

Universidade do Algarve

Mestrado em Psicologia da Saúde

**“Estudantes do Ensino Superior e Comportamentos de Risco
face ao VIH/SIDA”**

“A Realidade da Universidade do Algarve”

Pedro Augusto Rodrigues Preto

Orientador: Professor Doutor Saúl Neves de Jesus

Faro

2010

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Saúl Neves de Jesus pela orientação e pela enorme ajuda que me deu ao longo deste curso de Mestrado.

Ao Leonel, primo e amigo, uma ajuda fundamental na realização deste trabalho.

Aos meus pais, Fátima e Augusto, a eles devo tudo o que sou hoje, assim como a alegria e o orgulho de ter os melhores pais do mundo.

À minha irmã, Sónia, pelo incentivo constante e por todos os momentos de alegria juntos.

Aos meus amigos e familiares, por me terem apoiado neste trajecto e por ter tido a sua compreensão quando estive mais ausente.

À minha esposa, Maria, por todo o amor e carinho, e principalmente por nunca me ter deixado desistir.

RESUMO

Os múltiplos parceiros sexuais e as relações sexuais desprotegidas por parte dos jovens, aumentam exponencialmente o risco de contrair infecção por VIH, assim como outras doenças sexualmente transmissíveis. Estes dados contribuem para o facto de presentemente a SIDA ser considerada a quarta causa de morte a nível mundial para pessoas entre os 15 e os 24 anos (UNICEF, 2002).

Como afirma Kalichman (1995), esta é uma patologia à qual se associa frequentemente a adopção de certos comportamentos de risco, sendo que a alteração destes comportamentos é a principal forma de prevenção.

Neste estudo foram aplicados três questionários, aos alunos do 4º ano dos cursos de Enfermagem, Psicologia e Gestão, pertencentes aos quadros da Universidade do Algarve. Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Caracterização dos Estudantes Universitários (adaptado de Mourão e Torgal, 2000), o Questionário de Conhecimento do VIH (versão portuguesa traduzida e adaptada por Cruz, 1998) e o Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção Face à SIDA (desenvolvido e adaptado por Cruz, 1994).

As hipóteses estabelecidas para esta investigação foram:

- A idade da primeira relação sexual está correlacionada com o nível de conhecimentos dos estudantes inquiridos.
- Os conhecimentos sobre VIH estão directamente relacionados com a percepção de poder vir a estar infectado.
- As variáveis sócio demográficas influenciam os conhecimentos sobre VIH.
- A análise da percepção de poder vir a estar infectado(a) com o vírus da SIDA, varia de acordo com os comportamentos e a orientação sexual

Este estudo permitiu obter alguns resultados interessantes e que convergem com outras investigações realizadas, como por exemplo o facto de os alunos de Enfermagem terem obtido médias de respostas correctas (M=36,78), bastante superiores às obtidas pelos alunos de Gestão (M=32,05). É também de destacar o facto de 32 indivíduos

continuarem a pensar que o VIH pode ser contraído pelo uso de casas de banho públicas.

ABSTRACT

Multiple sex partners and unprotected sex among youth increase exponentially the risk of contracting HIV infection as well as other sexually transmitted diseases, making AIDS the fourth leading cause of death worldwide for people between 15 and 24 years (UNICEF, 2002).

As stated by Kalichman (1995), AIDS is frequently associated with the adoption of certain risk behaviors, so that changing these behaviors is the main form of prevention.

The data collection tools in this study were the Characterization of University Students Questionnaire (adapted from Torgal and Mourão, 2000), the HIV Knowledge Questionnaire (Portuguese version translated and adapted by Cross, 1998) and the Prevention with AIDS Behavior and Attitudes Questionnaire (developed and adapted by Cruz, 1994). The study population was composed by students from the University of Algarve in the fourth year of their degree in Nursing, Psychology or Management degrees.

The hypotheses established for this investigation were:

- The age of first intercourse is correlated with the level of knowledge of the students surveyed;
- Knowledge about HIV is directly related to the perception that you may be infected;
- The social demographic variables influence knowledge about HIV;
- The analysis of the perception of being able to be infected with the AIDS virus will vary with behavior and sexual orientation.

This study showed similar results with other investigations, such as the fact that Nursing students have a higher average of correct answers ($M = 36.78$) than the Management students ($M = 32.05$). It is also noteworthy that 32 individuals continue to think that HIV can be contracted by the use of public toilets.

SIGLAS

ADN – Ácido Desoxiribonucleico

APF - Associação de Planeamento Familiar

ARN – Ácido Ribonucleico

CNLCS – Comissão Nacional de Luta Contra a Sida

CVEDT- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

DST's - Doença Sexualmente Transmissíveis

EUA – Estados Unidos da América

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPSS - Statistical Package of the Social Sciences

UALG – Universidade do Algarve

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15 -
Parte I – Corpo Teórico	18 -
1 – VIH/SIDA.....	19 -
1.1 - FISIOPATOLOGIA DA INFECÇÃO	19 -
1.2 - FORMAS DE TRANSMISSÃO	23 -
1.2.1 - Transmissão Sexual	24 -
1.3 - MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA INFECÇÃO POR VIH/SIDA	25 -
1.4- ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA INFECÇÃO	26 -
2 – EPIDEMIOLOGIA DA INFECÇÃO.....	28 -
2.1 - NO MUNDO	29 -
2.2 EM PORTUGAL	30 -
3 - OS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR E A INFECÇÃO PELO VIH/SIDA . -	33 -
4- OS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR E A SEXUALIDADE.....	35 -
4.1- PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR.....	37 -
5. MODELO TEÓRICO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	40 -
5.1. Teoria da Acção Racional.....	41 -
Parte II-Trabalho de Campo	44 -
1. METODOLOGIA	45 -
2.TIPO DE ESTUDO	45 -
3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	46 -
3.1 Identificação das variáveis.....	46 -
3.2 Operacionalização das variáveis	47 -
4. FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES	51 -

5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	- 53 -
6. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	- 56 -
6.1 Questionário de Caracterização dos Estudantes Universitários.....	- 56 -
6.2 Questionário de Conhecimento do VIH.....	- 57 -
6.3 Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção Face à SIDA	- 57 -
7. PROCEDIMENTOS.....	- 59 -
8. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	- 60 -
8.1 Caracterização da amostra	- 61 -
8.2 Variáveis académicas.....	- 62 -
8.3 Ocupação dos tempos livres	- 63 -
8.4 Variáveis familiares	- 64 -
8.5 Estudo da variável idade	- 66 -
8.6 Comportamentos sexuais dos estudantes	- 69 -
8.6.1 Sexualidade	- 69 -
8.6.2 Idade da primeira relação sexual.....	- 70 -
8.6.3 Orientação sexual	- 72 -
8.7 Análise da percepção de poder vir a estar infectado(a) com o vírus da SIDA de acordo com os comportamentos e a orientação sexual.....	- 73 -
9. Conhecimentos sobre VIH/ SIDA.	- 76 -
9.1 Estudo da variável conhecimentos.....	- 79 -
9.2 Conhecimentos sobre VIH em função das variáveis sócio-demográficas	- 80 -
9.3 Conhecimentos VIH/SIDA em função das variáveis relativas à orientação sexual. -	82 -
9.4 Correlação entre os conhecimentos sobre HIV e idade da primeira relação sexual -	83 -
9.5 Correlação entre os conhecimentos sobre VIH e o risco percebido de poder vir a estar infectado.....	- 83 -
10. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	- 85 -

11. CONCLUSÕES	- 86 -
12. BIBLIOGRAFIA	- 88 -
ANEXOS.....	95
Anexo I - Questionário de Caracterização dos Estudantes Universitários.....	96
Anexo II- Questionário de Conhecimento do VIH.....	99
Anexo III -Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção Face à SIDA.	102

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela nº1- Participantes no estudo distribuídos por sexo, estado civil e idade.	61
Tabela nº2- Estudantes segundo o sexo e distribuídos pelo regime e licenciatura que frequentam.....	62
Tabela nº 3- Residência dos estudantes.....	63
Tabela nº 4- Distribuição dos alunos na variável “participação em actividades extracurriculares” e “tipo de actividades praticadas”.....	64
Tabela nº5- Resultados obtidos para a variável "Profissão do pai".....	65
Tabela nº6- Resultados obtidos para a variável "Profissão da mãe".....	66
Tabela nº7- Estatísticas descritivas da idade.....	67
Tabela nº8- Testes de normalidade efectuados para a variável idade.....	68
Tabela nº9- Descritivas da idade de acordo com as variáveis atributo da amostra.....	68
Tabela nº10- Início da actividade sexual. Percentagens para o total da amostra e por género sexual.....	70
Tabela nº11- Idades com que pela primeira vez os estudantes tiveram relações sexuais.....	71
Tabela nº12- Orientações sexuais dos alunos participantes no estudo.....	72
Tabela nº13- Estudantes distribuídos de acordo com o risco percebido de poder vir a estar infectado com o vírus da SIDA.....	73

Tabela nº14- Médias obtidas na escala de risco de infecção pelas categorias dicotómicas das variáveis comportamentais.....	75
Tabela nº15- Número de alunos que, por cada afirmação, acertaram e erraram as respostas no questionário de conhecimentos.....	77
Tabela nº16- Estatísticas descritivas relativa à variável conhecimentos sobre VIH.....	80
Tabela nº17- Médias obtidas no teste de conhecimentos sobre VIH e características dos participantes.....	81
Tabela nº18- Médias obtidas no questionário de conhecimentos VIH/SIDA em função das variáveis relativas à orientação sexual.....	82
Tabela nº19- Correlações encontradas entre as pontuações do teste de conhecimentos e a idade da primeira relação sexual.....	83
Tabela nº20- Coeficiente de correlação calculado para as variáveis “conhecimentos” e “percepção do risco de poder vir a estar infectado”.....	84

ÍNDICE DE FÍGURAS

	Pág.
Figura 1 – Reprodução do VIH.....	21
Figura 2 - Casos de SIDA: Tendências Temporais nas 3 principais categorias de transmissão.....	32

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Distribuição dos casos e mortes segundo a residência	16
Quadro 2 - Factores determinantes do comportamento segundo a Teoria da Acção Racional.....	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico nº1- Histograma e diagrama de extremos obtidos para a variável idade.....	67
Gráfico nº2- Representação gráfica da idade com que os estudantes iniciaram actividade sexual.....	71
Gráfico nº3- Histograma e diagrama de folhas obtidos para a variável conhecimento..	80

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) matou mais de 20 milhões de pessoas nos últimos 20 anos e, até hoje, não foi possível encontrar nem uma cura nem uma vacina eficazes para lutar contra esta ameaça que afecta pessoas de todas as idades, em todos os continentes. A maioria das infecções no mundo é transmitida sexualmente, sendo a forma principal de transmissão do vírus através de contacto heterossexual. A infecção por VIH/SIDA é a quarta causa de morte a nível mundial (Comissão Nacional de Luta contra a Sida (CNLCS), 2005).

Segundo Ferreira (2002), a eclosão da epidemia do VIH/SIDA constitui não só o aparecimento de uma nova doença transmissível, associada a comportamentos de risco, mas também um novo quadro psicossociológico no seio das pessoas atingidas directa ou indirectamente pelo vírus. Trata-se de uma doença de carácter epidémico, com grande impacto psicossocial e cujo caminho para a erradicação ainda não foi encontrado. Assim sendo, a prevenção continua a ser a chave para enfrentar este flagelo.

Sendo uma doença que combina determinantes sociais, culturais, económicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos, não é de surpreender a necessidade de adequar e adaptar as intervenções e as estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA, aos grupos e contextos sociais a que se destina. Além disso, há que ter em conta o estigma e o medo que envolvem a doença e que constituem um entrave considerável na delimitação de estratégias e intervenções para a sua prevenção (Meireles & Prazeres, 2001).

O VIH/SIDA constitui uma temática de investigação pertinente, devido ao facto de actualmente, ser um grave problema de Saúde Pública, especialmente nos países subdesenvolvidos. Em Portugal, o quadro epidemiológico relativamente à infecção pelo VIH/SIDA é preocupante, principalmente se inserido no contexto europeu (Pombo, 2002). Embora seja possível a realização de inúmeras investigações relacionadas com esta patologia, optou-se por se cingir aos comportamentos de risco adoptados pelos estudantes do Ensino Superior face ao VIH/SIDA. Esta escolha deve-se ao facto desta patologia ter uma elevada incidência no Algarve, sendo Faro um dos distritos mais atingidos . (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P., Departamento de

Doenças Infecciosas; Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica; *Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas* em colaboração com Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, (CNLCS) 2010).

Distribuição dos casos e mortes segundo a residência*		
01/01/1983 – 31/12/2009		
Residência	Casos	Mortes
Portugal	15 274	7 324
Aveiro	348	176
Beja	84	35
Braga	369	168
Braçança	59	21
Castelo Branco	88	48
Coimbra	258	131
Évora	106	46
Faro	551	249
Guarda	57	32
Leiria	332	172
Lisboa	6 359	3 037
Portalegre	43	14
Porto	3 591	1 902
Santarém	323	123
Setúbal	2 087	897
Viana do Castelo	108	51
Vila Real	66	36
Visou	188	79
Açores	101	47
Madeira	156	60
Estrangeiro	117	63
África	71	39
Europa	29	15
América do Norte	7	2
América do Sul	10	7
Ásia	0	0
Oceania	0	0
Não referida	294	88
Total	15 685	7 475

*Residência à data da notificação

Quadro 1 – Distribuição dos casos e mortes segundo a residência

Optou-se pelos estudantes do Ensino Superior, uma vez que se inserem numa faixa etária com propensão a comportamentos de risco, tais como o consumo de álcool, drogas, violência, sexo desprotegido, sexo com múltiplos parceiros, entre outros.

Foi dado ênfase aos comportamentos sexuais de risco, uma vez que a “...a transmissão sexual é responsável por mais de 75% de todas as infecções por VIH no mundo” (CNLCS, 2005)

A estrutura deste trabalho assenta numa primeira parte teórica onde vai ser abordada a temática VIH / SIDA, nomeadamente a fisiopatologia da infecção e formas de transmissão.

De seguida irão ser analisados os dados epidemiológicos do vírus VIH / SIDA, no Mundo e em Portugal. A segunda parte do trabalho irá incidir no trabalho de campo efectuado, desde a metodologia utilizada, formulação de hipóteses e caracterização da amostra.

Finalmente teremos a apresentação e discussão dos resultados, seguida das conclusões atingidas e a bibliografia utilizada.

PARTE I

CORPO TEÓRICO

1 – VIH/SIDA

Em todo o Mundo, a disseminação do VIH continua em ritmo alarmante. Esta pandemia criou um impacto dramático e frequentemente devastador em muitos países.

Segundo Fauci *et al* (1998), citado em Alvarez (2005), o VIH é um lentivírus da família dos retrovírus. É constituído por moléculas de ácido ribonucleico (ARN), com uma única cadeia e possui envelope formado por proteínas.

De acordo com o mesmo autor, existem dois tipos de vírus da imunodeficiência humana, o VIH-1 e o VIH-2. O VIH-1 é o vírus de imunodeficiência humana mais predominante, nomeadamente na Europa, apesar de Portugal ser o país europeu onde se encontra o maior número de infectados com VIH-2. Neste tipo de vírus, o período entre a infecção e a doença é mais prolongado e afecta com maior incidência as populações da África Ocidental.

1.1 - FISIOPATOLOGIA DA INFECÇÃO

Desde o tempo de Florence Nightingale, que os enfermeiros prestam cuidados a indivíduos e famílias com doenças transmissíveis, às quais pertence a SIDA. Smeltzer & Bare (2002, p.1289) definiram-na como "...a forma mais grave de um espectro de doença associadas à infecção pelo VIH". Para Phipps *et al* (1999, p. 2295) "...a SIDA é provocada pelo VIH, estando nos indivíduos infectados com este vírus, presente a incapacidade do organismo combater várias infecções e forma raras de cancro".

De acordo com Phipps *et al* (1999), a infecção pelo VIH compromete gravemente o sistema imunitário, apresentando este como função a protecção do organismo contra infecções, mutações e toxinas ambientais. As células deste sistema são compostas pelos macrófagos, monócitos e linfócitos, dividindo-se estes últimos em T e B. Por sua vez, os linfócitos T subdividem-se ainda em células T4, indutoras ou auxiliares, células T8, citotóxicas ou supressoras. Todas estas células intervêm na resposta imunitária e possuem uma função específica e insubstituível, o que permite a sua interacção, tornando-as altamente interdependentes.

É a nível das células T4 (que se formam na medula e se desenvolvem no timo) que o VIH tem maior propensão para actuar, podendo contudo invadir outras células do sistema imunitário incluindo as células B e os macrófagos. (Phipps *et al*, 1999)

Os linfócitos T4, ou auxiliares possuem várias funções:

- Identificam, células infectadas, marcadores ou antigénios estranhos e auxiliam, com base nesse reconhecimento, na activação específica dos linfócitos B. Estes, estimulados pelo antigénio, multiplicam-se, diferenciam-se e produzem anticorpos específicos ligando-se às células infectadas e aos microorganismos livres (portadores do respectivo antigénio), inactivando ou contribuindo para a sua destruição;
- Coordenam e participam na imunidade mediada por células (destruição das células infectadas ou tumorais pelos linfócios T8 ou macrófagos);
- Influenciam a actividade dos monócitos e macrófagos que possuem como função a destruição das células infectadas, microorganismos e partículas estranhas. Depois de activados (por mediação dos linfócitos T4), os macrófagos e os monócitos podem também destruir as células tumorais;
- Segregam citocinas, algumas das quais essenciais para a produção de linfócitos T e B.

A perda ou bloqueio funcional dos linfócitos T4 perturba gravemente a capacidade do organismo humano em combater a maioria dos agentes infecciosos invasores, tendo um efeito particularmente marcado na diminuição da resistência contra vírus, fungos, parasitas ou microbactérias, cuja neutralização exige uma resposta imunitária mediada por células, coordenada e eficaz. Desta forma, quando o indivíduo é infectado pelo VIH, o seu sistema imunitário fica afectado tornando-se imunodeprimido.

O vírus VIH entra no sistema sanguíneo, infectando e multiplicando-se dentro dos linfócitos T4, também conhecidos como células CD4, que fazem parte do sistema imunitário. Ao penetrar na célula, através da ligação que as proteínas do VIH estabelecem com os receptores de células CD4, o VIH transforma o seu código genético de ARN em ADN. Esta transformação só é possível através de uma enzima chamada transcriptase reversa, que lhe permite reproduzir-se e destruir estas células. Esta

reprodução ocorre porque o VIH introduz uma cópia dos seus genes na célula CD4. Quando esta célula se reproduz, o vírus também é reproduzido, originando um novo vírus e destruindo a célula hospedeira (Figura 1). (Waghabi, 2005)

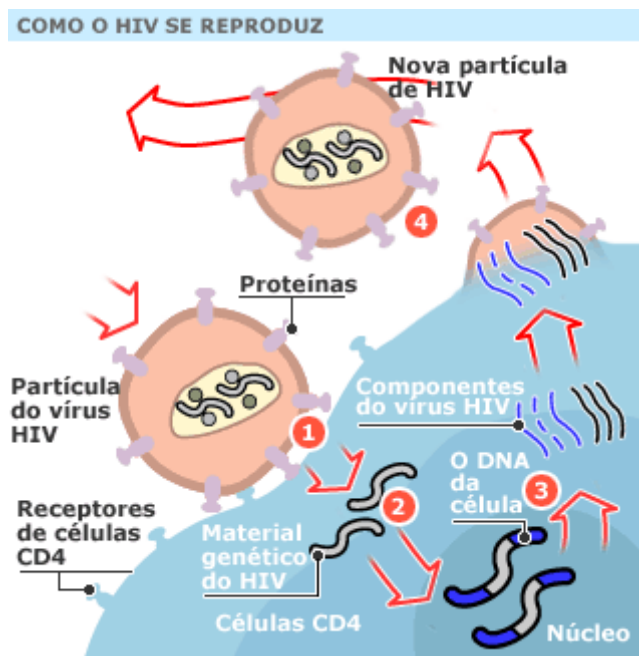


FIGURA 1 – Reprodução do VIH

FONTE: Waghabi: AIDS – www.abcd aids.com.br. 2005

Segundo Waghabi, (2005), sob a acção do vírus, a função de defesa fica enfraquecida e deixa a pessoa mais vulnerável à actuação de bactérias e vírus, que provocam doenças oportunistas, a causa de morte dos indivíduos seropositivos. É o caso de formas raras de pneumonia, toxoplasmose, candidíase, meningite criptocócica e cancro como o Sarcoma de Kaposi.

Ainda de acordo com a mesma autora (2005), as células CD4 são um elemento fundamental do sistema imunitário, pois informam outras células de defesa sobre a necessidade de combater o vírus. O VIH destrói as células CD4 e quando a sua contagem baixa, a resposta do organismo torna-se inadequada. O vírus cria, diariamente, dez milhões de novos vírus, destruindo a mesma quantidade de células CD4. Todos os dias o organismo produz células CD4 para repor a diferença, mas, a partir de certa altura, deixa de ser capaz de o fazer. Quando a contagem diminui para menos de 200 unidades por ml de sangue, diz-se que o seropositivo passou a ter SIDA.

As fases da patologia, são classificadas por Phipps *et al* (1999) em: infecção aguda, infecção assintomática, linfadenopatia generalizada persistente e outras doenças por VIH (complexo relacionado com SIDA, doença neurológica, doenças infecciosas secundárias e neoplasias secundárias).

Imediatamente após a infecção pelo VIH, Parham (2001), refere que o indivíduo pode permanecer assintomático, ou sofrer transitoriamente um quadro similar ao gripal. Em ambas as situações, o vírus torna-se abundante no sangue periférico enquanto que o número de células CD4 diminui. Seguidamente ocorre a activação de uma resposta imune específica para o VIH, em que anticorpos anti-VIH são produzidos e as células T citotóxicas são activadas destruindo as células infectadas pelo vírus. Esta resposta reduz a carga viral transportada e provoca um aumento do número de células CD4 circulantes.

A fase inicial da infecção é seguida por um período assintomático, também denominado "lactência clínica". A infecção pelo VIH pode permanecer adormecida durante vários anos, não produzindo quaisquer sintomas clínicos. No decorrer desta fase de infecção, que pode durar de 2 a 15 anos, existe infecção persistente e replicação do VIH nas células CD4, provocando uma redução gradual do número de células T. Este período de incubação prolongado é perigoso, uma vez que o indivíduo pode apresentar-se assintomático mas contagioso. (Phipps *et al*, 1999)

Posteriormente a esta fase, o número de células CD4 é menor do que o exigido para o sistema imunitário desenvolver respostas imunes efectivas contra outros agentes infecciosos. Esta transição corresponde ao fim da infecção assintomática e ao início do período de imunodeficiência crescente, assim como ao início da SIDA. (Parham, 2001)

1.2 - FORMAS DE TRANSMISSÃO

Para Phipps *et al* (1999), após a contaminação pelo VIH o portador pode transmitir o vírus quer presente ou não, manifestações clínicas de SIDA. Desta forma, o VIH pode ser transmitido através do contacto com líquidos orgânicos que contêm o vírus: sangue, sémen, secreções vaginais, líquido amniótico, leite materno, líquido cefalorraquidiano, urina, fezes e saliva. A capacidade de infectar depende, quer do subtipo do VIH, uma vez que o VIH-1 possui maior virulência que o VIH-2, quer da carga viral (quantidade de VIH presentes nos fluidos corporais) da pessoa infectada que, quanto maior for, maior será a capacidade para infectar as pessoas expostas às suas secreções corporais.

Referem (Smeltzer & Bare, 2002) que o sangue e o líquido cefalorraquidiano dos indivíduos infectados pelo VIH são os líquidos orgânicos que contêm concentrações mais elevadas do vírus, pelo que se constituem como os meios de transmissão mais prováveis. Pelo contrário, na urina, nas fezes e na saliva, as concentrações de VIH são mais reduzidas não existindo provas de que a transmissão da doença ocorra através destas secreções orgânicas

Segundo Sheehy's (2001), desconhece-se qual é o período de contágio, mas pensa-se que se inicia pouco depois do início da infecção por VIH, prolongando-se por toda a vida. É de salientar que existe um aumento da infecciosidade com o aumento da imunodeficiência, sintomas clínicos e presença de outras doenças sexualmente transmissíveis.

Assim, para Phipps *et al* (1999) as três formas principais da transmissão são: a via sexual, a via parental ou sanguínea e a vertical ou materno-infantil.

Neste projecto de investigação vamos restringir-nos aos comportamentos sexuais de risco, já que a "...a transmissão sexual é responsável por mais de 75% de todas as infecções por VIH no mundo". (CNLCS, 2005)

1.2.1 - Transmissão Sexual

Segundo Smeltzer & Bare (2002), o contacto sexual constitui o principal modo de transmissão do VIH a nível mundial, tendo-se inicialmente associado a sexualidade como a forma de transmissão sexual mais comum. Actualmente, e já há algum tempo, sabe-se que é a transmissão heterossexual a modalidade que prevalece em todo o mundo, essencialmente nos países em desenvolvimento.

As relações sexuais anais foram a primeira via de transmissão identificada, sendo também uma das vias de transmissão mais eficazes, especialmente nos parceiros receptivos (tanto num relacionamento homossexual como num heterossexual). O elevado risco desta prática relaciona-se, por um lado, com a grande vascularização do tecido rectal/anal, por outro lado, com a maior probabilidade de ocorrerem fissuras durante a penetração, (e eventual hemorragia) uma vez que a cavidade anal não apresenta a lubrificação que facilita a penetração, ao contrário do que acontece na cavidade vaginal.

As relações sexuais vaginais constituem a maior parte das infecções a nível mundial. Nelas, a mulher apresenta um risco mais elevado, (existe um risco aproximadamente vinte vezes maior de transmissão do VIH de um homem para uma mulher do que de uma mulher para um homem, por relação vaginal). Isto deve-se à prolongada exposição da mucosa vaginal e cervical, assim como do endométrio ao sémen infectado. Verifica-se o oposto com o período, relativamente curto, que o pénis e o orifício uretral são expostos ao líquido vaginal infectado (Fauci & Lane, 1995).

De acordo com Fauci & Lane (1995), o sexo oral, por sua vez, é um meio com menor probabilidade de transmissão do VIH, uma vez que a própria saliva possui enzimas que inactivam grande parte do vírus. Contudo, existem diferenças entre o risco nos diversos tipos de sexo oral, com um maior risco nos contactos boca-pénis do que nos contactos boca-vagina, assim como o aumento substancial do risco de existirem lesões genitais ou orais.

Um outro aspecto a considerar, que aumenta a possibilidade de transmissão sexual do VIH é a presença de outras DST's (Doença Sexualmente Transmissível). Estas, habitualmente, são responsáveis pela presença de ulcerações nas mucosas aumentando assim a possibilidade de contacto entre sémen/sangue, fluidos

vaginais/sangue e entre sangue/sangue. (Fauci & Lane, 1995).

Referem ainda os autores acima referenciados (1995) que o facto de o indivíduo infectado se encontrar no início da infecção ou num estado de SIDA influencia a eficácia da transmissão, uma vez que a probabilidade de infecção aumenta com a evolução da patologia, sendo mais elevada quando o indivíduo apresenta sintomas.

1.3 - MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA INFECÇÃO POR VIH/SIDA

Os indivíduos com infecção por VIH desenvolvem um grande número de doenças resultantes da imunossupressão induzida pelo vírus, denominadas de infecções oportunistas. Tal facto, resulta dos agentes patogénicos beneficiarem do estado de supressão do sistema imune, nomeadamente das respostas mediadas pelas células T. (Fauci & Lane, 1995).

Segundo os mesmos autores (1995), muitas das infecções oportunistas estão disseminadas e são complexas, pelo que tendem a ser resistentes aos tratamentos. O tipo de localização e a gravidade da infecção reflectem a intensidade da imunossupressão. Após a fase aguda, predominam as doenças orais e cutâneas nos indivíduos, na fase inicial e na fase média da doença. Subsequentemente, nos últimos estágios da infecção por VIH, os indivíduos apresentam frequentemente infecções oportunistas e/ou tumores malignos que se manifestam mais geralmente nos sistemas respiratório, gastrointestinal e nervoso central. Referem ainda que após a infecção pelo VIH, calcula-se que 30% a 50% dos indivíduos apresentem manifestações clínicas que tipicamente surgem duas a quatro semanas após a contaminação. Os sinais e sintomas são caracterizados por: febre, cefaleias, dor de garganta, exantema, linfadenopatia, mialgias, ulcerações de mucosas (oral, vaginal e peniana) paralisia facial e hepatoesplenomegalia. Deste modo, as manifestações mais frequentes são a nível: do sistema linfático, gastrointestinal e respiratório, as ulcerações mucocutâneas e as manifestações dermatológicas neurológicas e oncológicas.

1.4- ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA INFECCÃO

A infecção pelo VIH/SIDA é uma patologia com elevado impacto psicossocial, relacionado com o carácter epidémico, transmissível, incurável e letal da doença e pelo facto de inicialmente ter sido associada à homossexualidade e à toxicodependência. Estas características da patologia facilitaram a criação de um duplo estigma: a doença grave que pode ser transmitida a outros e doença associada a pessoas e grupos já marginalizados antes da existência da epidemia. Estão assim estabelecidas duas condições fundamentais para a existência de atitudes discriminatórias e culpabilizadoras por parte da sociedade, que relacionou muitas vezes esta patologia a um castigo para certos comportamentos desviantes (Nabais, 1998).

Segundo Devita (1991), apesar de actualmente serem bem conhecidas as formas de transmissão e de se saber que o vírus não se transmite através dos contactos sociais, existem na sociedade receios persistentes, relacionados quer com o desconhecimento das pessoas sobre as formas de transmissão, quer com o cepticismo relativamente às evoluções no conhecimento/tratamento da patologia. Estes medos, muitas vezes irracionais, são responsáveis pela discriminação relativamente aos indivíduos VIH positivos e que pode ocorrer a vários níveis: emprego, organizações de saúde, serviços públicos, recusa de contratos por parte das seguradoras.

De acordo com Sousa (1999), a complexidade e a multiplicidade de problemas que envolvem os indivíduos com esta doença e o terror produzido pela sua nova condição, afecta a sua vida e dos com quem eles vivem e que deles cuidam.

Estando a SIDA associada a um estigma social, desperta sentimentos de vergonha, culpa e medo, sendo também gerados sentimentos de grande sofrimento que são agravados pela incerteza e insegurança sentidas relativamente ao futuro. A revelação de uma seropositividade faz com que o indivíduo atravesse um período de grandes mudanças no plano biológico, social e das relações, constituindo um momento difícil na vida da pessoa e exigindo por parte desta um enorme esforço de permanente adaptação às novas condições de vida a nível pessoal, familiar e sócio-profissional. Esta mudança, melhor ou pior aceite, será sempre vivenciada num contexto de insegurança e angústia, agravado pelo isolamento familiar e, por vezes sócio-profissional. Origina-se desta forma, um estado de insegurança e vulnerabilidade, face a problemas e situações

de mudança, sentindo-se incapaz de os resolver, atingindo graves proporções de destruição eminente, bem como, o confronto com perdas e destruições sucessivas (Nabais, 1998).

O medo, apreensão, ansiedade e por vezes, crises de pânico são na opinião de Sousa (1999), comuns aquando do conhecimento do diagnóstico da infecção pelo VIH. As manifestações de estados depressivos são frequentes, tais como o isolamento, abandono e rejeição, culpa e recriminação relativamente ao estilo de vida anterior, ausência de cura e inevitabilidade de desfiguramento físico, incapacidade e proximidade da fase terminal.

Ainda segundo Sousa (1999), os sentimentos de culpabilidade são frequentes, dirigidos a comportamentos de alto risco no passado, e à possibilidade de involuntária infecção de outros indivíduos. O risco de suicídio é também comum, principalmente em pessoas mais sensíveis à sua alteração física. A agressividade pode exteriorizar-se com o intuito de propagação deliberada da doença, ou ser dirigida aos que deles cuidam: técnicos de saúde, familiares, amigos e conhecidos. Esta agressividade não é directamente dirigida a estas pessoas, mas encontra-se relacionada com a revolta que sentem devido à sua condição física.

Neste sentido, Nabais (1998), refere que o seropositivo se depara com uma série de sentimentos. Por um lado, é “refém” de um vírus, e por outro, de uma sociedade que o estigmatiza e discrimina, contribuindo desta forma, para o seu isolamento e consequente declínio prematuro.

2 – EPIDEMIOLOGIA DA INFECÇÃO

Reflectir sobre a situação epidemiológica da SIDA em Portugal e no resto do mundo assume um papel fundamental, não só pela sua dimensão e perfil evolutivo, mas também pela carência das respostas que as entidades oficiais, as Organizações não Governamentais e a Comunidade em geral têm dado a este desafio". (Caetano, 1998, p. 181)

Segundo o mesmo autor, a colheita de dados epidemiológicos sobre a infecção pelo VIH/SIDA constitui um pilar essencial para a formulação e implementação de estratégias de prevenção e controle da doença uma vez que, os dados obtidos permitem inferir sobre a incidência, prevalência e mortalidade da doença, elaborar estimativas (projeções) da epidemia e identificar grupos de alto risco. Permite também detectar mudanças das características da doença, formular e implementar estratégias apropriadas para a sua prevenção e controle, bem como avaliar a eficácia dessas mesmas estratégias.

Nesta perspectiva, é importante analisar a curva epidémica da SIDA, afim de observar a sua evolução. No passado verificava-se que, após uma primeira explosão do número de pessoas infectadas, se seguia uma fase estacionária, em plataforma, à qual se sucedia, após um período de tempo variável, a mudança para uma curva descendente, relacionada com a selecção dos indivíduos mais resistentes, o aparecimento de microrganismos menos virulentos e a descoberta de estratégias para o controle da doença. (Montagnier citado em Cardoso, 1999)

Segundo Montagnier citado por Cardoso (1999), a disseminação da infecção pelo VIH/SIDA deveu-se a três grandes vagas. Na primeira, a doença propagou-se nos Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Austrália, Europa Ocidental, Norte de África e América Latina no final dos anos 70, por meio de relações homossexuais, bissexuais e da utilização de drogas endovenosas, sendo a transmissão heterossexual rara. A situação alterou-se na segunda vaga, em que a transmissão heterossexual teve uma progressão marcada, em particular na África Subsariana, com igual número de homens e mulheres infectados no início da epidemia. Posteriormente, nessa zona, o número de mulheres infectadas ultrapassou número de homens, sendo a razão de 6 para 1 em determinadas regiões. A terceira vaga desenvolveu-se a partir de meados dos anos 80 na Ásia, na Europa Ocidental e no Médio Oriente, assumindo contornos

preocupantes no Sudoeste Asiático devido à grande densidade populacional e ao rápido desenvolvimento que teve lugar na década anterior.

Desde então, várias estratégias têm sido colocadas em prática para travar a propagação da doença, contudo os dados epidemiológicos demonstram um cenário preocupante à escala mundial. É ainda de referir que o número de casos de SIDA poderá ficar muito aquém do real, uma vez que se baseia no número de casos notificados. Contudo, o número de casos de SIDA inclui o número de pessoas infectadas com o vírus até cerca de dez, ou mais anos antes, tornando impossível saber ao certo quantas pessoas estão infectadas pelo VIH num determinado momento. Desta forma, as estatísticas referentes ao número de pessoas infectadas pelo vírus são calculadas por estimativa. (Kalichman citado em Cardoso, 1999)

2.1 - NO MUNDO

A SIDA, segundo Veiga (2000), tem afectado os escalões etários mais produtivos, feito milhões de órfãos e diminuído consideravelmente a esperança de vida, sendo definida como a pandemia mais grave do mundo actual.

No final de 2008 existiam no Mundo, 34, 4 milhões de pessoas infectadas com o vírus do VIH. Deste número, 31,3 milhões são adultos, dos quais 15,7 milhões são mulheres. Quanto ao número de pessoas com menos de 15 anos de idade, este cifrava-se pelos 2,1 milhões. Durante este ano de 2008, surgiram 2,7 milhões de novos casos de infecção por VIH em todo o mundo.

Apesar de nos últimos anos se terem aumentado os conhecimentos básicos sobre o VIH/SIDA entre os jovens, em muitos países ainda continuam a ser baixos, particularmente nas mulheres mais jovens. Acresce a esta preocupação o facto de, em apenas 1 % dos países gravemente afectados, as mulheres grávidas terem acesso a serviços de prevenção da transmissão materno-infantil do VIH. Perante esta situação a UNAIDS/OMS (2008), alerta que as comunidades protectoras contra o impacto da epidemia deveriam ser ampliadas com urgência, ao verificar-se que, na maioria dos países com índices altos de infecção, não existem programas adequados para "órfãos" de SIDA"

Os dados referenciados pela UNAIDS/OMS (2008), indicam que a África Subsariana continua a ser razão de alerta. Em 2008, existiam 22,4 milhões de pessoas infectadas, com 1,9 milhões de novas infecções nesse ano.

2.2 EM PORTUGAL

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P., Departamento de Doenças Infecciosas; Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica; *Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas* em colaboração com Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, (CNLCS) 2010). Podem os afirmar que entre *1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2009* foram recebidas no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, notificações de **2 489** casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, nos vários estadios, dos quais **1 107** (44,5%) diagnosticados nesse mesmo período.

O mesmo autor refere ainda que para os *1 107 casos com data de diagnóstico no ano de 2009*, a distribuição de acordo com as principais *categorias de transmissão* e o estadio é a seguinte:

- * Heterossexuais (677): 177 casos de SIDA; 86 casos sintomáticos não-SIDA; 414 casos de Portadores Assintomáticos (P.A);
- * Toxicodependentes (164): 70 casos de SIDA; 9 casos sintomáticos não-SIDA; 85 casos de PA;
- * Homo/Bissexuais (218): 39 casos de SIDA; 37 casos sintomáticos não-SIDA; 142 casos de PA;

Em síntese, durante o ano de 2009, a categoria de transmissão “heterossexual”, para o total de casos nesta categoria, regista 61,2% dos casos notificados (PA, Sintomáticos não-SIDA e SIDA), a transmissão associada à toxicodependência apresenta o valor de 14,8% e os casos homo/bissexuais são 19,7% do total.

A 31 de Dezembro de 2009, encontravam-se notificados **37 201 casos de infecção VIH/SIDA** nos diferentes estadios de infecção.

O número de casos associados à infecção por transmissão sexual (heterossexual) representa o segundo grupo com 41,1% dos registos e a transmissão sexual (homossexual masculina) apresenta 12,7% dos casos; as restantes formas de transmissão correspondem a 4,5% do total. Os casos notificados de infecção VIH/SIDA, que referem como forma provável de infecção a transmissão sexual (heterossexual), apresentam uma tendência evolutiva crescente. O **total acumulado** de casos de **SIDA em 31 de Dezembro de 2009**, era de **15 685**, dos quais **494** causados pelo vírus **VIH2** e **197** casos que referem infecção associada aos vírus VIH1 e VIH2.

Em **2009**, os **casos de SIDA** apresentam a confirmação do padrão epidemiológico registado anualmente desde 2000. Foram notificados 297 casos, verificando-se um aumento *proporcional* do número de casos de transmissão heterossexual (59,6%, do total de casos) e menor número de casos associados à toxicod dependência (23,6%).

Os “**Portadores assintomáticos**” são predominantemente jovens com mais de 20 anos e indivíduos até aos 39 anos, constituindo o maior número de casos notificados (69,4%) neste grupo. Constatamos o elevado número de casos de infecção VIH assintomáticos, associados principalmente a duas categorias de transmissão: “*heterossexuais*” representando 44,6% do total de PA notificados, bem como “*toxicodependentes*” (38,1%). Contudo, analisando os anos 2002-2009, verificamos que o padrão da tendência temporal nos casos assintomáticos regista flutuações da tendência observada, resultante do facto da categoria de transmissão “heterossexual” apresentar valores percentuais diversos entre 2002-2009, em relação ao total de casos notificados em cada ano, enquanto os “toxicodependentes” confirmam a tendência proporcional decrescente.

Os casos sintomáticos não-SIDA (“**Complexo Relacionado com SIDA**”, na **designação clássica**) constituem um grupo com menor número de casos, cujas características epidemiológicas, em relação aos principais parâmetros, seguem o padrão epidemiológico anterior. Neste grupo, 43,8% correspondem a casos na categoria de transmissão heterossexual e 34,2% a indivíduos “toxicodependentes”.

Tendência temporal 2005 – 2009

Para os casos diagnosticados entre 2005 e 2009, as *proporções* nas diferentes categorias de transmissão são variáveis, registando-se para a categoria de transmissão heterossexual: 45,9% (2005) e 59,6% (2009); para a categoria “toxicodependentes”: 44,0% (2005) e 23,6% (2009), enquanto que para a transmissão sexual (homossexual) observam-se os valores: 7,9% (2005) e 13,1% (2009) (Figura 2)

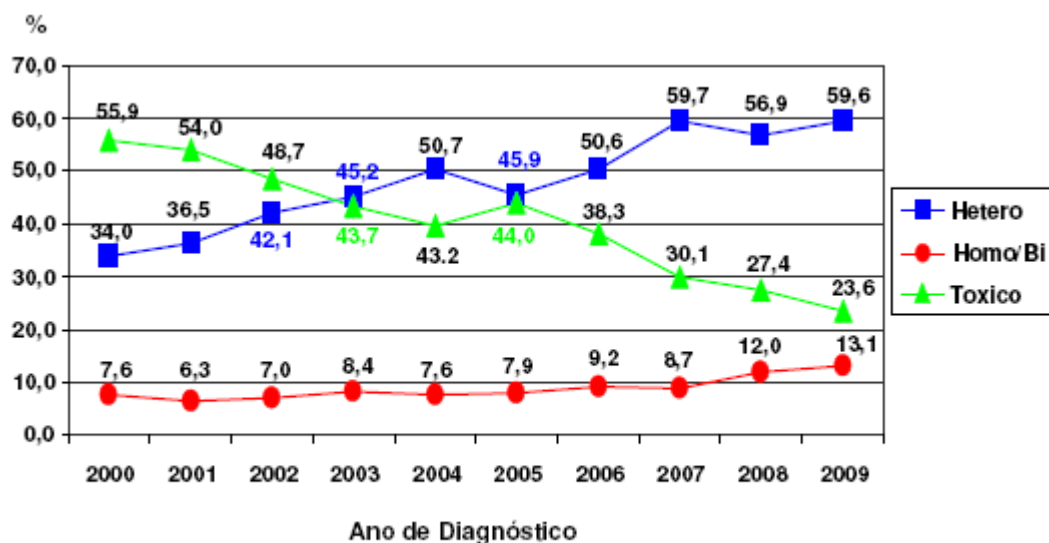


Fig : 2 Casos de SIDA: Tendências Temporais nas 3 principais categorias de transmissão

3 - OS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR E A INFECÇÃO PELO VIH/SIDA

Através dos dados fornecidos pela CVEDT (2009), podemos constatar que em Portugal a taxa de incidência do VIH tem uma expressão relativamente baixa nos adolescentes e jovens adultos. Contudo é nos grupos etários compreendidos entre os 20 e 49 anos que se verificam a maioria dos casos de SIDA.

Segundo Cardoso (1999), tendo em conta o período de tempo que vai desde o contacto com o VIH até ao aparecimento de manifestações suficientemente graves que impliquem o diagnóstico de SIDA, é possível que muitos desses indivíduos tenham sido infectados na adolescência ou na juventude, onde os comportamentos de risco são mais frequentes.

Não existindo ainda cura ou vacina para a infecção pelo VIH/SIDA, os objectivos continuam a ser, prevenir novas infecções e apoiar da forma mais adequada os infectados, sendo fundamental neste desafio informar, educar e trocar experiências (Caetano, 2004).

Nodin (2001), refere que os jovens, pelas características que lhes são inerentes, constituem-se como um grupo que interessa particularmente apoiar, sendo necessário o desenvolvimento de estudos comportamentais e de atitudes, particularmente no âmbito da sexualidade e toxicodependência, onde se verifica a maior adopção de comportamentos de risco.

A juventude é, para Nodin (2001), um período de grandes mudanças a vários níveis: familiares, sociais, emocionais e pessoais. Contudo, na opinião de Cláudio e Mateus (2000), é também um período que reúne a capacidade de viver e sonhar sem limites as primeiras experiências que ensaiam a vida adulta, com avidez e sem protecção, dado que frequentemente são expostas emoções e afectos.

Importa, no entanto esclarecer, o que se entende por juventude e quais as características subjacentes que tornam os jovens num grupo de particular interesse quando se aborda a adopção de comportamentos de risco face à infecção pelo VIH/SIDA.

A adolescência provém do termo *adolescere* que significa crescer, desenvolver-se e, em termos cronológicos pode situar-se num período de transição entre a infância e a idade adulta. Para Nodin, (2001), a adolescência situa-se no período compreendido entre a puberdade, que se caracteriza pelo aparecimento da capacidade reprodutiva e o início da idade adulta. No entanto, esta definição torna difícil o estabelecimento de limites cronológicos rígidos para esta fase, dado que o início da vida adulta caracteriza-se por uma extensão da situação de dependência relativamente aos progenitores, quer por factores de ordem económica quer por factores de ordem afectiva. Desta forma, utiliza-se o termo juventude quando se fala no período de transição para a vida adulta. Apesar da dificuldade em ser definida em termos etários, o mesmo autor considera jovens adultos aqueles com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos.

Nodin, (2001), refere que tal como a adolescência, também a juventude se constitui, muitas vezes, como um período de crise devido a questões de dependência e autonomia que se colocam nesta fase com a entrada no mercado de trabalho e com a perspectiva de saída da casa dos pais. Afirma ainda que o jovem adulto vai experimentando um processo de individualização lento e progressivo que se assume como um período de inúmeras oportunidades e vulnerabilidades. Uma vez que o jovem vê alargada a sua autonomia e circuitos de relação, experimentando novas relações de intimidade e conhecimento do outro, que incluem relações sexuais progressivas e integradas. As vulnerabilidades, devem-se à tentativa do jovem encontrar a sua autonomia e os seus limites num complexo processo de maturação que poderá acarretar consigo factores de risco acrescido.

A entrada no ensino superior, as expectativas criadas e o início de um registo de vida adulta, bem como os sentimentos e atitudes de distanciamento/desenraizamento face ao grupo familiar e de pertença que por vezes o ir para uma faculdade distante implica, poderão também facilitar a adopção de comportamentos sexuais de risco e de consumo aditivo por parte dos jovens (Cardoso, 1999).

A caracterização deste grupo passa, de acordo com Cardoso (1999), inevitavelmente por uma “cultura de invulnerabilidade” e falsos sentimentos de segurança e protecção, aliados a uma variedade de comportamentos que os jovens adoptam para fazer face às pressões sociais e afectivas do grupo em que se inserem, fazem com que sejam um grupo de particular interesse no âmbito da prevenção da

infecção pelo VIH/SIDA.

4- OS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR E A SEXUALIDADE

A sexualidade encontra-se tão intimamente ligada à natureza humana que evoluiu com o Homem, adaptando-se à sua complexa realidade. Devido a factores de ordem moral, social e cultural, a sexualidade e tudo o que lhe é inerente está, muitas vezes, envolto em numerosos tabus. Actualmente, é ainda um assunto de difícil abordagem devido a um conjunto de condicionantes que inibem a expressão dos pensamentos, das atitudes e das práticas a ela associadas, sendo os jovens as principais vítimas destes preconceitos.

A sexualidade, para Nodin (2001), é considerada uma área de grande importância no desenvolvimento dos indivíduos, uma vez que diz respeito ao modo como cada um se relaciona consigo próprio e com os outros na procura de amor e intimidade. De acordo com a OMS, a sexualidade é:

“...uma energia que motiva a procura de amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”.

(p.35)

A descoberta de si próprio e do outro enquanto objecto de desejo sexual, processo que se desenvolveu ao longo da adolescência, entra na juventude numa nova fase.

A presença de um corpo maduro e o estatuto social atingido com a maioridade vai permitir a exploração da sexualidade, de formas que até aí eram impossíveis. A juventude assume-se como uma fase de procura e descoberta da sexualidade e de novas sensações podendo, devido aos factores estruturais e ambientais que lhe são

característicos, constituir um período de risco para a infecção pelo VIH/SIDA. (Nodin, 2001)

Ao chegar ao ensino superior, o jovem vê-se num mundo totalmente novo, repleto de nova experiências e oportunidades. Assim, não é de surpreender, que a faixa juvenil seja sexualmente mais activa, com maior número de parceiros e com maior probabilidade de menor protecção nas relações e comportamentos sexuais (Associação de Planeamento Familiar (APF) citada em Cardoso, 1999).

Assim, Nodin (2001), considera imperioso desmistificar a sexualidade, ao informar, educar e criar pontos de apoio para que, a sexualidade recém descoberta pelo adolescente/jovem possa ser assumida de forma consciente e responsável. No entanto, também salienta que as questões relacionadas com a sexualidade e com a conduta sexual do indivíduo são de uma complexidade que dificilmente se esgota em factores comportamentais.

4.1- PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Inicialmente identificada como um problema de grupos socialmente marginalizados onde se incluíam homossexuais, consumidores de drogas endovenosas e prostitutas, a SIDA foi inicialmente vista como uma questão moral em vez de um problema de saúde pública. Estes grupos foram vistos como “vectores de doença”, constituindo uma ameaça para a sociedade (Martins, M. 2002). A conotação inicial da SIDA com os chamados grupos de risco veio provocar um efeito devastador ao nível da disseminação da doença.

A ideia de que apenas, os indivíduos pertencentes a determinados grupos populacionais com comportamentos considerados desviantes estariam susceptíveis ao contágio fez com que rapidamente se criassem estigmas e se distinguissem aqueles que eram considerados responsáveis pela sua condição (homossexuais, toxicodependentes e prostitutas) e as vítimas inocentes da SIDA (crianças, transfusionados, hemofílicos).

O processo de estigmatização e culpabilização dos infectados, levou a que os indivíduos que não se consideravam como pertencentes a nenhum dos referidos grupos se distanciassem dos mesmos e se percepcionassem como imunes à doença, não tomando as devidas precauções para evitar o contágio. (Nodin, 2001). A prova deste facto, é o aumento das infecções entre heterossexuais nos últimos anos, comprovados pelos dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (Departamento de Doenças Infecciosas; Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica; *Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas* em colaboração com Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, (CNLCS) 2010).

Actualmente, entre a comunidade científica e técnica é consensual a desadequação do conceito “grupo de risco” relativamente à infecção pelo VIH/SIDA em detrimento do termo “comportamentos de risco” (Martins, M. 2002). Estes referem-se, essencialmente, aos motores de transmissão da epidemia e incluem as relações sexuais não protegidas com preservativo; a partilha de material injectável entre os consumidores de drogas endovenosas, a gravidez da mulher seropositiva para o VIH e a amamentação do seu filho. (Caetano, 2002)

A SIDA, para Seabra e Gomes citado em Nodin, (2001), poderá ser considerada

uma doença comportamental, cujo vírus se transmite e se previne através do comportamento. A vulnerabilidade face à doença prende-se então, essencialmente, com o comportamento e as circunstâncias de vida do indivíduo, tendo em conta a presença de determinantes sócio-culturais. Se é verdade que a vulnerabilidade face à infecção pelo VIH depende do comportamento, também não se pode esquecer que a forma como a vulnerabilidade é percebida pode também determinar o comportamento final do indivíduo (Nodin, 2001).

Um outro factor, indicado por Poppen e Reisen citado em Nodin (2001) , é que a percepção de vulnerabilidade está bastante próxima da percepção de risco. A dimensão de risco relaciona-se com a medida em que o indivíduo se considera susceptível de perder algo valioso. No que respeita à infecção pelo VIH/SIDA, o risco percebido poderá ser entendido como a avaliação que o indivíduo faz face a possibilidade de ser infectado. Subjacente à forma como estes dois conceitos (vulnerabilidade e risco) são percebidos, poder-se-ão reflectir comportamentos de risco ou comportamentos preventivos.

Dizer que o preservativo é o único método barreira capaz de prevenir a infecção pelo VIH e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) não é, na opinião de Meireles e Prazeres (2001), de modo algum, suficiente quando se aborda a prevenção de comportamentos sexuais de risco no âmbito da SIDA.

A prevenção da infecção pelo VIH/SIDA, não pode, como salientam Meireles e Prazeres (2001), ser encarada de forma simplista e isoladamente. Deverá fazer parte de um processo educativo alargado a outras DST's abrangendo, sobretudo, a educação para uma sexualidade saudável. A sexualidade saudável não se traduz unicamente no conhecimento das DST's e nas formas de as prevenir e, muito menos, em adoptar normas sociais vigentes que não ofendam a moral pública.

Para Prazeres (1995), a vivência saudável da sexualidade é o desenvolvimento das potencialidades de uma energia que existe dentro de nós, desde o princípio da nossa vida, que nos lança na relação com os outros e que avança à medida que se constrói o ser pessoa e o ser comunidade. A escola deverá ocupar um papel preponderante na prevenção da infecção pelo VIH/SIDA, integrando a educação sexual desde o ensino de base de forma pedagogicamente adequada, sistemática e integrada.

Contudo, é imperioso que neste processo sejam também inseridos a família, os amigos, os grupos de pertença, os meios de informação/comunicação, entre outros. Isto porque estes são também sistemas de interacção do indivíduo e, além disso, seria tarefa complicada para a escola desmistificar ideias baseadas numa falsa moral tradicional e na utilização do sexo para fins comerciais. (Prazeres, (1995).

Consideram Meireles e Prazeres (2001), que na prevenção da infecção pelo VIH/SIDA é crucial a participação e a mobilização dos diferentes grupos sociais no processo de mudança de práticas, atitudes e comportamentos, dirigindo-se as medidas preventivas à população em geral, com especial atenção aos jovens e grupos específicos com situação de risco acrescido

Em suma, a palavra de ordem no que respeita à prevenção da infecção pelo VIH “Será falar para não esquecer.” É fundamental ultrapassar barreiras, quebrar tabus e romper com os preconceitos do passado. Quando falamos de prevenção da SIDA, falamos em educação para valores e para a sexualidade, reconhecendo o papel primordial da família e da escola neste processo educativo.

As ideias anteriores são reforçadas por Caetano (2004), quando afirma que a prevenção se deverá basear no enriquecimento individual, na motivação, na integração social, na confiança e na solidariedade, assentando em três objectivos principais: prevenir novas infecções; reduzir os riscos de epidemia e promover a solidariedade.

5. MODELO TEÓRICO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

Após diferente literatura consultada, Cruz e Vilaça (1996) comentam que as pesquisas que se têm vindo a processar debruçam-se, essencialmente, sobre os grupos com maior incidência da infecção VIH/SIDA, no entanto, já se começa a denotar uma certa preocupação pelas minorias étnicas, pelos profissionais de saúde, entre outros e têm merecido gradualmente mais atenção os jovens adultos, reconhecendo deste modo que o vírus não está propriamente associado a determinado tipo de população. Estas investigações têm contribuído para o desenvolvimento de intervenções nas vertentes da educação e da prevenção e têm sido fundamentais para a compreensão dos factores comportamentais. Citando Ribeiro (1998:144):

“A compreensão da relação entre comportamento, saúde e doenças é uma dimensão fundamental para a Psicologia em geral e para a Psicologia da Saúde em particular. A prevenção das doenças, a promoção e a protecção da saúde, a promoção da qualidade de vida de pessoas com doenças crónicas pressupõe, a mudança do comportamento do indivíduo.”

Dado que a infecção VIH/SIDA se transmite, essencialmente, através de determinados comportamentos e sabendo que a promoção das alterações desses e o incremento de medidas preventivas são os meios mais eficazes de a minimizar, surgem a par os modelos psicossociais que podem proporcionar instrumentos para limitar a sua disseminação (Kalichman, 1998).

Dum modo geral, as teorias e os modelos aplicados à compreensão do comportamento de prevenção do VIH/SIDA foram criados anteriormente ao surgimento desta patologia. Fisher et al. (1994) referem que os vários modelos apresentam em comum o facto de não terem sido desenvolvidos propriamente para o VIH/SIDA, mas sim importados de estudos efectuados sobre outros comportamentos preventivos. Por exemplo, a Teoria da Acção Racional constitui um modelo geral de tomada de decisão comportamental inicialmente aplicada numa variedade de comportamentos e só posteriormente usado numa série de comportamentos de prevenção de doença.

Em termos gerais os modelos partilham várias semelhanças como a racionalidade subjacente às decisões tomadas pelos sujeitos, os motivos da auto-protecção, a ênfase que colocam no individualismo das acções, em determinadas

variáveis cognitivas e a ausência de especificidade à infecção nos modelos utilizados aquando de estudo desta patologia (Fisher et al., 1994; Kelly e Kalichman, 1995).

Bennett e Murphy (1999) referem que nas teorias cujo objectivo é a promoção da saúde, as de âmbito geral, encerram a tomada de decisão do ponto de vista comportamental, e as mais específicas compreendem os comportamentos associados à saúde.

A alteração de comportamento não é repentina, como tal é o resultado de um processo contínuo, e as teorias contribuem para a identificação dos prováveis factores de mudança, isto é, dos conhecimentos, das atitudes, das normas sociais, etc. e consequentemente poderão guiar no rumo ao objectivo pretendido (Svenson, 2002).

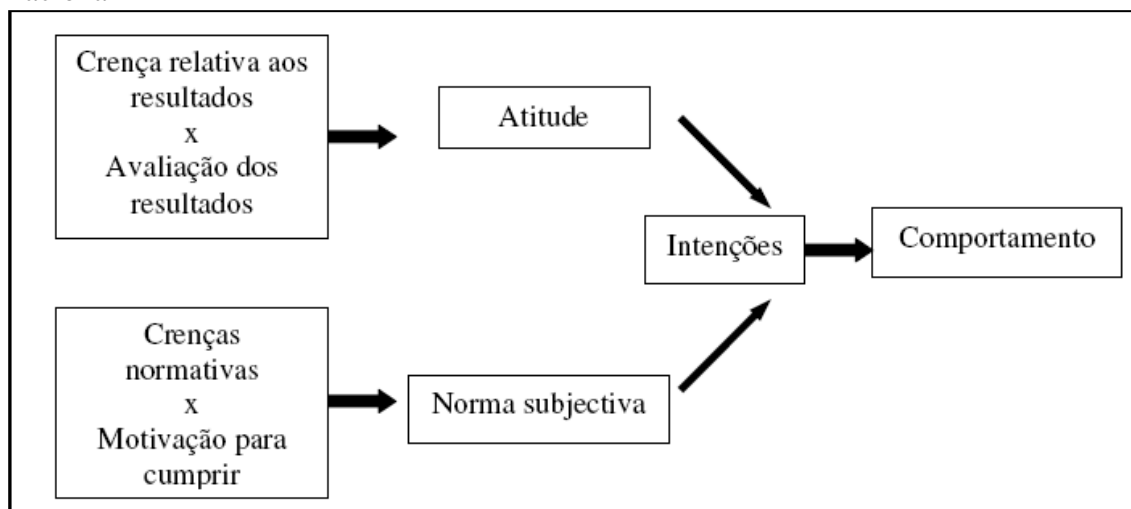
Tendo como pressuposto que os processos cognitivos intercedem no comportamento e de que as diversas teorias que se vêm desenvolvendo centram-se em aspectos distintos deste processo, segue-se a descrição de um dos modelos mais influentes e que serviu de base para este estudo. Aliás, não é possível apontar um único modelo que garanta a sua aplicabilidade em pleno, mas uma abordagem pluralista que proporciona uma visão mais ampla e aprofundada da variabilidade de comportamentos (Bennett e Murphy, 1999).

5.1. Teoria da Acção Racional

O comportamento de um indivíduo é influenciado pela cultura social do grupo a que pertence. Assim, antes de tomar uma decisão, o indivíduo tem de ponderar sobre os efeitos dessa mesma decisão para ele próprio e para o meio que o rodeia.

A Teoria da Acção Racional (Fishbein e Ajzen, 1975, Ajzen e Fishbein, 1980), despontou no ano de 1967 com o objectivo de descrever o comportamento humano, afirmando que este gira em torno de três factores: crenças, atitudes, intenções e comportamentos, originando assim a tomada de decisão.

Quadro 2: Factores determinantes do comportamento segundo a Teoria da Acção Racional



(Fonte: Adaptado de Ajzen e Fishbein, 1980; Fishbein e Middlestadt, 1989; e Fishbein e colaboradores, 1994).

A Teoria da Acção Racional realça três aspectos deveras importantes: a relação entre a intenção e os comportamentos, os determinantes da intenção e os determinantes da atitude e da norma subjectiva. Logo, é possível afirmar que ao ver que determinado comportamento é aceite pela sociedade (norma subjectiva), a probabilidade do indivíduo avançar para a sua concretização, aumenta exponencialmente.

Traduzido para o tema em estudo, significa por exemplo, que a percepção que o indivíduo tem da forma como a sociedade encara o facto de se utilizar preservativo nas relações sexuais, vai influenciar o comportamento a adoptar.

Fishbein e Azjen (1975), defendem que alguns factores podem enfraquecer a relação entre a intenção e o comportamento, como seja a alteração das intenções. Ou seja, o facto de uma pessoa referir constantemente que tem a intenção de utilizar preservativo em todas as suas relações sexuais, não significa que esta intenção mude no momento do acto, pelo simples facto do parceiro não querer utilizar preservativo. Outro factor que é o grau de especificidade com que se aborda a questão da intenção e comportamento. Por exemplo, os argumentos a que cada indivíduo recorre para justificar a intenção de utilizar preservativo com um parceiro sexual ocasional, têm uma menor intensidade do que a intenção revelada pelos argumentos utilizados no caso de

um encontro sexual com o parceiro habitual. Logo, a acção, o alvo, o contexto e o momento, obrigam a um mesmo nível de especificidade.

A norma subjectiva do indivíduo diante de determinado comportamento, (se o deve ou não adoptar), resulta da ideia que se tem sobre o que as outras pessoas vão perceber se esse comportamento for concretizado, sendo a chamada crença normativa, acrescida da motivação de cada um para ceder aos outros.

Ao longo dos últimos anos, têm sido realizados diversos trabalhos, recorrendo a este modelo para aplicar a comportamentos relacionados à prevenção do VIH. Alguns dos autores desses mesmos trabalhos foram Cruz e Vilaça (1986), Fishbein e Middlestadt (1989) e Fishbein e colaboradores (1994).

Segundo Fishbein e Middlestadt (1989), devemos ainda considerar a “regra da correspondência”, que defende que à intenção tem de equivaler o comportamento que se deseja modificar, assim como as atitudes, crenças comportamentais, normas subjectivas e crenças normativas.

A Teoria da Acção Racional, fortalece a ideia de que a intervenção, com objectivo de proporcionar a alteração do comportamento, só será bem sucedida se o indivíduo estiver convicto de que o sucesso dessa mudança está dependente da sua própria vontade.

PARTE II

TRABALHO DE CAMPO

1. METODOLOGIA

Após o desenvolvimento da fundamentação teórica que dá suporte á problemática formulada, avançamos para o desenho da investigação procurando o fio condutor para atingirmos os objectivos definidos.

Investigação é definida por Kerlinger citado em Fortin (1999, p. 17) como “...um método sistemático, controlado, empírico e critico que serve para confirmar hipóteses sobre as relações presumidas entre os fenómenos naturais.”

Pelas suas funções, a investigação permite descrever, explicar e predizer factos, acontecimentos ou fenómenos. A investigação científica é um processo que permite resolver problemas relacionados com o conhecimento dos fenómenos do mundo real. “É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de ser investigadas” (Fortin, 1999, p. 15).

2.TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo é não experimental, com metodologia quantitativa, descritivo, exploratório e transversal.

Segundo Fortin, (1999) é um estudo não experimental, uma vez que as variáveis não serão manipuladas nem controladas experimentalmente. Segue métodos de análise quantitativa – de forma a garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação. É descritivo exploratório pois pretende denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação. É um estudo transversal, uma vez que se determina a relação de variáveis, tal como elas existem, numa população definida e num curto espaço de tempo.

3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Este tipo de amostragem insere-se na amostragem por conveniência, uma vez que foi escolhida por estar mais acessível e ser mais fácil estudar. Neste estudo a população serão todos os alunos da UALG e a amostra será constituída pelos alunos que frequentam o quarto ano dos cursos de Gestão de Empresas, Psicologia e Enfermagem do Ensino Superior da UALG.

3.1 Identificação das variáveis

O desenvolvimento do processo de investigação decorre segundo a natureza relacional das variáveis independentes e dependentes.

A variável dependente é a que sofre o efeito da independente, constituindo-se como o comportamento, a resposta ou o resultado observado devido à presença da variável independente (Fortin, 1999). Relativamente a este estudo definiu-se como variável dependente os comportamentos de risco adoptados pelos estudantes do Ensino Superior face ao VIH/SIDA.

A variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental, com o objectivo de medir o seu efeito na variável dependente. È designada por Fortin (1999) como explicativa, de tratamento ou a intervenção, ou simplesmente a variável experimental. Como variáveis independentes presentes neste estudo temos:

- 1) Idade;
- 2) Género;
- 3) Estado Civil;
- 4) Ter irmãos;
 - 4.1) Se sim, qual a idade do mais velho;
- 5) Coabitação com os pais;
- 6) Profissão do pai;
- 7) Profissão da mãe;
- 8) Curso;

- 9) Ano do Curso;
- 10) Distrito de Proveniência;
- 11) Meio de residência antes de ingressar no Ensino Superior;
- 12) Ter namorado(a).

3.2 Operacionalização das variáveis

A regra da correspondência descrita por Fishbein e Middlestadt (1989), serviu como base para a operacionalização das variáveis, assim como a avaliação do comportamento segundo várias dimensões, o contexto, o tempo, a acção e o alvo. Esta regra diz que a correspondência entre cada uma das variáveis será forte se estas foram avaliadas e verificadas com base na mesma norma comportamental. Assim, as variáveis foram operacionalizadas da seguinte forma:

A norma comportamental assumida é a utilização do preservativo no próximo relacionamento sexual. A Intenção comportamental avalia a intenção de usar o preservativo (ou levar o parceiro a usar) no próximo relacionamento sexual, verificando-se através da junção de 3 itens (grupo II, 1, 2 e 19). O valor de cada um deles varia entre (-3) e (+3), sendo assim possível afirmar que resultados mais elevados significam maior intenção de utilizar o preservativo.

A atitude perante o uso do preservativo tem a ver com os sentimentos que esse comportamento desperta no indivíduo e as consequências que daí podem advir. Uma medida directa da atitude baseia-se na adição de 7 aspectos, sendo que o valor de cada questão está invertido, à excepção do último que oscila entre (+3) e (-3) (grupo II, 12), permitindo concluir que uma pontuação mais elevada reflecte uma atitude mais propícia ao uso do preservativo.

No grupo II, 14 e 17, realizando uma multiplicação entre a crença comportamental e a avaliação do resultado, e somando os resultados obtidos, obtemos a medida ponderada da atitude de cada indivíduo.

A crença comportamental é obtida através da soma das apreciações de 3 benefícios ou de 3 custos, sendo que cada pergunta varia entre (-3) e (+3). Os resultados mais elevados (+9) representam uma maior convicção no registo dessa relação custos/benefícios (grupo II, 14).

A avaliação dos resultados resulta da probabilidade de cada evento suceder e da forma como é encarado o uso do preservativo. É determinado pela adição das avaliações de 3 aspectos positivos ou de 3 aspectos negativos, com o valor de cada item invertido entre (+3) e (-3) (grupo II, 17). O impacto positivo de cada uma das consequências, fica revelada pelos resultados mais elevados.

As crenças normativas revelam o grau de concordância ou de discordância que pais, amigos e companheiro (a) demonstram perante a utilização de preservativo. É avaliado pela medida directa da norma subjectiva, somando os valores obtidos nos itens pertencentes ao grupo II, questão 18. Quanto mais altos forem os valores (+9), maior a convicção que o sujeito tem relativamente à aprovação do uso de preservativo por parte das pessoas significativas.

A questão 15, do grupo II, permite avaliar a motivação do sujeito para cumprir aquilo que os outros esperam que faça. Somando os itens que englobam a pergunta 15 (variando cada um entre (-3) e (+3)), o score mais alto (+9) significa maior propensão para cumprir.

A norma subjectiva avalia a pressão social à qual o indivíduo está sujeito por certas pessoas que o rodeiam, como amigos, companheiro (a) e pais, relativamente ao uso do preservativo. Está retratada no grupo II do questionário, pergunta 13, variando entre o (-3) e o (+3), sendo que valores mais altos revelam uma percepção pessoal de maior apoio por parte das pessoas significativas para a questão do uso do preservativo.

Segundo Bandura (1994) e Ajzen, (1988), a percepção que cada sujeito tem do seu controlo pessoal vai influenciar o seu comportamento, assim como experiências semelhantes a que esteve sujeito. Será avaliada através da soma de quatro questões (grupo II, 16, 21, 22 e 23), que oscilam entre 1 e 7 como resposta possível. Os resultados mais elevados revelam maior crença no uso do preservativo no próximo encontro sexual.

Os conhecimentos face ao VIH são avaliados através da soma de itens respondidos correctamente, oscilando entre 0 e 42. Quanto maior o resultado, maior será o grau de conhecimento.

O questionário de caracterização contém as seguintes variáveis:

Idade - É avaliada por uma questão aberta, tratada como variável continua, discreta.

Género - Esta variável é avaliada por uma questão fechada, tratada e operacionalizada como variável dicotómica: Masculino e Feminino.

Estado civil - É avaliada por uma questão fechada, tratada e operacionalizada como variável nominal de seis níveis: Solteiro (a), Casado (a), União de facto, Separado (a), Divorciado (a), Viúvo(a).

Ter irmãos- É avaliada por uma questão fechada, tratada e operacionalizada como variável dicotómica: Sim e Não.

“Se sim, qual a idade do mais velho - É avaliada em questão fechada, tratada como variável discreta e operacionalizada como variável ordinal de quatro níveis: 18-20 Anos, 21-23 Anos, 24-26 Anos, > 26 Anos.

Coabitação com os pais - Esta variável é avaliada por uma questão fechada e tratada como variável dicotómica: Vive junto com os pais; Vive separado dos pais.

Profissão do pai - Esta variável é avaliada por uma questão fechada e tratada como uma variável nominal. Para a operacionalizar, teve-se por base a Escala de Graffar modificada por Grundberg (1980, p. 307) que estabelece cinco graus:

Grau 1- Executivo, Director de Empresas, Professor, Oficial das Forças Armadas

Grau 2 – Comerciante, Industrial Agrícola, Licenciado

Grau 3 – Operário Especializado, Técnico, Administrativo

Grau 4 – Operário sem qualificação, Trabalhador Rural, Vendedor Ambulante

Grau 5 – Ajudante de obras, Desempregados, Pensionistas ou Reformados

Profissão da mãe - Esta variável é avaliada por uma questão fechada e tratada como uma variável nominal. Para a operacionalizar, teve-se por base a Escala de Graffar modificada por Grundberg (1980, p. 307) que estabelece cinco graus:

Grau 1- Executivo, Director de Empresas, Professor, Oficial das Forças Armadas

Grau 2 – Comerciante, Industrial Agrícola, Licenciado

Grau 3 – Operário Especializado, Técnico, Administrativo

Grau 4 – Operário sem qualificação, Trabalhador Rural, Vendedor Ambulante

Grau 5 – Ajudante de obras, Desempregados, Pensionistas ou Reformados

Curso - Esta variável é avaliada em questão fechada, tratada como variável nominal e operacionalizada em quatro categorias: Gestão, Dietética, Educação e Intervenção Comunitária, Outros.

Ano do Curso - É avaliada por uma questão fechada e tratada como variável dicotómica: 1º ano e 4º ano.

Distrito de Proveniência - É avaliada por uma questão fechada, tratada com variável nominal.

Ao operacionalizar esta variável, consideramos: Açores; Aveiro; Beja; Braga; Bragança; Castelo Branco; Coimbra; Évora; Faro; Guarda; Leiria; Lisboa; Madeira; Portalegre; Porto; Santarém; Setúbal; Viana do Castelo; Vila - Real; Viseu; Estrangeiro.

Meio de residência antes de ingressar no Ensino Superior - Meio de residência antes de ingressar no Ensino Superior

Ter namorado (a) - Esta variável é avaliada através de uma pergunta fechada e tratada como variável dicotómica: Sim; Não.

4. FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES

Num trabalho de investigação, após a definição clara do problema do estudo, é necessário encontrar as hipotéticas respostas para o problema em questão. Torna-se então necessário formular hipóteses, ou seja, seleccionar as repostas mais adequadas, de forma a testar posteriormente, confirmando ou não, cada uma.

No decorrer deste trabalho de investigação achou-se pertinente constatar se a variável dependente se encontra relacionada com as variáveis independentes. As relações destas variáveis com a variável dependente serão testadas através de hipóteses. Estas hipóteses se forem consideradas verdadeiras serão aceites, podendo também ser excluídas se consideradas falsas (Fortin, 1999).

Neste contexto, formulamos as seguintes hipóteses:

HIPÓTESE 1 - A idade da primeira relação sexual está correlacionada com o nível de conhecimentos dos estudantes inquiridos.

O ritmo alucinante da vida actual nas sociedades ocidentais é uma das características da era actual. Nas últimas décadas os acontecimentos deram-se a uma velocidade estonteante e provocaram transformações na forma como os Homens se relacionam entre si e com o ambiente que o rodeia.

Um estudo realizado pelo INE (1998), revela que a maior parte dos adolescentes inicia a sua vida sexual por volta dos 15 aos 18 anos, ou seja por volta de 8 anos antes do casamento; Indica também que 56% das jovens raparigas e 73% dos jovens rapazes tiveram relações sexuais com 18 anos, comparativamente com os 35% das jovens e 55% dos jovens no início da década de 70. Este estudo mostra-nos ainda que a probabilidade de ter relações sexuais aumenta com a idade, mas um em cada cinco dos jovens mantém-se em abstinência durante a adolescência. Relativamente à idade da primeira relação sexual, é possível constatar que sete em cada dez mulheres sexualmente activas referem ter tido relações sexuais antes dos catorze anos de idade. Como tal, decidiu-se

verificar se o nível de conhecimento dos alunos acerca do VIH/SIDA, influencia a idade da primeira relação sexual.

HIPÓTESE 2 - Os conhecimentos sobre VIH estão directamente relacionados com a percepção de poder vir a estar infectado

Segundo Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006), quanto à percepção da vulnerabilidade, os jovens continuam a minimizar ou subestimar o risco e até parece prevalecer um certo optimismo excessivo, cujas razões explicativas poderão apontar para: o nível de conhecimentos sobre a doença propiciar um forte sentimento de controlo e auto-confiança.

HIPÓTESE 3 - As variáveis sócio demográficas influenciam o conhecimentos sobre VIH.

Existem alguns estudos, como os de Salgado (2000) e Cunha-Oliveira et al, (2010), em que se chegou à conclusão que o género feminino possuía um maior grau de conhecimentos acerca do VIH/SIDA, quando comparado com o género masculino.

HIPÓTESE 4- A análise da percepção de poder vir a estar infectado(a) com o vírus da SIDA, varia de acordo com os comportamentos e a orientação sexual

O estilo de vida, caracteriza-se pelo misto de comportamentos no dia a dia e assume-se como um dos principais responsáveis pela qualidade de vida de cada um. Dentro deste conjunto de comportamentos, os mais prejudiciais para a saúde do indivíduo são os hábitos tabágicos, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a alimentação desadequada e pouco regrada, os níveis deficitários de práticas desportivas, o uso de drogas ilícitas e os comportamentos sexuais, sendo assim frequentemente investigados em jovens universitários (Alvarez & Nogueira, 2008; Gonzalez & Ribeiro, 2004; Reis & Matos, 2008). Tal facto justifica-se, segundo a OMS, por ser na adolescência e na fase adulta jovem que se centraliza metade das infecções por VIH em todo o mundo (Nogueira et al., 2008).

5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os participantes deste estudo pertencem maioritariamente ao sexo feminino, 81 alunas, que corresponde a uma percentagem de 73%. Ao sexo masculino pertencem 30 alunos, o que equivale a uma percentagem de 27%.

Sexo

	Frequência	Percentagem
Casos válidos Masculino	30	27,0
Feminino	81	73,0
Total	111	100,0

Idade

Relativamente à idade, a maioria dos inquiridos situa-se entre os 20-25 anos, sendo que a idade modal é de 21 anos.

Estado civil

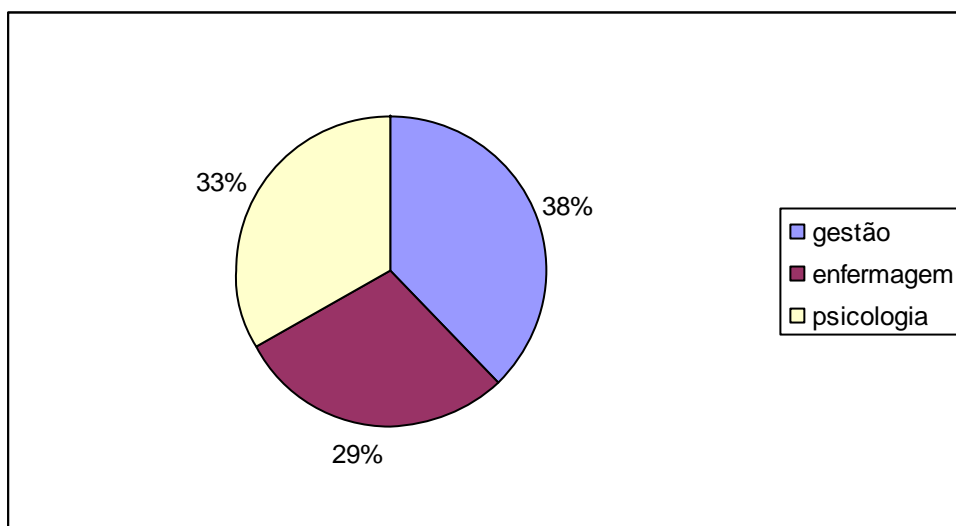
Quanto ao estado civil, 91,9% dos estudantes são solteiros e 7,2% são casados.

	Frequência	Percentagem
Casos válidos solteiro	102	91,9
casado/união facto	8	7,2
separado/divorciado	1	,9
Total	111	100,0

Profissão

Relativamente ao facto de os alunos terem um emprego acumulado com o regime de estudante, verificou-se que apenas 16 % são estudantes e trabalhadores, sendo que neste grupo, a função mais exercida pelo aluno é a de assessora administração/secretária com 3,6 %, seguida de vendedora e de empregada comércio/serviços com 2,7%.

Os alunos inquiridos frequentam a Universidade do Algarve, em Faro, inseridos nos cursos de Gestão (37,8%), Enfermagem (28,8%) e Psicologia (33,3%).



Uma pequena maioria destes alunos, mudou de residência para a realização do seu curso universitário. Mais concretamente, 56,8% dos alunos tiveram de se alocar do seu local de residência, sendo que nestes casos os concelhos que viram mais alunos partiram foram Portimão (7,2%), Lagos (6,3%) e Silves (5,4%). Por outro lado, 43,2% dos alunos mantêm a sua residência, apesar do ingresso na universidade.

A nível de actividades extra-curriculares, apenas 35,1% dos estudantes declaram desenvolvê-las com uma certa regularidade, enquanto que, 63,1% não têm qualquer actividade extra curricular.

		Frequência	Porcentagem
Casos válidos	Não	70	63,1
	Sim	39	35,1
	Total	109	98,2
Não respostas		2	1,8
	Total	111	100,0

6. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

O método de colheita de dados num estudo de investigação depende dos objectivos do estudo, do nível de conhecimentos que o investigador possui sobre as variáveis, da possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais da fidedignidade e validade dos instrumentos de medida, bem como da ideia que o investigador possui relativamente aos seus instrumentos de medida. (Fortin, 1999)

Para a realização deste estudo e verificação das hipóteses formuladas, foram aplicados três instrumentos de colheita de dados assim como a codificação das distintas variáveis: Questionário de Caracterização dos Estudantes Universitários (Anexo I), Questionário de Conhecimento do VIH (Anexo II) e Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção Face à SIDA (Anexo III).

6.1 Questionário de Caracterização dos Estudantes Universitários

A utilização do Questionário de Caracterização dos Estudantes Universitários, adaptado de Mourão e Torgal (2000), permitiu obter informação importante e proveitosa sobre a população e estudo. Este questionário é composto por dez variáveis.

A variável género permite uma série de associações numa fase posterior de análise dos resultados e está presente em quase todos os estudos.

A variável estado civil, permite constatar um dos sinais emblemáticos da passagem para o universo do mundo adulto, o estabelecer família.

Segundo Erikson, (1972), a variável estudante-trabalhador é importante pois permite constatar o início da actividade profissional e o desvincular do jovem estudante da dependência familiar.

A variável curso é muito diversificada pois permite a aquisição por parte dos alunos, de uma panóplia de conhecimentos nas diferentes áreas de intervenção de cada curso. Será muito interessante verificar se o curso de cada estudante influencia o nível de conhecimentos.

A variável, mudou de residência e local de residência, está relacionada com as alterações que a entrada na vida académica pode provocar no vivenciar de experiências por parte do jovem estudante.

A variável profissão do pai e profissão da mãe, foi incluída com o intuito de ter uma noção do nível socioeconómico familiar do estudante.

As actividades extra curriculares por parte dos estudantes, favorecem o enriquecimento cívico, cultural e o desenvolvimento do jovem, daí a importância de incluir esta variável.

6.2 Questionário de Conhecimento do VIH

O Questionário de Conhecimento do VIH corresponde à versão portuguesa, traduzida e adaptada por Cruz (1998) e tem como objectivo avaliar o grau de conhecimentos acerca do vírus VIH/SIDA.

É constituído por 62 itens e evidencia altos índices de fiabilidade e de validade, características determinantes para aferir a qualidade de qualquer instrumento de medida ($\alpha=.91$). A versão portuguesa ostenta modificações em alguns dos itens, de forma a adaptar-se à realidade da população portuguesa.

Por ser um questionário muito extenso, foram feitos alguns ajustes de forma a estar mais adequado à população em estudo. Mantém, no entanto, uma alta consistência interna, ainda que apresente um coeficiente alfa de Cronbach mais baixo que a versão original ($\alpha=.72$). Ficou assim reduzido a um total de 42 itens, com perguntas de resposta dicotómicas (verdadeiro/falso).

6.3 Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção Face à SIDA

Cruz (1994), desenvolveu e adaptou à população portuguesa o Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção Face à SIDA. Esta versão tem sido utilizada em variados estudos com amostras, principalmente na área dos adolescentes e jovens adultos, estudantes do ensino secundário e superior (Vilaça, 1994; Cruz e Melo, 1996; Cruz et al. 1997; Cardoso, 1999). A versão original é mais extensa, abrangendo um total de 52 itens repartidos por cinco partes, incidindo cada uma delas sobre um domínio específico. Neste estudo, o questionário utilizado apresenta quatro partes, tal como no estudo de Cruz et al. (1997) e de Cardoso (1999).

Uma vez que as variáveis não são mensuráveis recorrendo à observação directa, serão analisadas utilizando uma classificação gradativa, com objectivo de através da comparação entre as posições de cada um, se possa afirmar que a postura de cada indivíduo, é ou não mais favorável, perante determinado aspecto. Segundo Azjen e Fishbein (1980), a forma mais correcta de abordar esta questão, é utilizando a escala tipo Likert.

7. PROCEDIMENTOS

Elaborado o instrumento de colheita de dados, passou-se à sua aplicação, pelo que teve de se formalizar o pedido de autorização aos docentes dos cursos em análise neste estudo. Do referido pedido de autorização constavam os objectivos do estudo; a garantia de confidencialidade, anonimato do aluno e individualização do questionário.

Foram então aplicados no final das aulas, com o investigador presente para esclarecer qualquer dúvida existente.

Antes de se iniciar a aplicação do referido instrumento de colheita de dados, os alunos foram informados do assunto em questão, do conteúdo do formulário e da confidencialidade das suas respostas. Foi tida a preocupação de esclarecer devidamente os mesmos, que a sua colaboração na resposta ao formulário será voluntária, que a sua participação é de capital importância para o estudo em curso, e que podem estar de alguma forma a colaborar para uma melhoria e esclarecimento desta problemática.

8. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo visa apresentar os resultados do trabalho empírico decorrente da administração do inquérito realizado e do tratamento estatístico da informação obtida. A informação será apresentada em tabelas e gráficos tendo como objectivo a sistematização da mesma e a sua fácil análise. Iremos em primeiro lugar apresentar as características sociodemográficas inerentes à amostra em estudo e posteriormente os resultados serão apresentados tendo em conta a ordem estrutural do instrumento de recolha de dados.

Após a recolha da informação a mesma foi lançada num ficheiro de dados previamente criado no programa SPSS (*Statistical Package of the Social Sciences*), versão 18, onde se efectuou o seu processamento informático. Utilizamos igualmente o *software Exel 2003* para *Windows Vista*.

Os tratamentos estatísticos usados nesta investigação fazem parte dos procedimentos clássicos da estatística descritiva e estatística inferencial. Assim, a informação colhida foi analisada tendo em conta as técnicas estatísticas: Cálculo das frequências absolutas e frequências relativas; Medidas de tendência central (média, moda e mediana); Medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação); Análise bivariada (qui-quadrado, correlações e outros testes de associação de variáveis).

A discussão dos resultados far-se-á tendo presente o quadro teórico e a revisão bibliográfica numa procura de reflexão e comparação dos nossos resultados com outros estudos publicados sobre a temática dos conhecimentos, atitudes e comportamentos de risco face ao VIH/Sida em estudantes universitários.

8.1 Caracterização da amostra

A tabela que abaixo se apresenta distribui os estudantes que participaram no estudo segundo o género sexual, o estado civil, a idade e o curso que frequentam. Verificamos um predomínio das raparigas sobre os rapazes. Entre os 111 inquiridos, cerca de 92% são solteiros. A esmagadora maioria dos alunos encontra-se na faixa etária dos 20 aos 25 anos de idade.

Tabela nº 1- Participantes no estudo distribuídos por sexo, estado civil e idade.

	N	%
Sexo		
Masculino	30	27,0
Feminino	81	73,0
Estado Civil		
Solteiro	102	91,9
Casado/ união de	8	7,2
Separado/	1	0,9
Idade		
[20-25[	91	82,2
[25-30[	11	9,9
[30-35[	3	2,7
≥35	6	5,4
TOTAL	111	100,0

A diferença encontrada nas percentagens entre sexos explica-se pelo facto de, desde há alguns anos a esta parte, maioritariamente, os alunos ingressados no ensino superior, em Portugal, pertencerem ao sexo feminino. A esta realidade, constatada por diversos estudos, acresce o facto de algumas licenciaturas incluídas na amostragem serem tradicionalmente frequentadas por raparigas, como é o caso da licenciatura de Enfermagem.

A classe modal registada (20 a 25 anos) registada faz parte de um conjunto de valores semelhantes aos encontrados em outros estudos semelhantes realizados tendo como alvo os estudantes universitários (pe: Salgado, 2000; Ferreira & Hood, 1997; Figueiredo & Silva, 2005).

8.2 Variáveis académicas

Na tabela subsequente apresentamos os estudantes amostrados segundo as variáveis académicas: regime e curso que os alunos frequentam. São estudantes-trabalhadores apenas 16%, sendo que a grande maioria (84%) frequenta o ensino superior em regime ordinário.

Observamos igualmente que a amostra se distribuiu segundo percentagens não muito díspares entre cursos. Com efeito frequentam a licenciatura em Gestão cerca de 38%, a licenciatura em Enfermagem 29% e encontram-se a estudar Psicologia 33%.

Tabela nº 2- Estudantes segundo o sexo e distribuídos pelo regime e licenciatura que frequentam.

	<i>Género</i>				Total amostra	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
<i>Estudante trabalhador</i>						
Sim	3	10,0	15	18,5	18	16,2
Não	27	90,0	66	81,5	93	83,8
<i>Curso frequentado</i>						
Gestão	15	50,0	27	33,3	42	37,8
Enfermagem	9	30,0	23	28,4	32	28,8
Psicologia	6	20,0	31	38,3	37	33,3
TOTAL					111	100,0

O facto de a maioria dos estudantes frequentar as licenciaturas em regime ordinário, e da percentagem de estudantes trabalhadores ser relativamente baixa, poderá significar que a exigência do ensino universitário e da vida académica, em muitos casos, ainda não se coaduna com as exigências profissionais. É nossa opinião, contudo, que esta realidade está em mudança, visto que o estatuto de estudante trabalhador é hoje em dia uma realidade, e, por outro lado, muitas instituições estão a oferecer cursos em horários pós-laborais. Estes factos, acrescido ao regime de concurso especial para maiores de 23 anos, conquista novos públicos para o ensino superior, contribuindo para a sua universalidade.

A maior parte dos inquiridos mudou de residência para vir frequentar a Universidade (56,8%). Relativamente à sua actual situação, apenas continuam a viver com os pais cerca de 39% dos jovens.

Tabela nº 3- Residência dos estudantes

	N	%
<i>Mudar de residência para vir frequentar a Universidade</i>		
Sim	63	56,8
Não	48	43,2
<i>Residência actual</i>		
Casa dos pais/ Residência universitária	43	38,7
Casa própria	9	8,1
Casa partilhada	14	12,2
Outra situação	42	37,8
	3	2,7
TOTAL	111	100,0

Estes resultados mostram que a entrada no ensino superior se constituiu como uma situação que implica a saída de casa dos pais, o que significa que o estudante se afasta fisicamente do seu agregado familiar e social de origem, sendo a Universidade um factor importante, e muitas vezes definitivo no processo de individualização, desenvolvimento da autonomia e separação dos pais.

8.3 Ocupação dos tempos livres

No inquérito sociodemográfico interrogavam-se os alunos sobre se participavam em actividades extracurriculares significativas. Os dados obtidos encontram-se sistematizados na tabela que abaixo apresentamos. Como se denota a não participação nessas actividades foi assinalada pela maioria dos alunos (58,6%).

Tendo em conta os estudantes que responderam afirmativamente a esta questão (n= 46) o mais comum é ocuparem o seu tempo livre em actividades desportivas (52,2%). Pelo lado oposto salientamos a fraca percentagem de alunos envolvidos em actividades políticas.

Tabela nº 4- Distribuição dos alunos na variável “participação em actividades extracurriculares” e “tipo de actividades praticadas”.

	N	%
<i>Participação em actividades extracurriculares significativas</i>		
Sim	46	41,4
Não	65	58,6
<i>Tipo de actividades extracurriculares praticadas</i>		
Cultural	8	17,4*
Religiosas	4	8,7*
Políticas	2	4,3*
Desportivas	24	52,2*
Solidariedade social	8	17,4*
TOTAL	111	100,0

* Percentagens calculadas em função dos respondentes à questão (n= 46).

A importância da ocupação de tempos livres, e o envolvimento em actividades extracurriculares por parte dos alunos têm sido salientadas por vários autores como variáveis importantes e facilitadoras da auto-realização e do processo de transição e adaptação ao ensino superior. Grosso modo os autores consideram que a transição do ensino secundário para o superior é um processo de mudança que exige por parte do jovem adulto e sua família, estratégias de reorganização e de adaptação. Nesta linha psicossocial o êxito com que vão ser enfrentadas estas novas tarefas dependerá das condições objectivas e subjectivas que o jovem apresenta para se adequar a diferentes desafios (Almeida, Soares, & Ferreira, 2000; Fleming, 1997).

8.4 Variáveis familiares

As representações tabulares a seguir apresentadas resumem os resultados encontrados para as variáveis profissão do pai e profissão da mãe. Estas variáveis foram operacionalizadas de acordo com a Classificação Internacional das Profissões (versão portuguesa) seguida nos censos e estatísticas demográficas do Instituto Nacional de Estatística. Inclui dez grandes grupos profissionais. Para a questão “Profissão do pai”, observa-se que os trabalhadores da produção industrial e artesãos, os quadros superiores da administração pública e pessoal dos serviços e vendedores ocupam a maior

percentagem. A percentagem mais pequena é obtida no grupo profissional das forças armadas, referido apenas por 4 alunos.

Relativamente à profissão da mãe, a maior percentagem obteve-se na categoria referente à população não activa. Para tal contribuiu o grupo das mulheres domésticas que, embora não obedeça aos critérios de definição de profissão, foi assinalado por uma parte dos alunos.

Tabela nº5- Resultados obtidos para a variável "Profissão do pai".

	N	%	% Válida
Válidos Forças Armadas	4	3,6	3,9
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes de Empresas	20	18,0	19,4
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	9	8,1	8,7
Técnicos e Profissionais de Nível Intermediário	10	9,0	9,7
Pessoal Administrativo e Similares	9	8,1	8,7
Pessoal dos Serviços e Vendedores	20	18,0	19,4
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	19	17,1	18,4
Trabalhadores não Qualificados	3	2,7	2,9
População não activa (Desempregados, Reformados e Domésticas)	9	8,1	8,7
Total	10		
	3	92,8	100,0
Não responderam (perdidos pelo sistema)	8	7,2	
Total	11		
	1	100,0	

Tabela nº6- Resultados obtidos para a variável "Profissão da mãe".

	N	%	% Válida
Válidos			
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes de Empresas	8	7,2	7,4
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	18	16,2	16,7
Pessoal Administrativo e Similares	24	21,6	22,2
Pessoal dos Serviços e Vendedores	10	9,0	9,3
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	2	1,8	1,9
Operadores de Instalações e Máquinas, e Trabalhadores de Montagem	7	6,3	6,5
Trabalhadores não Qualificados	2	1,8	1,9
População não activa (Desempregados, Reformados e Domésticas	37	33,3	34,3
Total	108	97,3	100,0
Não responderam (perdidos pelo sistema)	3	2,7	
Total	111	100,0	

8.5 Estudo da variável idade

Apresentamos de seguida as estatísticas descritivas obtidas para a variável idade. A idade dos estudantes inquiridos variou de um valor mínimo de 20 anos (aluno mais novo) a um valor máximo obtido nos 55 anos (aluno mais velho). A média amostral aproxima-se dos 24 anos de idade e a mediana situou-se nos 22. Comparando as quatro medidas de tendência central (média, moda e trimédia a 5%) verificamos que elas não diferem significativamente entre. Tendo em conta os intervalos de confiança a 95% para a média, podemos afirmar que se realizássemos este estudo numa outra Universidade do país teríamos 95% de probabilidades de a média da idade se situar entre os 22,51 e os 24,45 anos.

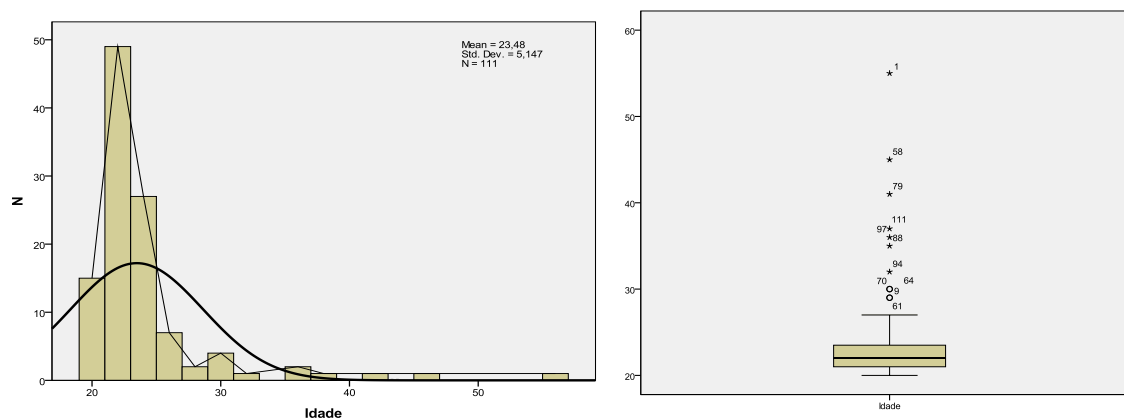
Relativamente às medidas de dispersão obtivemos um desvio padrão de 5,147 anos, um valor relativamente elevado, tendo em conta a amplitude da distribuição.

Tabela nº7- Estatísticas descritivas da idade

		Estatística	Erro
Média		23,48	0,488
Intervalos de confiança 95% para a média	Nível Inferior	22,51	
	Nível	24,45	
Trimédia a 5%		22,64	
Mediana		22	
Moda		21	
Variância		26,488	
Desvio padrão		5,147	
Valor mínimo		20	
Valor máximo		55	
Amplitude		35	
Percentil 25		21	
Percentil 50		22	
Percentil 75		24	
Skewness		3,608	0,229
Kurtosis		15,888	0,455

Na representação gráfica seguinte apresentamos o histograma da distribuição da idade com a curva da normal e o diagrama de extremos e quartis. Observamos uma distribuição não simétrica e enviesada para a direita, já que a média é ligeiramente superior à mediana da distribuição. Observamos igualmente alguns estudantes com valores elevados de idade como "outliers" ou casos extremos da distribuição.

Gráfico nº1- Histograma e diagrama de extremos obtidos para a variável idade.



Os testes que efectuamos para o estudo da normalidade da variável idade (*Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk*) confirmam as conclusões das estatísticas descritivas e do histograma; ou seja que a variável não segue uma distribuição normal.

Tabela nº8- Testes de normalidade efectuados para a variável idade.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Valor do teste	Gl	Sig.	Valor do teste	gl	Sig.
Idade	,285	111	,000	,583	111	,000

a. Com a correcção de Lilliefors

Na tabela subsequente organizaram-se as descritivas da variável idade tendo em conta algumas variáveis que caracterizam a amostra.

Verificamos que as médias não variam significativamente entre sexos. Relativamente aos cursos, os alunos de enfermagem são os mais novos (M= 22 anos) e aqueles onde se registaram menor dispersão dos valores em torno da média. Finalmente, como era de esperar, são os casados onde se registaram idades médias mais elevadas.

Tabela nº9- Descritivas da idade de acordo com as variáveis atributo da amostra.

	Média	N	Desvio Padrão	Variância
<i>Sexo</i>				
Masculino	23,53	30	6,12	37,50
Feminino	23,46	81	4,78	22,83
<i>Curso frequentado</i>				
Gestão	23,93	42	6,00	35,97
Enfermagem	21,97	32	1,53	2,35
Psicologia	24,27	37	5,92	35,04

Estado civil

Solteiro	22,47	102	2,613	6,826
Casado	33,63	8	10,914	119,125
Separado/ divorciado	45,00	1	-	-
TOTAL	23,48	111,00	5,15	26,49

8.6 Comportamentos sexuais dos estudantes

8.6.1 Sexualidade

A percentagem de indivíduos inquiridos, no total e por sexo, que já iniciaram a sua vida sexual é apresentada na tabela subsequente.

Como se denota, a esmagadora maioria dos estudantes inquiridos (90%) já tiveram relações sexuais alguma vez na sua vida.

Tendo em conta apenas o número total de rapazes (n=30), concluímos que cerca de 97% já tiveram relações sexuais, uma percentagem superior à obtida para o total da amostra em estudo. Quanto às raparigas (n=81), verificamos que 80% já iniciaram a sua vida sexual. Estes resultados parecem indicar uma diferença entre sexos relativamente à sexualidade, algo que não é confirmável pelo teste de hipóteses qui-quadrado de *Pearson*, cujos valores nos referem não haver relação entre já alguma vez ter tido relações sexuais e o género ($\chi^2 = 1,992$; $gl=1$; $p=0,158$).

Tabela nº10- Início da actividade sexual. Percentagens para o total da amostra e por género sexual.

		Sexo		Total	
		Rapazes	Raparigas		
Actividade sexual	Sim	N	29	71	100
		%	96,7%	87,7%	90,1%
	Não	N	1	10	11
		%	3,3%	12,3%	9,9%
Total	N	30	81	111	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Comparando os nossos resultados com outros estudos concluímos que obtivemos uma percentagem de alunos que já iniciaram vida sexual relativamente elevada. Com efeito, Salgado (2000) em um estudo levado a cabo na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, numa amostra de 1135 alunos, obteve uma percentagem de 57%. A nível internacional, Oswalt & Matsen, (1993) e Ramsum, Marion, & Mthias, (1993) indicam taxas de actividade sexual de estudantes universitários nos Estados Unidos da América e do Canada a variarem entre os 62 e os 78%. De acordo com Morris (1992), as taxas de actividade sexual de estudantes na América Latina são similares às verificadas na América do Norte. De facto, Morris (1992) indica taxas para a Costa Rica e para o Brasil a variarem entre os 58% e os 78%, respectivamente.

8.6.2 Idade da primeira relação sexual

Pela tabela que abaixo expomos podemos constatar que a idade média amostral da primeira relação sexual é de 17,29, situando-se a idade mínima nos 13 anos e a máxima nos 23 anos.

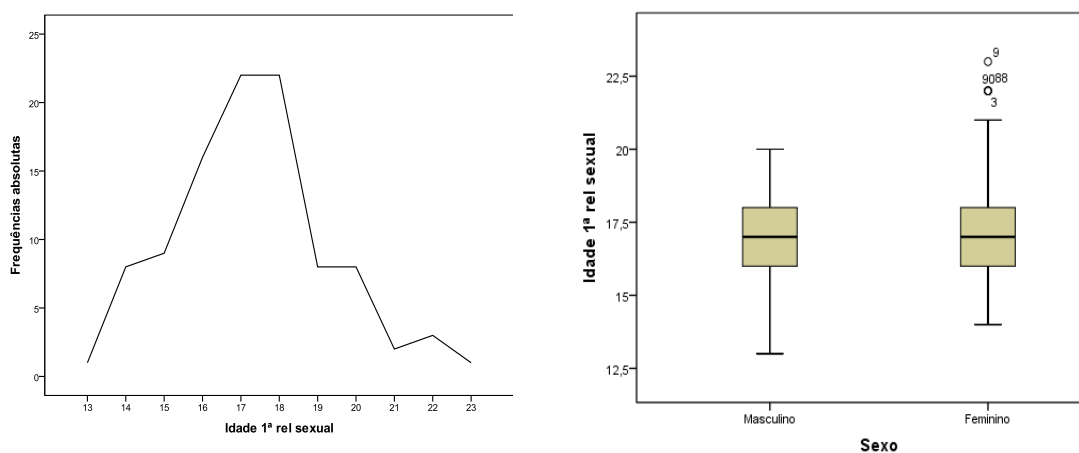
Os rapazes iniciaram a sua vida sexual mais precocemente que as raparigas. Assim, os 29 rapazes que já tiveram relações sexuais tiveram essa experiência pela primeira vez tendo, em média, cerca de 17 anos ($M= 16,83$) e as raparigas, pelo seu lado, tiveram essa experiência aos 18 anos ($M= 17,48$). Em termos inferenciais, e utilizando o teste *t-student* para amostras independentes, concluímos que as diferenças observadas quanto às idades médias da primeira experiência sexual não são estatisticamente significativas entre géneros ($t=-1,478$; $N=100$; $gl=98$; $p=0,143$).

Tabela nº11- Idades com que pela primeira vez os estudantes tiveram relações sexuais.

Sexo	Média	N	DP	Idade mínima	Idade máxima	Variância
Masculino	16,83	29	1,754	13	20	3,076
Feminino	17,48	71	2,090	14	23	4,367
Total da Amostra	17,29	100	2,012	13	23	4,046

A figura seguinte apresenta-nos graficamente os resultados a que aludimos na tabela anterior, e acrescenta o polígono de frequências para a idade da primeira relação sexual. Notem-se os casos extremos “*outliers*” registados entre as raparigas, o que poderá explicar a maior variabilidade de valores em volta da média e o maior desvio padrão obtido pelo sexo feminino.

Gráfico nº2- Representação gráfica da idade com que os estudantes iniciaram actividade sexual.



Relativamente à idade de início de actividade sexual, os nossos resultados revelam que os indivíduos inquiridos iniciaram a sua vida sexual mais tarde, quando comparados com outros estudos. Por exemplo, estudos levados a cabo no Brasil apontam uma idade média para a iniciação sexual de 14, 9 anos (Paiva, Calazans, Venturi, & Dias, 2008). Em Portugal, dois estudos consultados apresentam alguma disparidade relativamente a esta questão, referindo um deles que os jovens iniciam as suas práticas sexuais antes dos 15 anos (Cardoso, 1999) e outro apontando idades superiores aos 15 anos para essa primeira experiência (Salgado, 2000).

Tomando em consideração o género sexual, os nossos resultados entroncam na maioria dos estudos sobre esta temática que salientam que a iniciação sexual dos rapazes ocorre mais tarde do que a das raparigas (Borges & Schor, 2005).

8.6.3 Orientação sexual

A tabela que se expõe abaixo apresenta os participantes na investigação distribuídos segundo o sexo e de acordo com as variáveis relativas à orientação sexual. Verificamos em primeiro lugar que, para o total da amostra, a maioria dos alunos (52%) refere ter relacionamentos estáveis. Observando a distribuição percentual por género sexual os rapazes não referem maioritariamente ter relações estáveis, enquanto as raparigas maioritariamente o assinalaram. Concluímos não existir relação significativa entre ter ligações estáveis e género sexual ($\chi^2 = 0,514$; $gl=1$; $p=0,473$).

Apenas 1,8% dos alunos referem estar envolvidos actualmente numa relação amorosa com uma pessoa do mesmo sexo. Contudo quando inquiridos sobre se já alguma vez na vida tiveram relações com alguém do mesmo sexo a percentagem sobe para 4,5%.

Tabela nº12- Orientações sexuais dos alunos participantes no estudo.

		Sexo		Total	
		Masculino	Feminino		
Relação estável	Sim	N	14	44	58
		%	46,7%	54,3%	52,3%
	Não	N	16	37	53
		%	53,3%	45,7%	47,7%
	Total	N	30	81	111
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Envolvimento actual com	Sim	N	1	1	2

alguém do mesmo sexo		%	3,3%	1,2%	1,8%
	Não	N	29	80	109
		%	96,7%	98,8%	98,2
	Total	N	30	81	111
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Já alguma vez teve relações com alguém do mesmo sexo	Sim	N	2	3	5
		%	6,7%	3,7%	4,5%
	Não	N	28	78	106
		%	93,3%	96,3%	95,5%
	Total	N	30	81	111
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Os resultados para estas questões estão na linha de alguns estudos publicados sobre esta temática. Uma investigação levada a cabo no Instituto Politécnico de Bragança, concluiu que a 99,4% dos alunos se descrevia como sendo heterossexual (Ribeiro & Fernandes, 2009). Resultados semelhantes foram observados em Portugal por Alvarez e Nogueira (2008).

8.7 Análise da percepção de poder vir a estar infectado(a) com o vírus da SIDA de acordo com os comportamentos e a orientação sexual.

A percepção do risco de infecção pelo vírus da SIDA corresponde à pergunta número 1 do Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção Face à SIDA (adaptado de Cruz, 1994) e foi uma variável operacionalizada através de uma escala numérica, em que de 1 a 7 o aluno assinalava o seu risco pessoal, correspondendo a nota 1 a “nenhum risco” e a nota 7 a “risco muito elevado”.

A tabela seguinte distribui os participantes de acordo com os vários índices da escala. Pela sua leitura concluímos que a maioria dos alunos considera não ter risco ou um risco potencial muito baixo de vir a sofrer infecção, visto que o índice 1 e o índice 2 foram os mais assinalados.

Tabela nº13- Estudantes distribuídos de acordo com o risco percebido de poder vir a estar infectado com o vírus da SIDA.

Nenhum risco-----Risco muito elevado							
	Índice 1	Índice 2	Índice 3	Índice 4	Índice 5	Índice 6	Total
N	38	50	15	6	1	1	111

%	34,2	45,0	13,5	5,4	0,9	0,9	100,0
---	------	------	------	-----	-----	-----	-------

Relativamente a esta questão alguns estudos salientam que na adolescência e na jovem adultez o sentimento de invulnerabilidade face ao VIH pode aumentar a susceptibilidade desses indivíduos à infecção (Albuquerque, Lima, & Saldanha, 2010). Uma investigação realizada em mulheres brasileiras por Carneiro et al, (2009) concluiu que 37% consideraram impossível adquirir o VIH/SIDA; 26% consideraram quase impossível; 20% consideraram pouco possível e apenas 17% das mulheres consideraram essa possibilidade.

Para analisarmos de que modo a percepção do risco de infecção se relaciona com os comportamentos e a orientação sexual comparamos as médias da escala nas categorias das variáveis referentes aos comportamentos. Consideramos, para este efeito, que a percepção do risco assim operacionalizada apresenta uma natureza ordinal mas também propriedade quantitativa podendo variar de um valor mínimo de 1 ponto até a um máximo de 7 pontos. Os resultados estão resumidos na tabela que abaixo apresentamos.

Constatamos que os indivíduos que já tiveram relações sexuais com alguém do mesmo género obtiveram médias superiores na escala de percepção de risco de contrair infecção ($M=3,40$ vs $M=1,90$), verificamos igualmente que essas diferenças são estatisticamente significativas.

Comparando os estudantes que já tiveram relações sexuais ($M= 2,02$), com aqueles que ainda não tiveram relações ($M=1,45$) podemos verificar que os primeiros referem um maior risco. Contudo essas diferenças não são significativas.

Os alunos que referem envolvimento actual com alguém do mesmo género obtêm também médias mais elevadas na escala de risco ($M=3,50$), quando comparados com os heterossexuais ($M=1,94$).

Finalmente aqueles alunos que referem ter relacionamentos estáveis apresentam um risco médio inferior ($M=1,84$ vs $M=2,09$).

Tabela nº14- Médias obtidas na escala de risco de infecção pelas categorias dicotómicas das variáveis comportamentais.

	Cate	Risco de poder vir a estar infectado pelo vírus da SIDA					
		Méd	N	DP	t	gl	p
Relacionamento com alguém do mesmo sexo	Sim	3,40	5	2,07	3,59	109	0,00
	Não	1,90	106	0,83			
Já teve relações sexuais?	Sim	2,02	100	2,02	1,87	109	0,06
	Não	1,45	11	1,45			
Envolvimento actual com alguém do mesmo sexo	Sim	3,50	2	2,12	2,32	109	0,02
	Não	1,94	109	0,92			
Relacionamento estável	Sim	1,84	58	0,72	-	85,2	0,18
	Não	2,09	53	1,16			

9. CONHECIMENTOS SOBRE VIH/ SIDA.

Em seguida apresentamos os resultados para a variável conhecimentos sobre HIV/SIDA. Começamos por apresentar as frequências absolutas encontradas para as 42 questões que faziam parte do questionário de conhecimentos (traduzido e adaptado por Cruz, 1998). A tabela subsequente apresenta o número de estudantes que acertaram e erraram em cada afirmação do questionário.

Grosso modo destacamos o facto de quase todas as perguntas formuladas terem registado elevadas proporções de acerto, e de a maioria dos inquiridos reconhecer as relações sexuais não protegidas e a partilha de agulhas e seringas como comportamentos de alto risco para a transmissão do vírus. Passamos a descrever os resultados que nos pareceram mais relevantes. Assim, e relativamente à questão “Uma pessoa pode contrair o VIH ao dar sangue” verificamos que 48 alunos continuam a pensar que a doação de sangue pode constituir perigo para a transmissão do vírus algo que não corresponde à verdade.

Os resultados revelam ainda que existe um risco de transmissão do HIV ao bebé durante a amamentação que não é reconhecido por 36 estudantes participantes na investigação. Quanto à transmissão fetal durante a gravidez, sabemos hoje que embora o sangue do feto não se misture com o sangue materno há troca de várias substâncias (proteínas, oxigénio e anticorpos) entre o sangue do bebé e o da mãe através da placenta, de modo que uma mãe infectada pode transmitir infecção. Tal facto não faz parte dos conhecimentos de 18 alunos inquiridos.

Embora não exista evidência de transmissão do vírus através da picada de insectos, 19 alunos não detêm este conhecimento.

Destacamos o facto de 32 indivíduos continuarem a pensar que o VIH pode ser contraído pelo uso de casas de banho públicas.

Como se denota, a percentagem mínima de acertos obtida, corresponde à questão “O VIH é eliminado por produtos químicos” onde apenas 16% dos alunos acertaram. A percentagem mais elevada de respostas correctas foi obtida nos itens “Existe cura para a Sida”, “Tomar a pílula anti-concepcional impede uma mulher de contrair o VIH” e “Uma pessoa pode contrair o VIH pela partilha de agulhas com alguém que está infectado pelo vírus” ambas as questões com percentagens de 99,09%.

Tabela nº15- Número de alunos que, por cada afirmação, acertaram e erraram as respostas no questionário de conhecimentos.

	Acertaram	Erraram
O VIH e a Sida são a mesma “coisa”.	79	32
Existe cura para a Sida.	110	1
Uma pessoa pode contrair o VIH em casas-de-banho públicas.	89	22
O VIH não é disseminado através da tosse ou espirros.	78	33
Uma pessoa pode contrair o VIH pela partilha de agulhas com alguém que está infectado pelo vírus.	110	1
Uma pessoa pode contrair o VIH se tiver relações sexuais com alguém que injecta drogas.	61	50
O VIH pode ser disseminado por mosquitos.	92	19
Uma pessoa pode contrair o VIH ao partilhar um copo de água com alguém que está infectado pelo vírus.	103	8
Uma pessoa pode contrair o VIH ao apertar a mão de alguém que está infectado pelo vírus.	109	2
O VIH é eliminado por produtos químicos.	18	93
É possível contrair o VIH ao fazer uma tatuagem.	92	19
Um homem pode contrair o VIH se tiver relações sexuais com outro homem que está infectado pelo vírus.	102	9
Uma mulher grávida que está infectada pelo VIH pode transmitir o vírus ao seu bebé antes de ele nascer.	93	18
Uma mulher pode contrair o VIH se praticar sexo anal com um homem.	83	28
Tomar um duche ou lavar os órgãos genitais depois de ter relações sexuais impede que uma pessoa contraia o VIH.	105	6
Um homem pode contrair o VIH se tiver relações sexuais vaginais com uma mulher que está infectada pelo vírus.	110	1
Ingerir alimentos saudáveis pode impedir que uma pessoa contraia o VIH.	109	2
Tomar a pílula anti-concepcional impede uma mulher de contrair o VIH.	110	1

Uma pessoa infectada pelo VIH pode parecer e sentir-se saudável.	108	3
Uma pessoa pode estar infectada pelo VIH durante 5 ou mais anos sem ter SIDA.	90	21
Existe uma vacina que pode impedir que as pessoas adultas contraíam o VIH.	109	2
Foram fabricados alguns medicamentos para o tratamento da SIDA.	89	22
Existe um teste sanguíneo para determinar se uma pessoa está infectada pelo VIH.	109	2
Uma pessoa não pode contrair o VIH por praticar sexo oral com um homem infectado.	79	32
Em Portugal, a maior parte dos casos de SIDA resultaram de relações sexuais entre homens e mulheres.	93	18
Uma pessoa pode contrair o VIH mesmo se tiver relações sexuais com outra pessoa uma única vez.	109	2
Uma mãe infectada pelo VIH pode transmitir o vírus ao bebé através da amamentação.	75	36
Usar um preservativo é a melhor protecção contra a infecção pelo VIH.	106	5
Uma pessoa pode contrair o VIH ao “dar sangue”.	63	48
Durante o seu período menstrual, a mulher não pode contrair o VIH ao ter relações sexuais.	109	2
Se uma pessoa estiver a tomar antibióticos, não pode contrair o VIH.	108	3
Ter relações sexuais com mais de um parceiro pode aumentar a possibilidade de uma pessoa ser infectada pelo VIH.	103	8
Fazer um teste ao VIH uma semana depois de ter relações sexuais, permitirá “mostrar” se uma pessoa está ou não infectada pelo VIH.	85	26
Uma pessoa pode contrair o VIH através do contacto com saliva, lágrimas, suor ou urina.	103	8

Uma pessoa pode contrair o VIH através das secreções vaginais de uma mulher.	86	25
É mais provável que uma pessoa contraia o VIH se tiver outra doença sexualmente transmissível (doença venérea), como herpes ou gonorreia.	33	78
Tomar o medicamento AZT, contra a SIDA, diminui a possibilidade de uma mulher grávida infectada pelo VIH transmitir o vírus ao seu filho.	55	56
Fora de Portugal, a maior parte dos casos de SIDA resultaram do uso de drogas intra-venosas (injectadas) ou de relações sexuais entre homossexuais.	34	77
Se uma pessoa obtém um resultado positivo no teste do VIH, o local onde realizou o teste terá de divulgar esse resultado a todas as instituições de saúde.	74	37
Utilizar vaselina ou óleo de bebé quando se usa o preservativo, diminui a possibilidade de se contrair o VIH.	105	6
A lavagem com água fria do “equipamento” utilizado no uso de drogas elimina o VIH.	108	3
Os atletas que partilham agulhas quando injectam esteróides, podem contrair o VIH através das agulhas.	105	6

Da aplicação do Questionário de Conhecimento sobre VIH aos jovens estudantes universitários constata-se que a percentagem média de respostas correctas é de 79,4% resultado próximo ao obtido por Cardoso (1999) que, usando o mesmo instrumento obteve 75,6%; e ao relatado por Cunha, (2003) que chegou a uma percentagem de 73,7%. Consideramos assim ser assinalável o grau de conhecimento dos jovens face à infecção VIH/SIDA.

Comparando com estudos internacionais, os nossos resultados quase coincidem com os de Vera-Gamboa, et al (2006) que numa amostra de 210 estudantes mexicanos encontrou conhecimentos adequados sobre SIDA em 98% dos resultados.

9.1 Estudo da variável conhecimentos

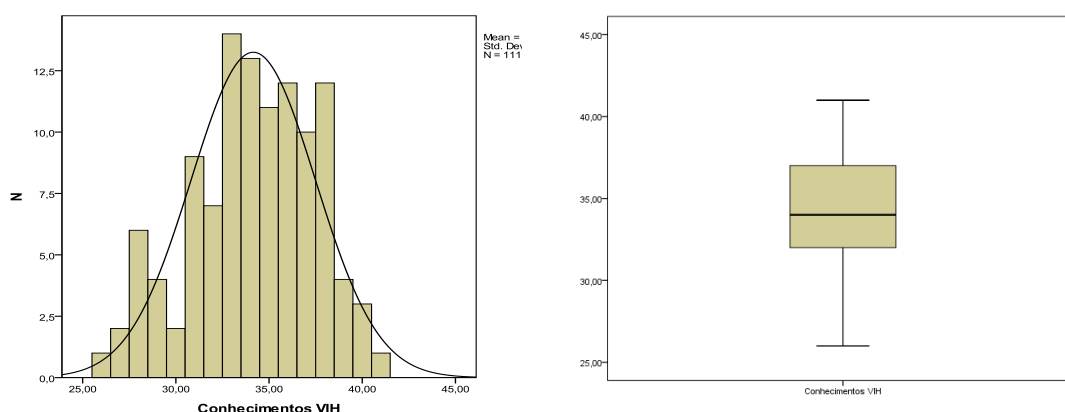
Na tabela e representação gráfica seguintes apresentamos as estatísticas descritivas da variável conhecimentos, operacionalizada de acordo com o número de respostas correctas obtidas nos 42 itens do questionário correspondente. Em média os estudantes acertaram 34 respostas. O estudante que menos questões acertou ficou-se por

26 afirmações correctas; pelo contrário houve um aluno que acertou em 41 das 42 perguntas do questionário.

Tabela nº16- Estatísticas descritivas relativa à variável conhecimentos sobre VIH.

	Média	DP	N	Amplitude	Mínimo	Máximo
(Nº itens correctos)	34,15	3,34	111	15,00	26,00	41,00

Gráfico nº3- Histograma e diagrama de folhas obtidos para a variável conhecimentos.



9.2 Conhecimentos sobre VIH em função das variáveis sócio-demográficas

A tabela que abaixo se apresenta compara o número médio de afirmações acertadas pelas categorias das variáveis sócio-demográficas da amostra: sexo, estado civil, licenciatura frequentada e idade. Conforme se denota não houve associação estatisticamente significativa entre o número médio de acertos no teste de conhecimentos e o sexo dos participantes ($M_{\text{♂}} = 34,50$ vs $M_{\text{♀}} = 34,02$). Quando se comparam as médias no teste de conhecimentos sobre VIH/Sida considerando o estado civil constata-se que também não houve variação significativa entre as categorias. Uma relação clara existente na tabela é a do conhecimento sobre VIH e curso frequentado. Com efeito os estudantes de enfermagem obtêm médias bastante elevadas de acertos ($M=36,78$), seguidos dos alunos de psicologia ($M=34,27$) e por último, com médias

bastante mais inferiores pelos alunos de Gestão (M=32,05). Estas diferenças encontradas entre cursos são significativas pelo teste ANOVA (F=26,03; gl=2; p=0,00).

Relativamente à idade não houve diferenças significativas entre os resultados médios no teste de conhecimentos e as classes etárias.

Tabela nº17- Médias obtidas no teste de conhecimentos sobre VIH e características dos participantes.

Variáveis		M	DP	t ou F	gl	p
Sexo	Masculino	34,50	34,02	0,66	109	0,51
	Feminino	34,02	3,27			
Estado civil	Solteiro	34,27	3,32	0,86	2	0,43
	Casado/união de facto	32,87	3,68			
	Separado/divorciado	32,00	-			
Curso	Gestão	32,05	2,69	26,03	2	0,00
	Enfermagem	36,78	2,21			
	Psicologia	34,27	3,22			
Idade	[20-25[34,34	3,34	0,58	107	0,63
	[25-30[	33,27	3,07		
	[30-35[	34,00	3,61		
	Mais de 35 anos	33,00	4,05			

Tendo em conta o género sexual dos inquiridos, verificamos que os dados a que chegamos, não entroncam em algumas investigações por nós consultadas, que atribuem maiores conhecimentos sobre VIH ao sexo feminino. Com efeito a esta conclusão chegou Salgado (2000) e Cunha-Oliveira et al, (2010).

No nosso estudo, o tipo de licenciatura frequentada foi a variável atributo da amostra onde se registaram maiores diferenças de médias na escala de conhecimentos (F=26,03; gl=2; p=0,00). Estes resultados concordam com os trabalhos de Cunha-Oliveira et al, (2010) que numa amostra formada por 696 estudantes da Universidade de Coimbra encontraram diferenças dos conhecimentos entre faculdades significativas (F=6,890; p=0,0001), sendo os alunos da Faculdade de Medicina, seguidos dos alunos das Faculdades de Farmácia e de Ciências do Desporto e Educação Física os que obtiveram *scores* mais elevados quando comparados com outras escolas como a Faculdade de Letras, Direito ou Economia.

Conclusões semelhantes foram reportadas por Cunha, (2003) que concluiu existir diferenças estatisticamente significativas entre os conhecimentos acerca da

infecção VIH/SIDA e o facto de pertencer aos cursos de “saúde” e os de “não saúde”, em estudantes da Universidade dos Açores.

Pensamos que estes resultados têm implicações em projectos e programas de prevenção levados a cabo em estudantes do ensino superior, e devem ser por estes tomados em linha de conta.

9.3 Conhecimentos VIH/SIDA em função das variáveis relativas à orientação sexual.

Observando o modo como as médias dos conhecimentos variam em função das variáveis que têm que ver com a orientação sexual e que se referem a características que compõem o padrão da expressão da sexualidade dos jovens que participaram no estudo concluímos que ter relacionamentos com alguém do mesmo sexo, já ter tido relações sexuais, estar envolvido actualmente com alguém do mesmo sexo ou ter um relacionamento estável não altera de modo significativo, em termos estatísticos, as médias obtidas nas categorias dicotómicas destas variáveis. Os resultados vêm expressos na tabela que abaixo apresentamos.

Tabela nº18- Médias obtidas no questionário de conhecimentos VIH/SIDA em função das variáveis relativas à orientação sexual.

	Conhecimentos VIH/ SIDA						
	Cate	Méd	N	DP	t	gl	p
Relacionamento com alguém do mesmo sexo	Sim	35,8	5	3,56	1,12	109	0,26
	Não	34,0	106	3,33			
Já teve relações sexuais?	Sim	34,0	100	3,67	-	109	0,28
	Não	35,1	11	3,06			
Envolvimento actual com alguém do mesmo sexo	Sim	36,0	2	5,66	0,78	109	0,43
	Não	34,1	109	3,32			
Relacionamento estável	Sim	33,6	58	3,47	-	109	0,07
	Não	34,7	53	3,12			

9.4 Correlação entre os conhecimentos sobre HIV e idade da primeira relação sexual

Para testar a hipótese da idade da primeira relação sexual estar correlacionada com o nível de conhecimentos dos estudantes inquiridos usamos como teste o coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados encontrados são apresentados na tabela subsequente. Concluimos pela existência de uma positiva e moderada correlação entre a idade da primeira experiência sexual e os conhecimentos ($r=0,209$; $N=100$; $p=0,037$).

Tabela nº19- Correlações encontradas entre as pontuações do teste de conhecimentos e a idade da primeira relação sexual.

		Conhecimentos	Idade 1ª relação sexual
Conhecimentos	Coeficiente correlação	1	0,209*
	Sig. (bi-caudal)		0,037
	N	111	100
Idade 1ª relação sexual	Coeficiente correlação	0,209*	1
	Sig. (bi-caudal)	0,037	
	N	100	100

*. Correlação significativa ao nível 0.05 (bi-caudal).

9.5 Correlação entre os conhecimentos sobre VIH e o risco percebido de poder vir a estar infectado

A hipótese da existência de associação entre as pontuações do questionário de conhecimentos e a percepção de poder vir a ser infectado pelo vírus fez-se recorrendo ao teste de Pearson. Já vimos que a percepção de risco pessoal é muito baixa (Veja-se a tabela: Estudantes distribuídos de acordo com o risco percebido de poder vir a estar infectado com o vírus da SIDA) e que a performance no teste de conhecimentos foi muito alta (Veja-se a tabela: Número de alunos que, por cada afirmação, acertaram e erraram as respostas no questionário de conhecimentos).

Observando o valor do teste e o seu grau de significância ($p > 0,05$) concluímos pela não correlação entre as duas variáveis, ou seja, a percepção do risco pessoal não parece estar influenciada pelo nível de conhecimentos sobre VIH/SIDA ($r=0,109$; $N=111$; $p= 0,254$).

Tabela nº20- Coeficiente de correlação calculado para as variáveis “conhecimentos” e “percepção do risco de poder vir a estar infectado”.

		Conhecimentos	Qual acha que é o seu risco
Conhecimentos	Coeficiente correlação	1	0,109
	Sig. (bi-caudal)		0,254
	N	111	111
Qual acha que é o seu risco	Coeficiente correlação	0,109	1
	Sig. (bi-caudal)	0,254	
	N	111	111

Segundo Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006) quanto à percepção da vulnerabilidade, os jovens continuam a minimizar ou subestimar o risco e até parece prevalecer um certo optimismo excessivo, cujas razões explicativas poderão apontar para: o nível de conhecimentos sobre a doença propiciar um forte sentimento de controlo e auto-confiança.

10. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar do presente estudo apresentar algumas limitações, pode funcionar como uma importante base de alinhamento para conseguir perceber a forma como os comportamentos sexuais dos jovens, os podem tornar susceptíveis à infecção VIH/SIDA.

Uma das limitações mais evidentes, é o facto de ao recorrer a uma amostra de jovens estudantes de 18 a 20 anos, na sua maioria, não podermos afirmar com precisão que os resultados se podem generalizar aos restantes indivíduos com características semelhantes, que apresentem um estatuto sócio cultural distinto e que sejam de outras zonas geográficas.

O comportamento sexual dos jovens, foi um dos pilares sobre o qual se apoiou este estudo, o que obriga a que seja necessária uma intromissão na intimidade de cada um. Esta situação, pode levar a que os jovens, quando confrontados com temas tão sensíveis, não relatem as experiências de acordo com a realidade ocorrida.

11. CONCLUSÕES

Este trabalho teve como objectivo principal investigar os comportamentos sexuais e os conhecimentos relativos à infecção por VIH / SIDA dos estudantes do Ensino Superior da UALG. Os alunos pertencem aos cursos de Psicologia, Gestão e Enfermagem. Entre os 111 inquiridos, cerca de 92% são solteiros. A idade dos estudantes inquiridos variou de um valor mínimo de 20 anos (aluno mais novo) a um valor máximo obtido nos 55 anos (aluno mais velho). A média amostral aproxima-se dos 24 anos de idade e a mediana situou-se nos 22.

A classe modal registada (20 a 25 anos) registada faz parte de um conjunto de valores semelhantes aos encontrados em outros estudos semelhantes realizados tendo como alvo os estudantes universitários (pe: Salgado, 2000; Ferreira & Hood, 1997; Figueiredo & Silva, 2005).

Para testar a hipótese da idade da primeira relação sexual estar correlacionada com o nível de conhecimentos dos estudantes inquiridos usamos como teste o coeficiente de correlação de Pearson. Concluímos pela existência de uma positiva e moderada correlação entre a idade da primeira experiência sexual e os conhecimentos ($r=0,209$; $N=100$; $p=0,037$).

A hipótese da existência de associação entre as pontuações do questionário de conhecimentos e a percepção de poder vir a ser infectado pelo vírus fez-se recorrendo ao teste de Pearson, não tendo no entanto sido encontrada uma correlação entre as variáveis.

Inserida na hipótese de que as variáveis sócio demográficas influenciam o conhecimento sobre VIH, a relação mais clara encontrada foi a do conhecimento sobre VIH e curso frequentado. Com efeito os estudantes de enfermagem obtêm médias bastante elevadas de acertos ($M=36,78$), seguidos dos alunos de psicologia ($M=34,27$) e por último, com médias bastante mais inferiores pelos alunos de Gestão ($M=32,05$). Estas diferenças encontradas entre cursos são significativas pelo teste ANOVA ($F=26,03$; $gl=2$; $p=0,00$).

Ao testar a hipótese de a percepção de poder vir a estar infectado(a) com o vírus da SIDA de acordo com os comportamentos e a orientação sexual, constatamos que os

indivíduos que já tiveram relações sexuais com alguém do mesmo género obtiveram médias superiores na escala de percepção de risco de contrair infecção (M=3,40 vs M=1,90), verificamos igualmente que essas diferenças são estatisticamente significativas. Comparando os estudantes que já tiveram relações sexuais (M= 2,02), com aqueles que ainda não tiveram relações (M=1,45) podemos verificar que os primeiros referem um maior risco. Contudo essas diferenças não são significativas. Os alunos que referem ter relacionamentos estáveis apresentam um risco médio inferior (M=1,84 vs M=2,09).

Os resultados obtidos permitem constatar que a percentagem mínima de acertos obtida, corresponde à questão “O VIH é eliminado por produtos químicos” onde apenas 16% dos alunos acertaram. A percentagem mais elevada de respostas correctas foi obtida nos itens “Existe cura para a Sida”, “Tomar a pílula anti-concepcional impede uma mulher de contrair o VIH” e “Uma pessoa pode contrair o VIH pela partilha de agulhas com alguém que está infectado pelo vírus” ambas as questões com percentagens de 99,09%.

12. BIBLIOGRAFIA

Albuquerque, J., Lima, F., & Saldanha, A. (2010). O perfil da vulnerabilidade à AIDS em adolescentes da zona rural do estado do Paraíba/ Brasil. . *Comunicação apresentada ao X Congresso HIV/AIDS "O VIH/SIDA nos Países de Língua Portuguesa"* . Portugal.

Albuquerque, J., Lima, F., & Saldanha, A. (2010). O perfil da vulnerabilidade à AIDS em adolescentes da zona rural do estado do Paraíba/ Brasil. . *Comunicação apresentada ao X Congresso HIV/AIDS "O VIH/SIDA nos Países de Língua Portuguesa"* . Portugal.

Almeida, L., Soares, A., & Ferreira, J. (2000). Transição e adaptação à universidade. Aplicação de um questionário de vivências académicas (QVA). *Psicologia* , XIV. Nº 2.

Alvarez, M., & Nogueira, J. (2008). Definições sexuais de estudantes universitários. *Psicologia* , 22 (1), 50-76.

Alvarez, M., & Nogueira, J. (2008). Definições sexuais de estudantes universitários. *Psicologia* , 22 (1), 50-76.

Alvarez, M., & Nogueira, J. (2008). Definições sexuais de estudantes universitários. *Psicologia* , 22 (1), 50-76.

Azjen, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Chicago: Dorsey Press.

Azjen, I., e Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Bandura, A. (1994). Cognitive Theory and exercise of control over HIV infection. In R. J. DiClemente e J. L. Peterson (Ed.), *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioral interventions*, (pp. 25-60). New York: Plenum Press.

Bennett, P., e Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi editores.

Borges, A., & Schor, N. (2005). Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 499-507.

Borges, A., & Schor, N. (2005). Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 499-507.

CAETANO, Machado – *SIDA em Portugal-Entender o Desastre, Reverter a Situação – Informação SIDA*; Lisboa, Maio, 2002, 22-24 pp.;

Cardoso, A. (1999). *Prevenção primária da SIDA em jovens Avaliação de um projecto de prevenção: conhecimentos, comportamentos e atitudes*. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (Tese não publicada).

Cardoso, A. (1999). *Prevenção primária da SIDA em jovens Avaliação de um projecto de prevenção: conhecimentos, comportamentos e atitudes*. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (Tese não publicada).

CARDOSO, Alice – *Prevenção Primária da SIDA em Jovens- Avaliação de um Projecto de Prevenção Conhecimentos, Comportamentos e Atitudes-* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto, 1999.

Carneiro, W., Rodrigues, J., Felix, M., Athayde, A., Lobo, K., & Vilela, V. (2009). Percepção de vulnerabilidade feminina ao vírus da AIDS na estratégia de saúde da família. *DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 21(3), 101-106.

Carneiro, W., Rodrigues, J., Felix, M., Athayde, A., Lobo, K., & Vilela, V. (2009). Percepção de vulnerabilidade feminina ao vírus da AIDS na estratégia de saúde da família. *DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 21(3), 101-106.

Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2009). Instituto Nacional de Saúde.

CLAUDIO; Victor; MATEUS, Maria – SIDA: eu e os outros- 1ª edição; Lisboa; Climepsi Editores; 2000.

Comissão Nacional Luta Contra a SIDA (2005) e (2010). [On-line]. Disponível: www.cnlcs.pt

Cruz, J., e Melo, B. (1996). A utilização do preservativo nos jovens adultos: estudo preliminar das hipóteses da Teoria da Acção Racional para a prevenção da SIDA. In L. Almeida, J. Silvério e S. Araújo (Eds.) *Actas do II Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia* (Vol.II., pp. 131-141). Braga: Universidade do Minho.

Cruz, J., Vilaça, M. T., Sousa, A., Gomes, A., Melo, B., Araújo, M., Dias, C., Freitas, M., e Ruivo, M., (1997). Prevenção do VIH e do SIDA nos adolescentes e jovens adultos: investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2 (2), 279-304.

Cunha, M. (2003). *Sida: os comportamentos de risco em jovens universitários dos Açores*. Coimbra: Tese não publicada.

Cunha, M. (2003). *Sida: os comportamentos de risco em jovens universitários dos Açores*. Coimbra: Tese não publicada.

Cunha-Oliveira., Cunha-Oliveira., Cardoso, I., Pita., & Massano. (2010). *Conhecimentos sobre VIH em estudantes da Universidade de Coimbra e sua relação com as práticas sexuais preventivas*. Coimbra: Comunicação apresentada ao X Congresso VIH/SIDA.

Cunha-Oliveira., Cunha-Oliveira., Cardoso, I., Pita., & Massano. (2010). *Conhecimentos sobre VIH em estudantes da Universidade de Coimbra e sua relação com as práticas sexuais preventivas*. Coimbra: Comunicação apresentada ao X Congresso VIH/SIDA.

DEVITA, Vicent *et al-* SIDA- *Etiologia, Diagnóstico, Tratamento e Prevenção*- 2ªEdição; Rio de Janeiro; Revinter; 1991.

Erikson, Erik Homburger (1972). *Adolescence et crise – la quête de l'identité* (versão Francesa). Paris: Flammarion.

Fauci, Anthony; Lane, Clifford- *Doença do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV):AIDS/SIDA e Doenças Correlativas*: in- Harrinsson- Medicina Interna- 13ª Edição; Rio de Janeiro, McGraw- Hill; 1995, pp. 1641-1693.

Ferreira, Lúcia – *Crenças , Tabus e Mitos na Prevenção do VIH/SIDA nas Comunidades Africanas*- Sexualidade e Planeamento familiar, nº 34, Maio/Agosto, 2002, pp. 33-40.

Fishbein, M., e Azjen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behaviour: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Fishbein, M., e Middlestadt, S.(1989). Using the Theory of Reasoned Action as a framework for understanding and changing AIDS – Related behaviours. In V. Mays, G. W. Albee e F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*. Newbury Park: Sage. 93-110

Fishbein, M., e Middlestadt, S., e Hitchcock, P. (1994). Using information to change transmitted disease-related behaviors: An analysis based on the Theory of Reasoned Action. In R. DiClemente e J. Peterson (Ed.), *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioral interventions*, (pp. 61-78). New York: Plenum Press.

Fishbein, M., e Middlestadt, S., e Hitchcock, P. (1994). Using information to change transmitted disease-related behaviors: An analysis based on the Theory of Reasoned Action. In R. DiClemente e J. Peterson (Ed.), *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioral interventions*, (pp. 61-78). New York: Plenum Press.

Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística (1998). [On-line]. Disponível: <http://www.ine.pt>.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P., Departamento de Doenças Infecciosas; Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica; *Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas* em colaboração com Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, (CNLCS) 2010).

Kalichman, S. (1998). *Preventing AIDS: A sourcebook for behavioral interventions*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

Kelly, J., e Kalichman, S. (1995). Increased attention to human sexuality can improve HIV193 -AIDS prevention efforts: Key research issues and directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6), 907-918. Lisboa: Ciscos.

Martins, M. (2002). *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

MEIRELES, Pedro; PRAZERES, Vasco – *Prevenção- Juventude* in –Plano Estratégico de Luta contra a infecção pelo VIH/SIDA para o triénio 2001-2003; Ministério da Saúde; Lisboa;2001; pp. 27.

Montagnier, L. (1994). *Vírus e Homens. O combate contra a SIDA*. Lisboa: Instituto Piaget.

Monteiro, M., & Vasconcelos-Raposo. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: Um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças* , 7(1), 125-136.

Monteiro, M., & Vasconcelos-Raposo. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: Um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças* , 7(1), 125-136.

Morris, L. (1992). Sexual experience and use of contraception among young adults in Latin Americam. *Morbidity and Mortality Weekly Report* , 41 (4), 27-40.

Mourão, V. e Torgal, J. (2000). *Observatório aos comportamentos e atitudes em relação ao HIV/SIDA em estudantes do ensino superior da Região Autónoma dos Açores –1998*.

NABAIS, Isabel – *Repercurssões Psicológicas do Diagnóstico – Informação SIDA*, nº7, Lisboa, Março /Abril; 1998, pp. 30-31.

NODIN, Nuno – *Os jovens Portugueses e a sexualidade em finais do século XX*- APF; Lisboa; 2001;

Oswalt, R., & Matsen, K. (1993). Sex, AIDS and Use of Condoms: a survey of compliance in college students. *Psychological Reports* , 72 (3), 764-766.

Paiva, V., Calazans, G., Venturi, G., & Dias, R. (2008). Idade de uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública* , 42 (1), 45-53.

PARHAM, Peter – *O sistema imune*- 1ªedição; São Paulo; Artmed; 2001.

PHIPPS, Wilma, *et al*, *Enfermagem Médico Cirúrgica*- Conceitos e Prática Clínica- 2ªedição; Lisboa; Lusodidacta;1999

Prazeres, V. (1995). Educação Sexual e Saúde dos adolescentes. *Sexualidade, Planeamento Familiar*, 6, 2, 14-18.

Ramsum, D., Marion, S., & Mthias, R. (1993). Chances in university students AIDS-Related knowledg, attitudes and behaviors. *Canadian Journal of Public Health* , 84, 257-278.

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ribeiro, M., & Fernandes, A. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde & Doenças* , vol.10, no.1, 99-113.

Salgado, A. (2000). *Conhecimentos, atitudes e comportamentos de risco face ao VIH/Sida em estudantes universitários*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Tese não publicada.

SHEEHY, Susan, *Enfermagem de Urgência – Da teoria à Prática*; 4ª Edição; Loures; Lusociência; 2001.

SMELTZER, Susanne; BARE, Brenda – *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*- 9ª Edição; Rio de Janeiro; Guanabra Koogan,; 2002

SOUSA, Paulo – *Internamento de um seropositivo – Informação SIDA*, nº15, Julho/Agosto; 1999 pp. 14-15.

Svenson, G. R. (2002). *Os Jovens e a Prevenção da SIDA: Guia Europeu de Educação pelos Pares*. Lisboa: Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.

UNAIDS/ OMS 2008, [On-line]. Disponível: www.unaids.org

Vera-Gamboa, Sánchez-Magallón., Renán., & Góngora-Biachi. (2006). Conocimientos y percepción de riesgo sobre el Sida en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Rev Biomed* , 17, 157-168.

Vilaça, e Cruz, J. (1996). Conhecimento e atitudes dos adolescentes e jovens adultos face à SIDA. In L. Almeida, J. Silvério e S. Araújo (Eds.). *Actas do II Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia* (Vol.II. pp. 205 – 212). Braga: Universidade do Minho

Waghabi: AIDS – www.abcd aids.com.br. 2005

ANEXOS