fazem com que as mesmas tenham uma moral sexual ⁵⁹.

O resultado do presente estudo corrobora de certo modo com essas constatações. Foi encontrado um maior contraste no início da vida sexual entre os rapazes e moças de religião protestante. Constatou-se que as mulheres protestantes, assim como as animistas reportaram atividade sexual mais tarde de que os homens das respectivas religiões. Essa diferença, de forma menos pronunciada, foi observada também nas outras religiões. Foram os homens protestantes que reportaram em maior proporção o início da vida sexual até aos 14 anos.

Como no inquérito realizado entre jovens do sexo feminino na capital Bissau (Fonte: PEN 2007_2011), em 2001, evidenciou-se uma relação entre o início da prática sexual e religião. Apontando que o percentual das jovens de 12 a 17 anos de idade que ainda não tinham iniciado a atividade sexual, era de, respectivamente, 55,0% entre animistas, 65,0% das muçulmanas, 74,0% das católicas e 85,0 das protestantes. Indicou ainda que a idade mediana da primeira relação sexual era mais avançada para as raparigas protestantes.

A grande maioria dos escolares solteiros (96,3%) da Guiné-Bissau iniciou atividade sexual antes dos vinte anos. Não houve diferença significativa entre os homens (95,8%) e as mulheres (97,3%). Essa elevada proporção, demonstra clara indicação da atividade sexual préconjugal, e é indício de uma liberação sexual cada vez maior na sociedade, conforme foi relatado no estudo *Parent-adolescent communication about premarital pregnancy* ⁸⁸.

Ainda com relação aos indicadores de comportamento sexual, conforme os dados do nosso estudo, os rapazes revelaram maior número de parceiras sexuais até o momento da pesquisa, enquanto entre mulheres mais de metade referiram apenas um parceiro, com diferenças significativas para ambos os sexos (Tabela 3.4). Este resultado converge com outras constatações, como as de Smith et al ^{36, 60, 91}, ao observarem que adolescentes e jovens do sexo masculino tendem a ter número maior de parceiros sexuais.

Esses resultados parecem confirmar uma realidade cultural em que as conquistas masculinas são valorizadas pela quantidade, enquanto as mulheres tendem a cultivar o aspecto exclusivo de cada envolvimento amoroso ³⁶. Toneli & Vavassori ⁹² ressaltaram que historicamente os homens são incitados a serem ativos sexualmente, uma vez que um dos atributos da identidade masculina, segundo os padrões tradicionais, é exatamente a virilidade/potência sexual.

A multiplicidade de parceiros sexuais é uma prática que vem crescendo na sociedade guineense nos últimos tempos, contrariando valores de uma parte da população, sobretudo os mais velhos nas áreas rurais, que ainda defendem a abstinência e a fidelidade sexual.

Com relação à prática sexual segura, foi encontrado em nosso estudo um alto percentual do uso do preservativo alguma vez na vida ou na última relação sexual (cerca de 80,0%). Esse percentual é muito distinto ao do estudo desenvolvido entre escolares cabo-verdianos ⁴⁹, com 53,9%, foi pouco inferior ao resultado do estudo sobre *Sexualidade na adolescência* em São Paulo, Brasil ⁹², que revelou 86,6% e de estudo desenvolvido em Portugal (85,5%) ³⁶. Vale destacar a proporção relevante de “*não respostas*” a essa pergunta. Pressumindo-se que as “*não respostas*” tenham ocorrido entre os que não teriam usado preservativos, o percentual de uso desse método preventivo na última relação sexual cairia para 53,8%. Isto pode ser um indício de uso irregular do preservativo entre os escolares estudados e da sua vulnerabilidade ao HIV/Aids e às demais IST. Com isso, este percentual aproximaria o resultado do último inquérito CAP comunitário realizado em 2006 pelo PSB na Guiné-Bissau (ainda não divulgado), no qual, cerca de 46,0% dos indivíduos de 15 a 24 anos, de ambos os sexos, sexualmente ativos, afirmaram ter utilizado o preservativo ao longo da sua vida sexual.

Quanto às razões do não uso do preservativo, os resultados parecem semelhantes, de certo modo, ao de outros estudos ^{48, 60, 92} relativos ao comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes, que apontaram como principais motivos para o não-uso do preservativo:

“confiança no parceiro”, “não estava disponível” e “não gosta”, sendo que os homens referiram mais “não estava disponível” e “não gosta”, “diminui prazer sexual” e as mulheres destacaram “confiança no parceiro” e “não estava disponível”, respectivamente.

É preocupante o percentual de jovens que declararam a não disponibilidade de preservativo como uma das razões de não uso no momento da relação, o que é indicativo da inexistência de estratégias preventivas ou falta de acesso devido a escassez de preservativos nas instituições sanitárias e/ou estabelecimentos de saúde.

Destacou-se também uma alta proporção de “*não respostas*”, mais de 20,0%, entre estudantes de ambos os sexos, em relação aos motivos de não uso de preservativo. Portanto, pode-se presumir que esses sujeitos não teriam usado preservativo, deixando transparecer que a conduta sexual desse grupo de indivíduos poderá estar relacionada a cenários difíceis para a concretização da ação de proteção.

Estes resultados tendem a concordar com os encontrados em outras pesquisas^{93, 94, 95, 96}, que destacaram a existência de alguns aspectos comuns no comportamento dos adolescentes nos últimos anos, como o uso irregular ou não uso de preservativo e a confiança na parceria, que aparece como atestado de segurança para o não uso de preservativo.

Estudos desenvolvidos em alguns estados do Brasil^{97, 98, 99} evidenciaram que a prática contraceptiva foi deixada de lado por cerca de metade dos adolescentes e jovens de 15 a 24 anos de ambos os sexos.

A atividade sexual dos jovens constitui preocupação cada vez mais presente, especialmente em razão da sua vulnerabilidade, no que concerne às doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente a infecção pelo HIV/Aids. Esta vulnerabilidade está relacionada com práticas sexuais desprotegidas, a duração dos relacionamentos e com o potencial envolvimento sexual com múltiplos parceiros^{30, 81}.

- **Comportamento sexual segundo a convivência no ambiente familiar e / ou social**

A quem os jovens recorrem para obter informações acerca da sexualidade e outros assuntos ligados às infecções sexualmente transmissíveis e HIV/Aids varia de acordo com fatores sócio-demográficos, tais como gênero e etnia. Hutchinson & Cooney^{64, 99}, verificaram a pouca

contribuição do pai em proporcionar informação aos adolescentes e jovens. Observa-se coerência com os achados do nosso estudo, que também constatou a pouca contribuição paterna em proporcionar informações sobre sexualidade aos filhos. Estratificando por gênero quanto à fonte de informação, observamos que a mãe proporcionou mais informação às filhas (31,2%) e menos aos filhos (9,7%). O pai, embora em proporção muito inferior, forneceu mais informações aos rapazes do que às raparigas (Gráfico 3.1), o que parece convergir também com achados de outros estudos desenvolvidos em três capitais brasileiras (Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador) ⁴⁸.

De acordo com os dados, foi constatado ainda que o acesso às informações sobre a sexualidade pelos pesquisados variou entre diferentes fontes, onde os amigos ou amigas destacaram-se como sendo a de maior importância, sobretudo para os rapazes, seguida pela mãe para as moças (Gráfico 3.1). Essa evidência é concordante com o estudo de Conhecimentos e opiniões de um grupo de adolescentes sobre a prevenção da AIDS, Ribeirão Preto, Brasil, em 1999 ¹⁰⁰.

No tocante à fonte de informação sobre sexualidade, verificamos, de certa forma, que no meio familiar, essa temática é pouco discutida, o que demonstra pouco diálogo entre os pais e seus filhos referente à sexualidade.

FELIZARI ¹⁰¹ analisou que esta falta de diálogo pode ser decorrente de omissão, despreparo, temor de focalizar temas considerados tabus, vergonha ou mesmo por desconhecimento dos pais. Por consequência, os adolescentes tendem a trocar informações privilegiadamente com colegas ou amigos.

No estudo “A Saúde e Estilo de Vida dos Adolescentes Cabo-Verdianos Frequentando o Ensino Secundário” ⁴⁹, a maioria dos jovens referiu ser mais fácil falar com a mãe (74,4%). Verificou-se ainda que um número considerável referiu não ter contato com o pai. O estudo desenvolvido em Gana ¹⁰² constatou que a mãe foi a fonte principal da comunicação sobre sexualidade com os adolescentes quando comparado com o pai.

A percepção dos adolescentes acerca de controle parental e de uma relação segura com pelo menos um dos pais, em especial com a mãe, é preditor de um melhor ajustamento dos adolescentes ¹⁰³. De acordo com Miller- Day M.A. ¹⁰⁴ é com a mãe que os adolescentes se sentem mais à vontade para expressarem seus desejos em relação a certos comportamentos sujeitos à censura a crítica (falar sobre os comportamentos de consumo de tabaco, álcool ou drogas). Também parece

haver maior probabilidade de jovens pedirem ajuda a um amigo quando se trata de problemas interpessoais e aos pais quando se trata de um problema de saúde ou escolar¹⁰⁵.

O desenvolvimento sexual do adolescente sofre influências dele próprio, da família, de sua cultura e de seus companheiros, sendo que a pressão do grupo talvez seja o fator mais poderoso para determinar seu comportamento^{105, 106, 107}. Alguns estudos^{105, 107, 108} evidenciaram as influências dos companheiros ou amigos como um preditor da iniciação sexual precoce.

Apesar da existência de um Programa de Educação sexual formal assumido pelo Ministério da Educação da Guiné-Bissau, em fase de ampliação para todos os níveis de ensino, mas se continua costatar pouca contribuição de professores (ou escolas) no processo de conscientização dos adolescentes e jovens escolares na abordagem da sexualidade, apenas uma pequena proporção deles afirmou ter adquirido informações nas escolas (professores), respectivamente 1,7% dos rapazes e 1,4% das raparigas (Gráfico 3.2). É indício da existência de enorme “barreira” de comunicação entre os professores e alunos quando se trata da temática de sexualidade, ou por questões “tabus”, ou por inibição, e/ou por falta de domínio sobre o tema de sexualidade e saúde reprodutiva, “obrigando”, assim, os educadores escolares a evitarem abordar o assunto, ou por inadequação do Programa nos currículos escolares.

Os dados indicam também que a mídia (Rádio e Televisão) tem pouca contribuição no fornecimento de informações sobre a sexualidade aos escolares, apesar de maioria (52,6%) ter declarado a existência de aparelhos de rádio, e cerca de 31,0% afirmaram possuir ambos os aparelhos (rádio e televisão) em casa (Gráfico 3.1). Pode-se sugerir a hipótese de que isso tenha a ver com aspectos culturais persistentes (tabus) na maioria das comunidades guineenses, onde as mensagens veiculadas nos órgãos de comunicação social nem sempre têm audiência adequada, sobretudo, quando se trata de sexualidade ou saúde reprodutiva. Existem restrições em assistir ao programa radiofônico de sensibilização em matéria de sexualidade nas comunidades, sobretudo, nas zonas rurais.

Evidencia-se um paradoxo, pois em áreas urbanas observa-se a preferência dos adolescentes e jovens em assistir novelas e diferentes tipos de filmes, às vezes, erotizados. Esses tipos de programas transmitidos pela mídia televisiva possivelmente influenciam a iniciação sexual precoce entre os adolescentes¹⁰⁹. Estudos feitos nos Estados Unidos de América demonstram que 10% a 30% das ocorrências de atos de violência, sexo e uso de drogas são

atribuíveis à influência da mídia ^{110, 111, 112}. Durante o processo da adolescência, os jovens estão mais vulneráveis às influências externas, tornando-se um alvo mais direto da mídia, principalmente quando modelos de funcionamento adulto estão ausentes na família.

De acordo com Toneli & Vavassori ⁹², apontam a influência dos meios de comunicação, em especial da mídia televisiva, que no caso brasileiro cada vez mais é responsável pela erotização da infância e pela banalização do sexo em sua programação. Este pode ser um dos elementos associados à iniciação sexual precoce.

Alguns estudos apontam no sentido de que o desconhecimento de aspectos essenciais relacionados com a vulnerabilidade ao HIV, limitações na comunicação com o parceiro sexual e com os pais sobre questões sexuais, o tipo de relacionamento, bem como baixas expectativas quanto ao uso do preservativo são fatores que contribuem para a adoção de comportamentos de risco em relação ao HIV/Aids ^{67, 69}.

Os programas educacionais direcionados aos adolescentes devem incluir alguns elementos-chave para obterem êxito: uma programação planejada, controle regular, abordagem de questões específicas deste grupo populacional, prevenção e assistência às infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV ¹¹³. Os mesmos devem ser abrangentes, compreendendo tanto os adolescentes como os pais e educadores ^{113, 114}. A prevenção da infecção pelo HIV e demais IST baseada no desenvolvimento de estratégias de redução do número de parceiros e no incentivo a relacionamentos responsáveis tem-se mostrado eficaz para adolescentes ¹¹⁵. A falta de diálogo dos pais para com filhos mostra ter repercussão negativa no comportamento sexual dos adolescentes.

No presente trabalho foram registradas perdas concernente a não respostas (questões não respondidas). O que poderia ser decorrente da forma auto-aplicada do instrumento extenso ou simplesmente pela decisão ou não, de não responder.

▪ **Conhecimento dos escolares sobre a transmissão e a prevenção ou redução do risco da infecção pelo HIV/Aids**

Percebe-se que a maioria assinalou algumas questões corretamente e outras erradamente, o que indica que possuem conhecimento incompleto e fragmentado. Observou-se elevado percentual de escolares desinformados dos riscos que correm durante a relação sexual, por não saberem que o contágio com HIV pode acontecer com parceiros aparentemente saudáveis, mas que podem ser

portadores do HIV. Nosso trabalho revelou que 35,2 % dos rapazes e 32,1% das moças não possuem informação adequada quanto a isso (Tabela 3.9). Esta constatação é semelhante aos achados do estudo sobre *Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV*¹⁰⁷ desenvolvido no Brasil, cujo resultado publicado no Caderno da Saúde Pública em 2007, no qual, destacou-se que 34,0% das alunas e 24,3% dos alunos eram desinformados quanto a esse aspecto.

O preservativo foi referido pelos de ambos os sexos como a principal forma de proporcionar sexo seguro ou redução do risco e, em seguida, manter relação sexual com parceiro fiel. O achado é concordante com outros resultados^{96, 100, 107}. A transfusão de sangue e o compartilhamento de seringas foram assinalados pela maioria dos estudantes como práticas associadas a risco do contágio pelo vírus da Aids. Este resultado também mostra semelhança com resultados de outros estudos, respectivamente, Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998, *Conhecimentos e opiniões de um grupo de adolescentes sobre a prevenção da AIDS* Ribeirão Preto, 1999 e *Adolescentes Cabo-Verdianos Frequentando o Ensino Secundário*, em 2003^{49, 53, 100}.

Do conjunto das nove perguntas listadas como formas de transmissão ou de redução de risco do HIV/Aids, conforme a tabela 3.9, quatro delas são bem conhecidas por cerca de 90,0% dos escolares. No entanto, o risco de transmissão fazendo sexo oral ou anal era conhecido por pouco mais da metade dos alunos.

Embora a maioria dos escolares estejam esclarecidos de que o contato pessoal (comendo, dormindo no mesmo cômodo ou beijando a face) não transmite a infecção do vírus da Aids (Tabela 3.10), deve-se ressaltar que o preconceito e a informação inadequada são preocupantes, que podem influenciar na estratégia de controle da epidemia. Pode-se levantar a hipótese de que, deve haver a influência quanto à segregação social, indivíduo infectado pelo vírus da Aids esconda sua situação, o que poderá aumentar o risco de contágio e tornar ainda mais difícil o controle da doença.

O presente estudo visou explorar aspectos relacionados às crenças religiosas, como moduladoras da percepção concernente às formas de transmissão ou de redução do risco da infecção do HIV/Aids. Cerca de metade (48,1%) dos crentes muçulmanos admitiram que a Aids depende da vontade de “Deus”, e a maioria deles (51,3%) acreditaram que o HIV pode ser

transmitido pela picada do mosquito (Gráfico 3.3). Os estudantes de religiões católica, protestante e animista acreditaram também nisso, embora com percentuais relativamente baixos.

Apenas **2,3%** (15) dos escolares assinalaram corretamente todas as questões abordadas e foram considerados possuidores de um conhecimento consistente sobre formas de transmissão e de prevenção ou de redução de risco de infecção do vírus da Aids. Houve diferença entre os sexos, sendo que as mulheres apresentam melhores conhecimentos que os homens (Tabelas 3.12).

O grau de conhecimento dos escolares foi bem menor ao encontrado no estudo dos *Adolescentes Escolares Cabo-Verdianos*⁴⁹, no qual se constatou que **9,1%** dos estudantes investigados tinham conhecimento consistente.

Quando analisadas as perguntas relativas às formas de contágio e de prevenção ou redução de risco da infecção do HIV/Aids e sobre percepções dos modos de transmissão da infecção do HIV/Aids (Tabela 3.13 e 3.14), embora tenha sido observada diferença por sexo, religião e atividade sexual, o que chama atenção é o percentual pequeno dos alunos que responderam corretamente a todas as perguntas de cada bloco.

O conhecimento é essencial para a tomada de decisões. É grave o fato de que muitos não têm conhecimento suficiente para subsidiar um comportamento sexual seguro e saudável, sendo considerado uma população com certo nível de cultura, como são os estudantes do ensino secundário. Esse nível de desinformação pode ser suspeição de alto percentual declarado do uso do preservativo, o que poderia sugerir a inconsistência nas declarações feitas pelos alunos.

Apesar da amostra não ser representativa da totalidade de adolescentes e jovens do país, os dados permitem evidenciar algumas características ou comportamentos à semelhança dos achados de outros estudos de âmbito nacional e internacional, sem deixar do lado a possibilidade da ocorrência de “viés” no processo do estudo.

4.2 Considerações finais

Da análise realizada acerca das características sócio-demográficas, dos comportamentos sexuais e do contexto do ambiente familiar dos adolescentes e jovens estudados, ressaltam-se os seguintes aspectos:

- o uso irregular do preservativo entre os escolares pesquisados, apesar de muitos terem declarado que o usaram alguma vez na vida. Os resultados obtidos deixaram evidenciar algumas percepções quanto à sua não utilização, dentre as quais se destacam: a confiança que depositam no(a) parceiro(a); o prazer associado ao sexo, considerando-se que o preservativo torna as relações sexuais menos satisfatórias; a indisponibilidade deste método de prevenção pode ser um importante fator preditivo da pouca frequência do uso. Além disso, constatou-se elevado percentual de não respostas à pergunta sobre o uso do preservativo na última relação sexual, o que leva a supor que não o teriam usado;
- a idade precoce em que os escolares pesquisados têm reportado a primeira relação sexual;
- aparentemente fraca intervenção dos pais no processo educacional dos filhos;
- a grande maioria dos escolares pesquisados não possui conhecimento completo a respeito das formas de transmissão do HIV/Aids, apesar de estar informado sobre a proteção proporcionada pelo preservativo. O comportamento dos estudantes pode estar influenciado por crenças equivocadas, preconceitos, informações incompletas ou inadequadas;
- aparente despreparo dos professores para tratar os temas ligados a sexualidade com os alunos, apesar da existência de um enquadramento legal (*existência de um quadro estratégico nacional de comunicação social no âmbito de luta contra Aids e programa de educação sexual formal do Ministério da Educação*). No âmbito desta problemática, de acordo com Anastácio et al.¹¹⁶, o modelo de *self-empowerment* tem-se revelado a intervenção mais eficaz, na medida em que acrescenta à vertente educacional a aquisição e desenvolvimento de um conjunto de competências que permitam aos sujeitos fazer face e gerir os problemas que afetam as suas vidas;
- face aos resultados, aponta-se a necessidade de complementaridade de formação entre a escola e o contexto familiar nos assuntos relacionados com a sexualidade, uma vez que os pais, durante a adolescência, continuam a ser o elemento de referência para a transmissão dos valores socioculturais inerentes aos seus comportamentos sociais;

- à semelhança do apontado pela OMS (WHO)⁹⁴, pode-se afirmar, a partir dos resultados obtidos, que os adolescentes investigados mantêm alguns aspectos conservadores, como a “*confiança*” na parceira ou no parceiro, o que subentende a idéia de “*fidelidade*” como um dos motivos para não utilização do preservativo, ou seja, que aparece como atestado de segurança para o não uso do preservativo;

- os resultados obtidos, que não se distanciam muito dos verificados em outros trabalhos como de Smith et al.^{88,91}, parecem constatar a perpetuação da assimetria das expectativas afetivas: enquanto as conquistas masculinas são valorizadas pela quantidade das parcerias sexuais, as mulheres continuam preservando o aspecto exclusivo de cada envolvimento amoroso.

Alguns resultados demonstram semelhanças com os encontrados em outras pesquisas em contextos sócio-culturais e econômicos diferentes⁹⁴ o que chama a atenção para a existência de alguns aspectos comuns no comportamento dos adolescentes e jovens nos últimos anos.

4.3. Recomendações

Perante os achados, torna-se salutar deixar algumas recomendações, direcionadas às instituições ou entidades responsáveis pela promoção e prevenção da saúde:

- é indispensável alargamento para todos os níveis do ensino do Programa de Educação sexual formal assumido pelo Ministério da Educação, no âmbito do programa de Educação para a Vida Familiar (EVF), capacitando o pessoal educador em matéria de HIV/Aids e demais IST;

- necessidade de maiores esclarecimentos sobre a Aids, mediante a adoção urgente de ações educativas em saúde de forma sistemática dentro dos currículos escolares ou acadêmicos, incluindo palestras e cursos informativos.

- a implementação de programas desta natureza deve levar em conta as particularidades e as necessidades da população-alvo bem como o momento, sendo ideal que ele comece antes do ensino secundário, já que muitos dos adolescentes e jovens, principalmente os de estrato social desfavorecido, não chegam a este nível de ensino;

- deve-se pensar no desenvolvimento de estratégias de capacitação e preparação dos próprios adolescentes como multiplicadores de informação, uma vez que, conforme os resultados apresentados, os pares também são importantes interlocutores;

- os meios de comunicação social devem assumir ainda mais a luta contra Aids como uma missão social que se enquadra no seu papel de serviço social;
- a alocação e abastecimento regular de insumo (preservativos) às estruturas de saúde e em outros estabelecimentos de atendimento e de prevenção, e sua distribuição gratuita, já que um dos motivos mais apontados pelos participantes investigados foi a não disponibilidade de preservativos;
- os resultados encontrados no presente estudo indicam a necessidade de outras investigações de abrangência nacional, incluindo escolas privadas, que possibilitem uma maior compreensão de carácter quantitativo e qualitativo sobre os comportamentos sexuais e outros aspectos, como o papel da família no comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes; e condições e/ou circunstâncias de negociação ou de abordagem sexual que eventualmente conduzam à iniciação sexual precoce entre os adolescentes e jovens guineeses, já que o país não dispõe, todavia, nenhum dado oficial sobre a violência e coerção sexual nos menores.

Levando-se em consideração os resultados obtidos, podemos reconhecer uma relação coerente entre os conhecimentos e as opiniões dos adolescentes pesquisados quanto à prevenção da Aids, conduzindo-nos a uma reflexão da necessidade em melhorar o nível de informação desse grupo. Para isso, em curto prazo, deve-se promover encontros de reflexão ao nível das escolas abrangidas pelo estudo, envolvendo demais instituições responsáveis e respectivos Programas Nacionais de Luta contra SIDA e de Saúde Reprodutiva, e os parceiros nacionais e internacionais que intervêm no país, e a sociedade civil, inclusive.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Country Profiles for Population and Reproductive Health, Policy Developments and Indicators 2005*, UNFPA and Population Reference Bureau.
2. Instituto Nacional de Estatística e Censos 1991 - Perfis demográficos, sócio-econômicos e sanitários da Guiné-Bissau, divulgado em 2005.
3. Binet, J., 1959, *Le mariage en Afrique noire*. Les éditions du Cerf, Paris, 176 p.
4. MOSES S., PLUMMER F.A., BRADLEY J.E., NDINYA-ACHOLA J.O., NAGELKERKE N.J.D., RONALD A.R., 1994, << The association between lack of male circumcision and risk for HIV infection : a review of the epidemiological data >>, *Sexually Transmitted Diseases*, 21 : 201-210.
5. Benoît FERRY, *Systèmes d'échanges sexuels et transzission du VIH/sida dans le contexte africain*, 1998.
6. Robert C Bailey, Francis A Plummer, and Stephen Moses. Reviews: *Male circumcision and HIV prevention: current knowledge and future research directions*. THE LANCET Infectious Diseases Vol 1 P. 227 November 2001.
7. Kalambayi, B., 2002, « Quelques déterminants indirects du VIH/SIDA en Afrique Sub-Saharienne. Cas de la République Démocratique du Congo (RDC) », in *Mouvements et enjeux sociaux*, n° 8, novembre-décembre 2002, Faculté des Sciences Sociales, Administratives et Politiques, Université de Kinshasa, pp. 31-52.
8. ILO: *HIV/AIDS and work: Global estimates, impact and response*, ILO Programme on HIV/AIDS and the world of work (Genebra, 2004).
9. The data presented above has been extracted from the publication *Country Profiles for Population and Reproductive Health, Policy Developments and Indicators 2005*, produced jointly by UNFPA and Population Reference.
10. Brito AM, Castilho EAC, Szwarcwald CL. Aids infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2001;34(2):207-217.
11. Norrgren, H.; Silva, Z.; Biague, A.; Anderson, S.; Biberfeld, G., 2003. Trends of HIV-1 and HIV-2 in Guinea-Bissau 1987 – 2001.
12. Soriano, V; Gomes, P; Heneine, W; Holguin, A; Doruana, M; Antunes, R; Mansinho, K; Switzer, WM; Araújo, C; Shanmugam, V; Lourenço, H; Gonçalez-Lahoz, J; Antunes, F. 2000. HIV-2 in Portugal: clinical spectrum, circulating subtypes, virus isolation, and plasma viral load. *Journal of Medical Virology*, 61:111-116.

13. Cortes, E.; Detels, R.; Aboulaflia, D.; Li, X. L.; Moudgil, T.; Alam, M.; Bonecker, C.; Gonzaga, A.; Oyafuso, L.; Tondo, M., 1989. HIV-1, HIV-2 and HTLV-1 infection in highrisk groups in Brazil. *New England Journal Medicine*, 320(15):953-8.
14. Kannangai R.; Ramalingam, S.; Prakash, K. J.; Abraham, O. C.; George, R.; Castillo, R. C.; Schwartz, D. H.; Jesudason, M. V.; Sridharan, G., 2000. Molecular confirmation of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Type 2 in HIV-Seropositive subjects in South India. *Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology*, 7(6):987-989.
15. Smith, NA; Shaw, T; Berry, N; Vella, C; Okorafor, L; Taylor, D; Ainsworth, J; Choudhury, A; Daniels, RS; El-Gadi, S; Fakoya, A; Moyle, G; Oxford, J; Tedder, R; O'shea, S; Ruitter, A; Brener, J., 2001. Antiretroviral therapy for HIV-2 infected patients. *Journal of Infection*, 42(2):126-33.
16. Lemey, P.; Pybus, O. G.; Wang, B.; Saksena, N. K.; Salemi, M. and Vandamme, A-M., 2003. Tracing the origin and history of the HIV-2 epidemic. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100(11):6588-92.
17. Larsen, O.; Silva, Z.; Sardström, A.; Anderson, P. K.; Anderson, S.; Poulsen, A-G.; Melbye, M.; Dias, F.; Nancler, A.; Aaby, P., 1998. Declining HIV-2 prevalence and incidence among men in a community study from Guinea-Bissau. *AIDS*, 12(13):1707-14.
18. Schim van der Loeff, M. F.; Aaby, P., 1999. Towards a better understanding of the epidemiology of HIV-2. *AIDS*, 13(Suppl A):S69-84.
19. Poulsen A-G.; Aaby, P.; Jensen, H.; Dias, F., 2000. Risk factors for HIV-2 seropositivity among older people in Guinea-Bissau. A search for the early history of HIV-2 infection. *Scandinavian Journal of Infectious Disease*, 32(2):169-75.
20. ONUSIDA, OMS, 2004, *Le point sur l'épidémie de Sida*, Décembre 2004, 87p.
21. Reeves, J. D. and Doms, R. W., 2002. Human Immunodeficiency Virus type 2. *Journal of General Virology*, 83:1253-65.
22. Korber, B.; Muldoon, M.; Theiler, J.; Gao, F.; Gupta, R.; Lapedes, A.; Hahn, B. H.; Wolinsky, S.; Bhattacharya, T. 2000. Timing the ancestral of the HIV-1 pandemic strains. *Science*, 288(5472):1789-1796.
23. Vidal, N.; Peeters, M.; Mulanga-Kabeya, C.; Nzilambi, N.; Robertson, D.; Ilunga, W.; Sema, H.; Tshimanga, K.; Bongo, B. and Delaporte, E., 2000. Unprecedented degree of HIV-1 group M genetic diversity in the Democratic Republic of Congo suggests that the HIV-1 pandemic originated in Central Africa. *Journal of Virology*, 74:10498-507.
24. Cock, K. M.; Adjorlolo, G.; Sibailly, T.; Kouadio, J.; Maran, M.; Brattegaard, K.; Vetter, K. M.; Doorly, R.; Gayle, H. D., 1993. Epidemiology and Transmission of HIV-2: Why there is no HIV-2 pandemic. *JAMA*, 270(17):2083-86.
25. Leonard G.; Chaput, A.; Courgnaud, V.; Sangare, A.; Denis, F.; Brechot, C., 1993. Characterization of dual HIV-1 and HIV-2 serological profiles by polymerase chain reaction. *AIDS*, 7(9):1185-1189.

26. Marlink, R.; Kanki, P.; Thior, I.; Travers, K.; Eisen, G.; Siby, T.; Traore, I.; Hsieh, C-C.; Dia, M. C.; Gueye, E-H.; Hellinger, J.; Guèye-Ndiaye, A.; Sankalé, J-L.; Ndoye, I.; Mboup, S. Essex, M., 1994. Reduced rate of disease development after HIV-2 infection as compared to HIV-1. *Science*, 265:1587-90.
27. Santos-Ferreira, M. O; Lourenço, M. H.; Almeida, M. J.; Chamaret, s.; Montagnier, L., 1990. A study of seroprevalence of HIV-1 and HIV-2 in six province of People´s Republic of Angola: clues to the spread of HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 3(8):780-786.
28. Markovitz, D. M., 1993. Infection with the human immunodeficiency virus type 2. *Annals of Internal Medicine*, 118:211-218.
29. Araújo, Isabel Inês Monteiro de Pina. Caracterização da epidemia HIV/Aids em Cabo Verde: uma abordagem soro-epidemiológica no período de 1987 a 2002. Isabel Inês Monteiro de Pina Araújo. Rio de Janeiro : s.n., 2005. xxiii, 120 p.
30. Centers for Disease Control and Prevention. World AIDS Day. December 1, 2000. Morbidity and Mortality Weekly Report 49: 1061, 2000.
31. AUVERT B., 1994, (Épidémiologie du sida en Afrique n (: 64-117), in J. VALLIN (éd)), *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte-CEPED, 223 p.
32. Costa, Júlio Fernando Leite da. O comportamento sexual na África Sub-Sahariana: seu significado e influência sobre a transmissão e propagação da Aids, contribuição para uma política de saúde. Rio de Janeiro; s.n; 1994. 126 p. illus.
33. Plano Estratégico Nacional de luta contra SIDA, 2007 – 2011, Guiné-Bissau.
34. Fredrik Månsson et al. *Trends of HIV-1 and HIV-2 prevalence among pregnant women in Guinea-Bissau*, West Africa: possible effect of the civil war 1998–1999.
35. Hans Norrgren et al. Prevalência do VIH-1 e VIH-2 na Guiné-Bissau, 1987-2001.
36. Maria João Monteiro & José Vasconcelos-Raposo (2005). 6º Congresso Virtual Congress Prevenção da SIDA (2005). HIV-AIDS –*Compreender o comportamento sexual para melhor (re)agir*; Um desafio que não pode ser perdido, Portugal, 2005-10-28.
37. World Health Organization. Aider les jeunes a faire des choix sains en matiere de sexualité et de procriation, declare le directeur general de l'OMS. Geneva: World Health Organization; 1999.
38. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Diário Oficial da União 1990; 16 jul.
39. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento; 1998.
40. Ferry B., 1998, « Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/sida dans le contexte africain », in Vivre et penser le Sida en Afrique / Experiencing and understanding aids in Africa, Becker C., Dozon J.P., Obbo C. et Touré M. (eds), Codesria, Karthala & IRD, 712 p.

41. Paiva V, Peres C, Blessa C. Jovens e adolescentes em tempos de aids – reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicologia USP* 2002; 13(1): 55-78.
42. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. AIDS Boletim Epidemiológico [periódico on-line] 2001; 15(1).
43. Lopes, J. P. *A influência relativa das percepções partilhadas ou divergentes no relacionamento dos pais com os filhos adolescentes*, Tese de doutoramento não-publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 1998.
44. Moore, S., & Rosenthal, D. (1995). *Sexuality in adolescence* (2nd ed.). London: Routledge.
45. TAQUETTE, S. R. Sexo e gravidez na adolescência - Estudo de antecedentes bio-psicosociais. Ribeirão Preto, 1991. 119p. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
46. Ross, J., Godeau, E., & Dias, S. (2004). Sexual health in young people: Findings from the HBSC study. In C. Candace, R. Chris, M. Anthony, S. Rebecca, S. Wolfgang, S. Oddrun, & B. R. Vivian (Eds.), *Young people's health in context. Health Behavior in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp.153-160). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
47. Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
48. Borges, Teixeira Ana Maria Ferreira et al. *Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual* (2002).
49. Ackselrad et al. (2003). *Estudo a Saúde e Estilos de Vida dos Adolescentes Cabo-Verdianos Frequentando o Ensino Secundário*, Dezembro de 2003.
50. Flávia Rieth. *Iniciação sexual na juventude de mulheres e homens*: Universidade Federal de Pelotas - Brasil; Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 77-91, junho de 2002.
51. BORGES, Ana Luiza Vilela e SCHOR, Néia. *Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002*. *Cad. Saúde Pública*, mar. /abr. 2005 vol.21, no. 2, p.499-507. ISSN 0102-311X.
52. Elisabeth Anhel Ferraz et al. *Iniciação sexual de jovens: análise de variáveis a partir de gênero*, MG – Brasil, de 18 a 22 de setembro de 2006.
53. Szwarcwald CL, Castilho EA, Barbosa AJ, Gomes MRO, Costa EAMM, Maletta BV, et al. *Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos*. *Cad Saúde Pública* 2000; 16 Suppl 1:113-28.
54. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/ Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde Macro International. *Brasil – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996*. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil; 1997.

55. Pirotta KCM. Não há guarda-chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.
56. NASCIMENTO et al. *Atividade sexual e doenças sexualmente transmissíveis em escolares do 2º grau* de Rio Branco-Acre, Brasil. *Rev.latin-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 107-113, janeiro 2000.
57. Chagas, de Almeida Maria da Conceição et al. *Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia*; 1997.
58. Ngondo, a P., 1998, « Les adolescents face à la santé de la reproduction. Quand le culturel tient l'intellectuel. Cas de l'Université de Kinshasa (RDC) ». Communication préparée pour la Première Conférence Francophone sur « La participation des hommes à la santé de la reproduction ». Ouagadougou (Burkina Faso), 30 mars-03 avril 1998, 15p.
59. Barthélemy KALAMBAYI BANZA. *Enquête sur la sexualité et les comportements sexuels à risque auprès des jeunes de Kinshasa (R.D. Congo)*; 2004.
60. Harter, Griep Rosane et al. *Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/aids no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2002 – 2003*.
61. Ardel, M., & Day, L. (2002). Parents, siblings, and peers: close social relationships and adolescent deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22(3), 310-349.
62. Van Wel, F., Bogt, T., & Raaijmakers, Q. (2002). Changes in the parental bond and the well-being of adolescents and young adults. *Adolescence*, 37 (146), 317-333.
63. Mounts, N. (2002). Parental management of adolescent peer relationships in context: the role of parenting style. *Journal of Family Psychology*, 16 (1), 58-89.
64. Inês Camacho, Margarida Gaspar de Matos & Equipa do Projeto Aventura Social (2005). *Aventura Social & Saúde*. Faculdade de Motricidade Humana / Universidade Técnica de Lisboa.
65. Santelli, J., Lowry, R., Brener, & Robin, L. (2000). The association of sexual behaviours with socioeconomic status, family structure, and race/ethnicity among US adolescents. *American Journal of Public Health*, 90 (10), 1582-1588.
66. Ye CF. Condom use by Hispanic and African-American adolescent girls who use hormonal contraception. *J Adolesc Health* 1998; 24:205-11.
67. Meschke L. L. Zweig, J. M., Barber, B. L., & Eccles, J. S. (in press). Demographic, biological, psychological, and social predictors of the timing of first intercourse. *Journal of Research on Adolescence*.

68. Hogan, D. P., & Kitagawa, E. M. (1985) The impact of social status, family structure, and neighborhood on fertility of black adolescents. *American Journal of Sociology*, 90, 825–855.
69. Ku, L., Sonenstein, F. L., & Pleck, J. H. (1993) Factors influencing first intercourse for teenage men. *Public Health Reports*, 108, 680–694.
70. Miller, B. C. (1998) *Families matter: A research synthesis of family influences on adolescent pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
71. Linares, M., Pelegrina, S., & Lendínez, J. (2002). Los estilos educativos de los padres y la competencia psicosocial de los adolescentes. *Anuário de Psicologia*. 33 (1), 79-94.
72. Rodgers, K. B. (1999) Parenting processes related to sexual risk-taking behaviors of adolescent males and females. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 99–109.
73. Allen, J., Kupermic, G., & Moore, C. (1997). Developmental approaches to understanding adolescent deviance. *Development Psychopathology: Perspectives on risk and disorder*. Combridge: Combridge: University Press.
74. Collins, W. (1990). Parent-child relationships in de transition to adoelescent: continuity and change in interaction, affect, and cognition. In Montemayor, R., Adams, G., & Gullotta, T. (Eds). *From childhood to adolescent: a transsitional period? Advances in adolescent development* (Vol. 2, pp. 85-106). Newbury Park, Ca: Sage.
75. Steinberg, L. (1990). *Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. The developing Adolescent*. Combridge: Harvrad University Press.
76. Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (1994). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
77. Thompson, C., Currie, C., Todd, J., & Elton, R. (1999). Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15-16 years old, 1990-1994 findings from WHO: Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC). *Health Education Research*, 14 (3), 357-370.
78. Bakker, A. (1999). Persuasive communication about AIDS prevention: Need for cognition determines the impact of message format. *AIDS Education and Prevention*, 11(2), 150-162.
79. Whitaker, D., & Miller, K. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms: impacton peer influences of sexual risk behavoir. *Journal of Adolescent Research*, 15 (2), 251-273.
80. Smith, G., Kippax, S., & Aggleton, P. (2000). HIV and sexual health education in primary and secondary schools. Findings from selected Asia-Pacific countries. National Centre in HIV Social Research. Faculty of Arts and Social Sciences. The University of New South Wales. Retirado em 10 de Dezembro da World Wide.
81. UNAIDS (2002). Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS.
82. UNFPA. (2003); Preventing HIV Infection. Promoting Reproductive Health.

83. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2003: inversiones en su salud e sus derechos. Nova York: UNFPA, 2003.
84. Ramirez, J., Gosset, D., Ginsburg, K., Taylor, L., & Slap, G. (2000). Preventing HIV *Adolescent Health*, 26 (4), 258-267.
85. Matos, M., Battistutta, D., Simões, C., Carvalhosa, S., Dias, S. & Gonçalves, A. (submetido). Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2004.
86. HEILBORN, Maria Luiza e Equipe Gravad (2004 e 2005). Uniões precoces, juventude e experimentação da sexualidade. In: HEILBORN, M.L. et al. *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
87. Jenkins, K. W. (1991) Religion and families. In S. J. Bahr (Ed.), *Family Research: A Sixty-Year Review, 1930–1990, Volume 1* (pp.235–288). NY: Lexington Books/Macmillan, Inc.
88. Jaccard, J., & Dittus, P. (1993) Parent-adolescent communication about premarital pregnancy. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 74, 329–343.
89. Muuss, R. E. (1996). *Theories of adolescence*. (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
90. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da 33^a Sessão da Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura - UNESCO, em Paris, França, em 19 de outubro de 2005.*
91. Smith, A., Agius, P., Dyson, S., Mitchell, A. and Pitts, M. 2002, *Secondary Students and Sexual Health*, Australian Research Centre in Sex, Health and Society, LaTrobe University, Melbourne.
92. Maria Juracy Filgueiras Toneli & Mariana Barreto Vavassori. *Sexualidade na adolescência: um estudo sobre jovens homens*. Interações v.9 n.18 São Paulo dez. 2004.
93. Bryan, A. D., Aiken, L., & West, S. G. (1996). Increasing condom use: Evaluation of a theory-based intervention to prevent sexually transmitted diseases in young women. *Health Psychology*, 15, 371-382.
94. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2001). *Sexual relations among Young people in developing countries*. Evidence from WHO case studies. Geneva: WHO 2001.
95. AFONSO, M.L.M. (2001). *A polêmica sobre adolescência e sexualidade*. Belo Horizonte: Edições do Campo.
96. Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. *Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia*. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:566-75.

97. Longo LAFB. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 2002; 19:229-47.
98. Miranda AE et al. *Padrão de Comportamento das Adolescentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002*; *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1):207-216, jan-fev, 2005.
99. Hutchinson, M. K., & Cooney, T. M. (1998) Patterns of parent-teen sexual risk communication: Implications for intervention. *Family Relations*, 47, 185–194.
100. TORRES, G.de V.; DAVIM, R.M.B.; ALMEIDA, M.do C.S. *Conhecimentos e opiniões de um grupo de adolescentes sobre a prevenção da AIDS*. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 41-46, abril 1999.
101. FELIZARI, G.M.C. *Enfermagem escolar e educação sexual para adolescentes*. *Rev.Gauch. Enfermagem*, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 12-19, jul. 1990.
102. Tetteh, Botchawy Albert (2004). *PARENT AND ADOLESCENT MALES' COMMUNICATION ABOUT SEXUALITY IN THE CONTEXT OF HIV/AIDS*. A study in the Eastem Region of Ghana.
103. Soucy, N., & Larose, S. (2000). Attachment and control in family and mentoring contexts as determinants of adolescent adjustment to college. *Journal of Family Psychology*, 14 (1), 125-143.
104. Miller-Day M.A. (2002). *Parent-adolescent communication about alcohol, tobacco, and other drug use*. *Journal of Adolescent Research*, 17 (6), pp. 604-617.
105. Sullivan, K., Marshal, S., & Shonert-Reichl, K. (2002). Do expectancies influence choice of help giver? Adolescents' criteria for selecting an informal helper. *Journal of Adolescent Research*, 17 (5), 509-531.
106. Piccoli et al. *Grau de conhecimento e comportamento de universitários gaúchos em relação à HIV/AIDS*. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, 45 (1,2): 27-32, jan.-jun. 2001.
107. Camargo BV & Botelho LJ. *Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV*. *Rev Saúde Pública* 2007.
108. Department of Health and Human Services, Annapolis, MD (1995).
109. Strasburger, VC. Getting teenagers to say no to sex, drugs, and violence in the new millenium. *Med Clin N Am* 2000; 84:787-810.
110. Aktin CK. Effects of televised alcohol message on teenage drinking patterns. *J Adolesc Health Care* 1990;11:10.
111. Reato LFN. Mídia x adolescência. *Pediatria Moderna* 2001; 37: 37-40.
112. Population Reference Bureau. *La juventud del mundo 2000*. Washington DC: Population Reference Bureau; 2000.

113. Gevelber MA, Biro F. Adolescents and sexually transmitted diseases. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46:747-66.
114. Youssef M, Wallace B, Connolly M, Franzkowiak P. Working with young people: a guide to preventing HIV/AIDS and STDs. London: Commonwealth Youth Programme; 1995.
115. Amaro, F., Frazão, C., Pereira, M. E., & Teles, L. C. (2004). HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behaviour in Portugal. *International Journal of STD & AIDS*, 15, 56-60.
116. Anastácio, Z. C., Vasconcelos-Raposo, J., & Carvalho, G. S. (2001, Outubro). *Educação sexual como contributo para a promoção e educação para a saúde*. Actas do I Encontro de promoção e Educação para a Saúde, Beja.

ANEXO

REPUBLICA DA GUNE-BISSAU

MINISTERIO DA SAUDE PÚBLICA

(INSTRUMENTO DE INQUÉRITO)

QUESTIONARIO JOVENS (15 a 24 anos)

REGIÃO: _____

LICEU / UNIVERSIDADE _____

LOCALIDADE (CIDADE) _____

TURMA: _____

CLASSE / NÍVEL: _____

PERIODO DE AULAS () Manhã () Tarde () Noite

DATA: ____/____/06

APRESENTAÇÃO

Caro amigo jovem, o Ministério da Saúde está interessado em desenvolver um programa de informação e de comunicação, em matéria da Saúde Reprodutiva, bem direccionado aos jovens. Por isso, está a realizar este estudo com a finalidade de saber sobre os conhecimentos e prática dos jovens de 15 – 24 anos de idade em matéria de Saúde Reprodutiva, com relação ao risco de transmissão e à prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis incluindo o VIH/SIDA. Assim sendo a colaboração dos próprios jovens é indispensável.

Este Questionário é anónimo. Ninguém saberá a opinião pessoal e o que cada jovem, em particular, respondeu para cada uma das perguntas. As respostas darão ao Ministério da Saúde mais conhecimentos e segurança para poder enfrentar e vencer os problemas que a Saúde Reprodutiva dos jovens coloca, protegendo assim a saúde de toda a população guineense. Consideramos, por isso, ser um privilégio para si de poder contribuir para toda a Guiné-Bissau com este trabalho. A colaboração e o compromisso com a verdade são muito importantes. Porém, qualquer um tem o direito de se recusar a participar da pesquisa e isto não lhe irá trazer nenhum tipo de prejuízo pessoal.

Termo de acordo

Concordas em participar da pesquisa, respondendo o questionário anónimo sobre conhecimentos e práticas relacionadas á Saúde Reprodutiva e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis?

() Sim Concordo () Não Concordo (*entregar o questionário e sair da sala*)

Aceitou voluntariamente participar, por favor, seja sincero e responsável nas suas respostas.

Obrigado

IMPORTANTE

Após o preenchimento, este questionário deverá ser depositado numa caixa a entrada da sua sala de aulas e só será aberta por técnicos do Ministério da Saúde responsáveis pela análise das informações nela contidas.

MÓDULO A : CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Antes de tudo, gostaríamos de saber algumas coisas sobre você :

A1. Data de nascimento ____/____/____

A2. Idade (anos completo) _____ anos

A3. Sexo () Masculino () Feminino

A5. Com que etnia você se identifica? _____

A6. Pratica alguma religião?

- () Muçulmana () Católico
() Protestante () Animista
() Outra: _____ () Nenhuma (*ir para A8*)

A7. Assiste geralmente os actos religiosos (cultos/missa) da sua religião?

- () Diariamente () Semanalmente () Mensalmente
() As vezes () Raramente () Não/Deixei/Nunca

A8. Foi ao fanado?

- () Sim () Não (*saltar para a pergunta A10*)

A9. Se sim, sabe dizer com que idade?

- () Antes do 5 anos () Entre 5 a 10 anos
() Entre 11 a 15 anos () Com mais de 15 anos
() Não sabe

A10. Qual é a sua opinião sobre o fanado da Mulher (excisão feminina)?

- () É uma tradição religiosa boa/ deve continuar
() É nociva a saúde reprodutiva da mulher/deve acabar
() Não tem opinião
() Outro (especificar) _____

A11. O seu pai está de vida ?

- () Sim () Não (*saltar para a pergunta A15*)

A12. Vivem juntos ? () Sim () Não

A13. Você tem falado com seu pai sobre assuntos importantes para ti ou para a família toda?

Sempre Ele não permite (*saltar para A15*)

As vezes Não o vejo (*saltar para A15*)

A14. Tem o hábito/costume de falar com seu pai sobre assuntos ou questões ligados com a sexualidade?

Sempre As vezes Uma vez Nunca

A15. Sua mãe está de vida ?

Sim Não (*saltar para A19*)

A16. Vivem juntos ? Sim Não

A17. Você tem falado com sua mãe sobre assuntos importantes para ti ou para a família toda?

Sempre Ela não permite (*saltar para A19*)

As vezes Não a vejo (*saltar para A19*)

A18. Tem o hábito/costume de falar com sua mãe sobre assuntos ou questões ligados com a sexualidade?

Sempre As vezes Uma vez Nunca

A19. Existe algum adulto, entre seus familiares/encarregado de educação com quem você se sente a vontade para falar assuntos ligados a sexualidade?

Sim Não (*Saltar para A21*)

A20. Que relação tem com essa pessoa?

Tio/Tia Irmão/ã Primo/a

Avó Outro_____

A21. Tem algum dos seguintes aparelhos em sua casa?

Rádio Televisão Rádio e TV Nenhum

A22. Faz parte de algum grupo / associação de jovens?

Sim Não

A23. Tem o hábito de frequentar as discotecas nocturnas?

Sim, sempre Sim, as vezes Nunca (*ir para A25*)

A24. Se **SIM**, quantas vezes frequentou a discoteca durante o mês passado?
_____ Número de vezes

A25. Costuma ir assistir filmes nos salões de cinema?

() Sim, sempre () Sim, as vezes () Nunca (*Modulo B*)

A26. Se **SIM**, quantas vezes assistiu filmes durante o mês passado? _____
Número de vezes

MODULO B : CONHECIMENTOS SOBRE A SEXUALIDADE E DST / VIH / SIDA

As próximas perguntas se referem aos seus conhecimentos sobre a sexualidade e IST/VIH/SIDA

B1. Com quem você está a viver em casa (*pais ou parceiro*)?

() Com o pai () Com a mãe () Com os pais
() Com outro familiar () Com parceiro (marido ou esposa)
() Outro: _____

B2. Diga o seu actual estado civil

() Solteiro/a () Casado/a (*B4*)
() Divorciado/a (*B4*) () Viúvo/a (*B4*)

B3. Se ainda é solteiro/a, tem ou já teve namorado/a?

() Sim () Não (*saltar para B8*)

B4. Quantos namorados/as já teve desde que começou a namorar?

_____ Número de namorados/as

B5. Quanto tempo durou a relação com o seu/sua último/a parceiro/a

(namorado/a ou marido/esposa)? _____ (Indicar o tempo em Meses ou Anos)

B6. Você pensa que seu/sua parceiro/a tem outra pessoa além de você?

() Só tem a mim () Tem outra/o () Não Sabe

B7. Como é que você caracteriza o seu relacionamento com o/a seu/sua actual parceiro/a?

() Passageiro /Nada sério () Sério /Muito sério
() Já noivamos para casar () Já somos casados

() Ainda é cedo para dizer algo () Outro: _____

B8. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual ? _____ (Anos)

() 77 = Não iniciou ainda (*Ir para B11*) () 88 = Não lembra

Note: Se você respondeu que ainda não iniciou sexo, salte para a pergunta B11

B9. Antes dessa sua primeira relação sexual, você tinha alguma informação sobre a sexualidade?

() Sim () Não (*passar B11*)

B10. Se sim, quem lhe deu essas informações? (pode marcar mais que uma resposta, se for o caso)

() Mãe () Pai () Irmãos/Parentes () Amigos/as
() Técnicos de saúde () Na igreja () Professor / Escola
() Rádio () TV () Outro (especificar) _____

B11. Da parte de quem você gostaria receber informações sobre o sexo? (pode marcar mais que uma resposta)

() Parceiro/a () Rádio () televisão () Na igreja
() Escola / Professor () Técnicos de saúde () Amigos/as
() País () Irmãos/parentes () Outros (precisar) _____

B12. Na sua opinião, a partir de que idade uma menina deve ter a sua primeira relação sexual? _____ (anos)

(77 = Só depois de casar () 88 = Não Sabe ()

B13. Na sua opinião, a partir de que idade um rapaz deve ter a sua primeira relação sexual? _____ (anos)

(77 = Só depois de casar () 88 = Não Sabe ()

B14. Já ouviu falar das Doenças ou Infecções Sexualmente Transmissíveis (DST ou ISTs) ?

() Sim () Não (*saltar para B21*)

B15. Se sim, quem lhe deu essas informações?

() Mãe () Pai () Irmãos/ãs
() Parceiro/a () Amigos/as () Professor / Escola
() Na igreja () Rádio () Técnicos de saúde
() TV () Outro: _____

B16. Pode escrever, pelo menos, o nome de três ISTs que você conhece?

1 _____ 2 _____

B17. Já teve alguma IST na sua vida?

Sim Não (*saltar para B20*)

B18. Se sim, quais ?

1. _____ 2. _____

B19. O que você fez para se tratar? (*marcar as respostas correspondentes*)

Hospital / centro de saúde Fui a Farmácia
 Médico/enfermeiro em casa Mercado/Butique
 Medicamento de terra Djambacus / moro
 Nada fiz (curou por si) Não lembro

B20. Da parte de quem você gostaria receber mais informações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)? (*marcar as respostas correspondentes*)

Mãe Pai
 Parceiro/a CS / Hospital/Técnicos de saúde
 Técnicos de saúde Rádios
 Televisão Amigos
 Outras _____

B21. Já ouviu falar de SIDA ?

Sim Não (*saltar para B30*)

B22. De quem ou onde ouviu falar de SIDA? (pode marcar várias respostas certas)

Mãe Pai
 Parceiro/a CS / Hospital/Técnicos de saúde
 Técnicos de saúde Rádios
 Televisão Amigos
 Outras _____

B23. Sabe como se apanha a SIDA ?

Sim Não (*Saltar para B25*)

B24. Sabe como se protege da SIDA?

Sim Não (*Saltar para B26*)

B25. Como se protege da SIDA?

- Abstinência sexual Fidelidade (único parceiro)
 Preservativo Seringas monouso
 Virgindade Uso de Anilha
 Outras _____

B26. Conhece alguém Seropositivo (com VIH/SIDA)?

Sim Não

B27. Conhece alguém que está doente ou que morreu de SIDA ?

Sim Não

B28. Você acha que pode também apanhar SIDA algum dia?

- Sim,
Porquê ?: 1 _____ 2 _____
 Não,
Porquê ?: 1 _____ 2 _____
 Não Sabe

B29. Confirma ou não estas afirmações sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA? (só para quem ouviu falar de SIDA)

Perguntas	Respostas		
	S	N	NS
14. A doença de SIDA depende da vontade de Deus, por isso ninguém pode livrar-se dela quando Deus quiser			
15. O risco de transmissão do VIH/SIDA pode ser reduzido se tiver relações Sexuais com um só parceiro fiel e não infectado			
16. O risco de transmissão do VIH/SIDA pode ser reduzido utilizando preservativo			
17. Uma pessoa com boa saúde pode ser portador do vírus de VIH/SIDA			
18. Uma pessoa pode ser infectada pelo VIH/SIDA se for picada por mosquito que picou um doente de SIDA			
19. Pode apanhar o VIH/SIDA comendo na mesma tigela ou dormindo na mesma cama ou brincando com um doente de SIDA.			
20. Pode apanhar o VIH/SIDA se for transfundido o Sangue infectado			
21. Pode apanhar o VIH/SIDA se fazer a troca de seringas com uma pessoa infectada			
22. Pode apanhar o VIH/SIDA, beijando uma pessoa infectada			
23. Uma grávida seropositiva, pode transmitir o vírus ao filho durante a gravidez, parto ou amamentação			
24. Pode apanhar o VIH/SIDA fazendo sexo com técnicos de saúde sem o uso de preservativo			
25. Quem faz sexo oral ou anal pode apanhar o vírus de VIH/SIDA			
26. Pode apanhar o VIH/SIDA se tiver uma IST e não a tratar rapidamente			

B30. Já ouviu falar do preservativo ?

() Sim () Não (*saltar para Modulo C*)

B31. Na sua opinião, para que servem os preservativos ?

() Evitar das doenças () Evitar das doenças e gravidez
 () Evitar da gravidez () Outro (especificar) _____

B32. Tem um lugar perto, no seu ponto de vista, onde se possa adquirir um preservativo?

() Tem, gratuitamente () Tem, mas pago

() Não tem () Não Sabe

B33. Acha que é fácil conseguir um preservativo quando o quiser?

() Sim, é fácil () Não é fácil () Não Sabe

B34. Quem deve tomar a iniciativa de utilizar o preservativo no momento do sexo?

() Sempre homem () Sempre mulher () Os dois
() As vezes ele ou ela () Não sabe () Outro: _____

B35. Que lugares você acha que seriam mais indicados para colocar os preservativos para que os jovens se sintam a vontade de os adquirir?

1. _____ 2. _____

MODULO C: Prática Sexual

C1. Você disse com que idade começou a fazer sexo pela primeira vez ?

_____ (Anos)

() 77 = Não iniciou ainda (Saltar para *Módulo D*)

() 88 = Não sabe/Não lembra

C2. Lembra da pessoa com quem você começou a fazer sexo (pela primeira vez)?

() Sim lembro () Não lembro (*Saltar para C3*)

() Não iniciei ainda (*Saltar para o módulo D*)

C3. Continua namorando ou casado com essa mesma pessoa?

() Sim () Não

C4. Pense um pouco e responde: aproximadamente, com quantas pessoas já teve relações sexuais, desde que começou a fazer sexo?

() 1 pessoa () 2 a 3 pessoas () 4 a 6 pessoas

() 7 a 14 pessoas () 15 e mais pessoas () Não lembro

C5. Vamos ver se lembra bem: quantas vezes, por mês, você tem feito amor (relação sexual) nos últimos 6 meses?

() Nenhuma vez (*Saltar para C7*) () Não é todos os meses

() Uma vez por mês () 2 a 4 vezes por mês

() 5 a 8 vezes por mês () mais de 8 vezes por mês

C6. Quando foi que fez relação sexual, pela última vez ?

() Ontem () Esta semana () Semana passada

2 a 3 semanas atrás 1 a 2 meses 3 a 5 meses

C7. Com quantos parceiros/as você teve relações sexuais ocasionais (fora do seu parceiro/a fixo) nos últimos 12 meses?

Nenhum Um só 2 – 3 parceiros

4 – 6 parceiros 7 e mais parceiros

C8. Já utilizou o preservativo alguma vez na sua vida?

Sim (*Saltar para a C10*) Não/Nunca

C9. Porquê não utiliza o preservativo? (*responder e saltar para módulo D*)

Não estava disponível Não gosta

Parceiro (a) não aceita Confia no/a par

Diminui o prazer sexual Tinha anilha

Só faz sexo no casamento / com namorado(a)

Outro (especificar)_____

Note: Se nunca utilizou o preservativo, pode saltar para o módulo D

C10. Utilizou o preservativo na sua primeira relação sexual?

Sim Não

C11. Utilizou o preservativo na última relação sexual que teve?

Sim (*Saltar para C13*) Não

C12. Se não, porquê ?

Não estava disponível Não gosta

Parceiro (a) não aceita Confia no/a parceiro

Diminui o prazer sexual Tinha anilha (parceira)

Era no casamento / com namorado(a)

Outro (especificar)_____

C13. Em que relação sexual você costuma utilizar o preservativo?

Com marido/esposa Parceiro/a regular

Parceiro/a ocasional Em todas as relações sexuais

As vezes Depende se ele/a pedir

Outras (especificar)_____

C14. Utiliza normalmente o preservativo em todas as suas relações sexuais ocasionais?

- Sim, em todas Sim, em algumas
 Depende do/a parceiro/a Outras: _____

Modulo D: Atitudes

D1. Acredita que SIDA existe ?

- Sim **Porquê ?** _____
 Não **Porquê ?** _____

D2. Aceitaria fazer o teste para saber se tem o vírus de SIDA ?

- Sim Não Não Sabe

D3. Se “NÃO”, Porquê?

- Não tem medicamentos / Não tem cura
 Medo de saber Medo de ser rejeitado
 Não sabe Outra: _____

D4. Já ouviu falar dos Medicamentos Anti-Retrovirais (medicamentos para tratamento de SIDA)?

- Sim Não
Se SIM, Para que servem? _____

D5. Qual seria a sua reacção, se lhe informassem que seu/sua parceiro/a tem SIDA?

- Normal/ajudar com a doença
 Terminar a relação (casamento ou namoro)
 Continuar a relação sem sexo
 Outro _____ Não Sabe

D6. Qual seria sua reacção, se um familiar de perto seu tivesse SIDA ?

- Normal/ajudar com a doença
 Rejeição (Afastar-se dele/a)

Outra _____ Não Sabe

D7. Pensa que o seu relacionamento poderia ter mudado perante um amigo/colega seu (sua) que tiver o VIH/SIDA ?

Muda Não muda Não Sabe

Outra _____

MODULO E : Outras informações

E1. Alguma vez consumiu bebidas alcoólicas?

Sempre As vezes Nunca (*Saltar para E6*)

E2. Há quanto tempo consome bebidas alcoólicas?

Mais de 10 anos 5 a 10 anos 2 a 5 anos

Menos de 1 ano Não sabe

E3. Quantas vezes bebeu na semana passada?

Nenhuma vez 1 vez 2 a 3 vezes

4 a 5 vezes Todos os dias

E4. Que tipo de bebidas alcoólicas consome mais?

Cerveja Vinhos Aguardente (cana)

Caju Whisky Outras _____

E5. Como acha que bebe ?

Muito Normal Pouco

E6. Já fumou e/ou cheirou tabaco alguma vez?

Sim

Não (*Saltar para E8*)

E7. Que tipo de tabaco?

Cigarro

Cachimbo/canhuto

Canudo de tabaco/cheira

E8. Já experimentou algum tipo de droga?

() Sim () Não (*Saltar para E11*)

E9. Pode dizer que tipo de droga? _____

E10. Se sim, como se sentiu com efeito da droga?

() Bem () Mal-estar () Arrependido

() Outro _____

Vamos ver se concorda ou não com as seguintes afirmações

E11. Não é necessário usar o preservativo com parceiro/a já conhecido/a.

1. Sim [] 2. Não [] 3. Não Sabe []

E12. Quem propõe o uso de camisinha no momento de fazer sexo, significa que não tem confiança no/a parceiro/a.

1. Sim [] 2. Não [] 3. Não Sabe []

E13. As meninas devem exigir dos parceiros o uso da camisinha.

1. Sim [] 2. Não [] 3. Não Sabe []

E14. As meninas devem prevenir-se andando com camisinha nas bolsas

1. Sim [] 2. Não [] 3. Não Sabe []

E15. Relação sexual com camisinha diminui o prazer sexual.

1. Sim [] 2. Não [] 3. Não Sabe []

E16. Uma camisinha pode ser utilizada várias vezes.

1. Sim [] 2. Não [] 3. Não Sabe []

E17. As meninas devem conservar a virgindade até ao casamento.

1. Sim [] 2. Não [] 3. Não Sabe []

E18. As mulheres/meninas que andam com camisinhas nas bolsas são “bandidas”.

1. Sim [] 2. Não [] 3. Não Sabe []

E19. Os rapazes entendem mais sobre o sexo que as raparigas.

1. Sim [] 2. Não [] 3. Não Sabe []

E20. Só o homem deve sempre tomar a iniciativa de fazer sexo.

1. Sim [] 2. Não [] 3. Não Sabe []

Agradecemos bastante a sua colaboração neste importante trabalho. Esperamos poder vos comunicar, dentro de pouco tempo, os resultados finais obtidos.

