



Cláudia Margarida Correia Balula Chaves **Promoção de Comportamentos Saudáveis e
Prevenção da SIDA no Ensino Superior**



**Cláudia Margarida
Correia Balula Chaves** **Promoção de Comportamentos Saudáveis e
Prevenção da SIDA no Ensino Superior**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Educação, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Auxiliar com agregação do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro e sob a co-orientação científica da Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

Apoio financeiro da Fundação para a
Ciência e Tecnologia e do Fundo Social
Europeu no âmbito do III QREN –
POPH – Tipologia 4.1 – Formação
Avançada.

Dedico este trabalho aos meus filhos Maria Ana e Pedro Manuel e aos meus
sobrinhos Maria Margarida e António.

O júri

Presidente

Prof. Doutor António Carlos Matias Correia
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor José Pereira da Costa Tavares
Professor Catedrático Jubilado da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Maria Amélia da Costa Lopes
Professora Associada com Agregação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

Prof. Doutor Victor José Lopes Rodrigues
Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Prof. Doutor Manuel Alves Rodrigues
Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Prof. Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Rosa Maria Lopes Martins
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Prof. Doutora Maria Isabel Pinto Simões Dias
Equiparada a Professora Adjunta da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria

agradecimentos

Porque não é possível realizar um trabalho, por muito modesto que seja, só com o empenhamento e esforço de uma pessoa, queremos vivamente expressar a nossa gratidão:

- À Professora Doutora Anabela Pereira, o meu reconhecimento e admiração pela orientação, apoio, disponibilidade e confiança durante a realização do estudo e à Professora Doutora Rosa Martins pela orientação, amizade e persistente estímulo;
- Ao Professor Doutor João Duarte, pela colaboração e ensinamento no tratamento estatístico do estudo;
- Aos meus mestres, colegas e colaboradores, o exemplo e pertinência de críticas e sugestões;
- Aos estudantes que se disponibilizaram a colaborar neste estudo, pedra basilar na sua consecução;
- Devo também agradecer a todos os que me ajudaram com as diversas pesquisas bibliográficas de que este projecto necessitou;
- Aos meus alunos, que obrigaram novos horizontes à minha indagação;
- Aos colegas do doutoramento, pelas vivências e projectos partilhados;
- Às Dr.^a Uli, Eugénia e Ana Carolina, pela amizade e apoio gráfico com o seu notável profissionalismo;
- À minha família e aos meus amigos que compreenderam e aceitaram mais um percurso partilhado com indagações, pesquisas, estatísticas e afins.

A todos os que se interessaram e preocuparam, implícita ou explicitamente, com a consecução deste estudo, o nosso

Muito Obrigada.

palavras-chave

Infecção VIH/sida, Ensino Superior, Educação para a Saúde, Comportamentos Preventivos

resumo

No processo de transição para o ensino superior, o jovem é confrontado com novas experiências como o restabelecimento de relações mais íntimas, a autonomização em relação à família e contactos sociais mais alargado. A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VHI) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) representa um dos maiores problemas sócio-sanitários a nível mundial pelo que nesta fase de transição devemos promover comportamentos saudáveis através da educação para a saúde.

São objectivos do estudo: Caracterizar as fontes de informação/conhecimentos a que recorrem os estudantes do ensino superior para esclarecimentos na área da SIDA; Identificar o nível de conhecimentos em relação à infecção VIH/sida; Classificar as estratégias da educação para a saúde já aplicadas, recursos utilizados e avaliação efectuada; analisar os aspectos psicológicos face à percepção da educação para a saúde.

Participaram 2002 estudantes (60.7% raparigas) com idades entre os 17 a 68 anos, ($M=21.76 \pm 4.43$), dos primeiros e últimos anos do ensino superior das zonas Norte e Centro do país. O protocolo de recolha de informação inclui dados pessoais e académicos, a escala de fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA, escala de avaliação de educação para a saúde na área da SIDA construídas para o efeito, escala de saúde e relacionamento, medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA, escala de eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e escala de comportamentos preventivos.

Os estudantes recorrem maioritariamente à leitura de material informativo para obter informações/conhecimentos sobre SIDA. Cerca de 37% tem boa informação/conhecimentos sobre SIDA sendo os jovens até aos 25 anos e os que frequentam cursos na área da saúde que apresentam índices mais elevados.

São os alunos do primeiro ano e da área da saúde que apresentam melhor percepção na avaliação da educação para a saúde, embora 36.4% da amostra avaliasse como inadequada a educação para a saúde na área da SIDA.

Verificamos que existem várias formas de efectuar educação para a saúde direccionada para o jovem, mas nem todas apresentam o mesmo grau de eficácia, pois como observamos a mudança de comportamentos e atitudes dos jovens, tendem a valorizar mais a informação fornecida pela comunicação social. Pensamos que são necessárias alterações nos modelos de Educação para a saúde no âmbito do VIH/sida, pois estas não estão a revelar um nível de eficácia satisfatório. Por outro lado, não há em Portugal, uma Educação para a Saúde estruturada e organizada que motive os jovens à mudança de comportamentos, pois apesar de muitos deles terem conhecimentos, não alteram os comportamentos de risco.

keywords

Infection HIV/AIDS, Higher Education, Health Education, Preventive Behaviour.

abstract

In the process of transition to higher education, young people are confronted with new experiences and with re-establishing more intimate relationships, growing independence from the family and broader social interaction. Infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is one of the greatest social and sanitary problems in the world. Therefore, during this transition phase we must promote healthy behaviour through health education.

The aims of this study are: to characterise sources of information/knowledge which students in higher education turn to so as to learn about AIDS; to identify their level of knowledge regarding HIV/AIDS; to classify education strategies for health which are already applied, resources used and assessment made; to analyse the psychological aspects regarding perception of health education.

There was a participation of 2002 students (60.7% females) aged between 17 and 68 years, ($M=21.76 \pm 4.43$), in the first and last years of higher education in the North and Centre regions of the country. The protocol for information collection includes personal and academic data, the scale of information/knowledge of AIDS, an assessment scale for health education on AIDS created for this end, a health and relationship scale, motivational measures to employ preventive behaviours with regards to AIDS, a scale of perceived effectiveness of preventive behaviours regarding AIDS and a scale of preventive behaviours.

The students resort mainly to informative reading materials to obtain information/knowledge on AIDS. Approximately 37% have good information/knowledge of AIDS. It is young people up to the age of 25 and those who attend courses in the health field who show higher rates.

The students in the health field in their first year show the best perception in assessing health education. Nevertheless, 36.4% of the sample assessed health education on AIDS as inadequate.

We found that there are various ways to carry out health education directed at young people, but not all of them were equally effective. We found that in changing behaviours and attitudes, young people tend to value information supplied by the media more highly. We think that changes to the models of health education pertaining to HIV/AIDS are required, since the ones in place are not showing a satisfactory level of effectiveness. On the other hand, in Portugal there is no structured and organised health education which motivates young people to changing their behaviour. Although many of them have knowledge, they do not change their risk behaviour.

Índice

Agradecimentos	
Resumo	
Abstract	
Índice	I
Índice de quadros	III
Índice de gráficos, figuras e esquemas	IV
Índice de tabelas	V
Siglas	IX
Abreviaturas	X
Introdução geral	11
PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
Capítulo 1: A infecção VIH/sida e os comportamentos	23
1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – SIDA	24
1.1. Epidemiologia social	44
1.2. Aspectos epidemiológicos da SIDA a nível mundial	46
1.3. Dados do VIH/sida em Portugal	51
Capítulo 2: Ensino Superior e a SIDA	55
1. O estudante do Ensino Superior e a SIDA	57
2. Rede de recursos e dinâmicas de intervenção	67
Capítulo 3: Estratégias de promoção de comportamentos saudáveis e prevenção da infecção VIH/sida	75
1. Educação para a saúde e a SIDA	81
2. Teorias e modelos em educação para a saúde	86
3. Metodologias educativas e pedagógicas	96
4. Estudos nacionais e internacionais	116
PARTE 2: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA	
Capítulo 4: Metodologia	141
1. Enquadramento e desenho do estudo empírico	141
2. Questões e objectivos do estudo	144
3. Hipóteses e variáveis do estudo	145
4. Amostra do estudo	148
5. Instrumentos de avaliação	149
5.1. Questionário sociodemográfico e caracterização académica	150
5.2. Fontes de informação/conhecimentos na área da SIDA	151
5.3. Escala de avaliação da educação para a saúde na área da SIDA (EAES)	159
5.4. Escala saúde e relacionamento	164
5.5. Medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA	172
5.6. Escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA	178
5.7. Escala de comportamentos preventivos	185
6. Procedimentos	189
6.1. Procedimentos éticos	190

7. Métodos estatísticos utilizados.....	191
7.1. Estatística descritiva.....	191
7.2. Análise de consistência interna das escalas.....	192
7.3. Coeficientes de correlação: <i>Pearson</i> e <i>Spearman</i>	193
7.4. Teste <i>t</i> de <i>Student</i> e teste de <i>Mann-Whitney</i>	193
7.5. Teste ANOVA e <i>Kruskall-wallis</i>	194
Capítulo 5: Resultados	197
1. Caracterização sócio-demográfica.....	197
2. Caracterização familiar.....	200
3. Caracterização da prática religiosa.....	203
4. Caracterização de actividade remunerada.....	204
5. Caracterização académica.....	206
6. Fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA.....	209
7. Saúde e relacionamento.....	214
8. Motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA.....	218
9. Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA.....	222
10. Comportamentos preventivos da SIDA.....	226
11. Avaliação da educação para a saúde.....	236
12. Relação entre a avaliação da educação para a saúde na área da SIDA e as variáveis socio-demográficas.....	237
13. Relação entre a avaliação da educação para a saúde na área da SIDA e as variáveis académicas.....	239
14. Relação entre a avaliação da educação para a saúde na área da SIDA e as variáveis de natureza cognitiva e de natureza psicológica.....	241
Capítulo 6: Discussão	255
Capítulo 7: Conclusões	287
Referências Bibliográficas	301
Anexo 1: Protocolo de Instrumentos de Avaliação	
Anexo 2: Tabela de frequências de respostas de Escala Fontes de Informação/Conhecimentos sobre SIDA	
Anexo 3: Tabela de frequências de respostas da Escala de Avaliação da Educação para a Saúde na Área da SIDA	
Anexo 4: Tabela de frequências de respostas da Escala Saúde e Relacionamento	
Anexo 5: Tabela de frequências de respostas da Escala de Medidas de Motivação para pôr em Prática Comportamentos Preventivos Relativos à SIDA	
Anexo 6: Tabela de frequências de respostas da Escala da Eficácia Percebida dos Comportamentos Preventivos da SIDA	
Anexo 7: Pedido e Autorização de utilização de Escalas	
Anexo 8: Autorização das Instituições de Ensino Superior	

Índice de Quadros

Quadro 1-	Diagnóstico de SIDA.....	25
Quadro 2-	Diagnóstico Serológico de VIH/sida.....	31
Quadro 3-	Etapas da Mudança.....	95
Quadro 4-	Fases de um programa de educação para a saúde.....	98
Quadro 5-	Formas de orientar a educação para a saúde aos estudantes.....	103
Quadro 6-	Recursos para a aprendizagem.....	104
Quadro 7-	Regressão múltipla entre recursos educativos e as variáveis independentes.....	243
Quadro 8-	Regressão múltipla entre processo de aprendizagem e as variáveis independentes.....	245
Quadro 9-	Regressão múltipla entre conteúdos e as variáveis independentes.....	247
Quadro 10-	Regressão múltipla entre métodos educativos e as variáveis independentes.....	249
Quadro 11-	Regressão múltipla entre avaliação da educação para a saúde e as variáveis independentes.....	251

Índice de Gráficos

Gráfico 1-	Gráfico de variâncias de <i>Scree Plot</i>	169
Gráfico 2-	Gráfico de variâncias de <i>Scree Plot</i> da escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA.....	182
Gráfico 3-	Distribuição da amostra pelo local de residência.....	199
Gráfico 4-	Distribuição da amostra em relação à coabitação.....	200
Gráfico 5-	Habilitações literárias dos pais.....	201
Gráfico 6-	Frequências das profissões dos pais.....	203
Gráfico 7-	Instituição onde estuda.....	206

Índice de Figuras

Figura 1 –	Fisiopatogenia do VIH.....	28
Figura 2 –	Prevalência do VIH nos jovens entre os 15 aos 24 anos, no Mundo.....	49

Índice de Esquemas

Esquema 1 -	Estratégias de intervenção.....	84
Esquema 2 -	Etapas de um programa preventivo.....	85
Esquema 3 -	Esquema geral da investigação.....	143
Esquema 4 -	Síntese das variáveis preditoras da avaliação da educação para a saúde.....	253

Índice de Tabelas

Tabela 1 –	Distribuição da amostra por idade e percentagem.....	148
Tabela 2 –	Distribuição da amostra por sexo e percentagem.....	149
Tabela 3 –	Correlação de <i>Pearson</i> entre os diferentes itens e valor global da escala.....	154
Tabela 4 –	Consistência interna da escala fontes de informação/conhecimentos.....	156
Tabela 5 –	Ordenações dos itens por factor.....	157
Tabela 6 –	Valores da variância em relação aos factores.....	157
Tabela 7 –	Valores de <i>alfa de Cronbach</i> por subescala.....	158
Tabela 8 –	Matriz de correlação de <i>Pearson</i> entre os factores da escala e o valor global.....	158
Tabela 9 –	Correlação de <i>Pearson</i> entre os diferentes itens e valor global da escala de avaliação da educação para a saúde.....	160
Tabela 10 –	Consistência interna da escala de avaliação da educação para a saúde.....	161
Tabela 11 –	Ordenações dos itens por factor da escala de avaliação de educação para a saúde....	162
Tabela 12 –	Valores da variância em relação aos factores.....	163
Tabela 13 –	Valores de <i>alfa de Cronbach</i> por subescala.....	163
Tabela 14 –	Matriz de correlação de <i>Pearson</i> entre os factores da escala avaliação da educação para a saúde na área da SIDA e o valor global.....	163
Tabela 15 –	Estatísticas e correlação de <i>Pearson</i> entre os diferentes itens e valor global da escala de saúde e relacionamento.....	166
Tabela 16 –	Consistência interna da escala de avaliação da escala saúde e relacionamento.....	168
Tabela 17 -	Total Variância explicada.....	169
Tabela 18 –	Ordenações dos indicadores por factores da escala Saúde e relacionamento.....	170
Tabela 19 –	Valores da variância por factores.....	171
Tabela 20 –	Valores de <i>alfa de Cronbach</i> por factores da escala saúde e relacionamento.....	171
Tabela 21 –	Matriz de correlação de <i>Pearson</i> entre os factores da escala saúde e relacionamento e o valor global.....	171
Tabela 22 –	Estatísticas e correlação de <i>Pearson</i> relativas às medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA.....	175
Tabela 23 –	Consistência interna da escala de avaliação relativa às medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA.....	176
Tabela 24 –	Ordenações dos indicadores por factores da escala relativa às medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA.....	177
Tabela 25 –	Valores da variância por factor.....	178
Tabela 26 –	Valores de <i>alfa de Cronbach</i> por factores da escala relativa às medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA.....	178
Tabela 27 –	Matriz de correlação de <i>Pearson</i> entre os factores da escala percepções sobre comportamentos seguros e o valor global.....	178
Tabela 28 –	Estatísticas e correlação de <i>Pearson</i> relativas à escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA.....	180
Tabela 29 –	Consistência interna da escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA.....	181
Tabela 30 –	Valores da variância da escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA.....	182

Tabela 31 –	Saturação dos indicadores por factores da escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA.....	183
Tabela 32 –	Valores de variância por factores	184
Tabela 33 –	Valores de <i>alfa de Cronbach</i> por factores da escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA.....	184
Tabela 34 –	Matriz de correlação de <i>Pearson</i> entre os factores da escala eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e o valor global.....	184
Tabela 35 –	Itens que integram o factor discussão sobre a prática de sexo seguro.....	186
Tabela 36 –	Valor de <i>alfa de Cronbach</i> para a subescala discussão sobre a prática de sexo seguro.....	186
Tabela 37 –	Itens que integram o factor acessibilidade aos preservativos.....	187
Tabela 38 –	Valor de <i>alfa de Cronbach</i> para a subescala acessibilidade aos preservativos.....	187
Tabela 39 –	Itens que integram o factor uso do preservativo durante as relações sexuais.....	187
Tabela 40 –	Valor de <i>alfa de Cronbach</i> para a subescala uso do preservativo durante as relações sexuais.....	187
Tabela 41 –	Itens que integram o factor comportamento relativo aos testes de VIH.....	188
Tabela 42 –	Valor de <i>alfa de Cronbach</i> para a subescala comportamento relativo aos testes de VIH.....	188
Tabela 43 –	Estatísticas relacionadas com a idade.....	198
Tabela 44 –	Classificação Nacional de Profissões (1994).....	202
Tabela 45 –	Caracterização socio-demográfica da amostra em função do género.....	205
Tabela 46 –	Caracterização académica em função do género.....	208
Tabela 47 –	Estatísticas relativas às fontes de informação e conhecimentos em relação à SIDA.....	209
Tabela 48 –	Estatísticas relativas às fontes de informação e conhecimentos em relação à SIDA por factores.....	210
Tabela 49 –	Classificação das fontes de conhecimentos/informação sobre SIDA em função do género.....	211
Tabela 50 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA e género.....	211
Tabela 51 –	Teste de <i>Kruskall-Wallis</i> entre grupos etários e fontes de informação/conhecimentos relacionados com a SIDA.....	212
Tabela 52 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA e tipo de curso.....	213
Tabela 53 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre fontes de informação/conhecimentos relacionados com a SIDA e ano que frequenta.....	213
Tabela 54 –	Teste <i>t</i> para diferença de médias entre fontes de informação/conhecimentos relacionados com a SIDA e formação na área da SIDA.....	214
Tabela 55 –	Estatísticas relativas à escala saúde e relacionamento.....	214
Tabela 56 –	Classificação da escala saúde e relacionamento em função do género.....	215
Tabela 57 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre a escala saúde e relacionamento e género.....	215

Tabela 58 –	Teste de <i>Kruskall-Wallis</i> entre grupos etários e saúde e relacionamento.....	216
Tabela 59 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre saúde e relacionamento e tipo de curso.....	216
Tabela 60 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre saúde e relacionamento e ano que frequenta.....	217
Tabela 61 –	Teste <i>t</i> para diferença de médias entre escala saúde e relacionamento e frequência de formação.....	217
Tabela 62 –	Matriz de correlação de Pearson entre saúde e relacionamento e fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA.....	218
Tabela 63 –	Estatísticas relativas à motivação para prática comportamentos preventivos relativos à SIDA.....	219
Tabela 64 –	Classificação da motivação para a prática de comportamentos preventivos em função do género.....	219
Tabela 65 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre motivação para a prática de comportamentos preventivos relativos à SIDA e género.....	220
Tabela 66 –	Teste de <i>Kruskall-Wallis</i> entre grupos etários e motivação para a prática de comportamentos preventivos relativos à SIDA.....	220
Tabela 67 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre motivação para a prática de comportamentos preventivos relativos à SIDA e tipo de curso.....	221
Tabela 68 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre motivação para a prática de comportamentos preventivos relativos à SIDA e ano que frequenta.....	221
Tabela 69 –	Teste <i>t</i> para diferença de médias entre motivação para a prática de comportamentos preventivos relativos à SIDA e frequência de formação.....	222
Tabela 70 –	Estatísticas relativas à eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA.....	222
Tabela 71 –	Classificação da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA em função do género.....	223
Tabela 72 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e género.....	223
Tabela 73 –	Teste de <i>Kruskall-Wallis</i> entre grupos etários e a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA.....	224
Tabela 74 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e tipo de curso.....	224
Tabela 75 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e ano que frequenta.....	225
Tabela 76 –	Teste <i>t</i> para diferença de médias entre a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e frequência de formação.....	225
Tabela 77 –	Conversa sobre sexo seguro com parceiro antes de ter relações sexuais durante o último mês.....	226
Tabela 78 –	Tentativa de persuasão do parceiro sexual a praticar sexo seguro durante o último mês.....	227
Tabela 79 –	Frequência na aquisição de preservativo látex no último mês.....	227
Tabela 80 –	Frequência de preservativos de látex acessíveis no último mês.....	228
Tabela 81 –	Frequência de utilização dos preservativos de látex no último mês.....	228

Tabela 82 –	Frequência de utilização dos preservativos de látex nas relações sexuais vaginais no último mês.....	229
Tabela 83 –	Percentagem de utilização dos preservativos de látex nas relações sexuais vaginais no último mês.....	229
Tabela 84 –	Realização de teste VIH no último mês em função do género.....	230
Tabela 85 –	Marcação de consulta para realização do teste VIH no último mês em função do género.....	230
Tabela 86 –	Frequência das relações sexuais no mês passado e durante a vida em função do género.....	231
Tabela 87 –	Relacionamento sexual em função do género.....	231
Tabela 88 –	Relação íntima actual que envolva relações sexuais.....	232
Tabela 89 –	Relação monogâmica com o parceiro.....	232
Tabela 90 –	Frequência de relações sexuais vaginas no último mês com pessoas diferentes.....	233
Tabela 91 –	Número de parceiros em que usou sempre preservativo.....	233
Tabela 92 –	Número de parceiros que fizeram o teste da SIDA.....	233
Tabela 93 –	Frequência de relações sexuais anais no último mês com pessoas diferentes.....	234
Tabela 94 –	Número de parceiros em que usou sempre preservativo nas relações sexuais anais.....	234
Tabela 95 –	Número de parceiros das relações sexuais anais que fizeram o teste da SIDA.....	235
Tabela 96 –	Percentagem de utilização dos preservativos de látex nas relações sexuais anais no último mês.....	235
Tabela 97 –	Género dos parceiros sexuais.....	235
Tabela 98 –	Realização do teste de SIDA em função do género.....	236
Tabela 99 –	Local de realização do teste VIH em função do género.....	236
Tabela 100 –	Estatísticas relativas à avaliação da educação para a saúde.....	237
Tabela 101 –	Classificação educação para a saúde em função do género.....	237
Tabela 102 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre educação para a saúde e género.....	238
Tabela 103 –	Teste de <i>Kruskall-Wallis</i> entre grupos etários e a educação para a saúde.....	238
Tabela 104 –	Teste de <i>Kruskall-Wallis</i> entre local de residência e educação para a saúde.....	239
Tabela 105 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre educação para a saúde e tipo de curso.....	239
Tabela 106 –	Teste <i>t</i> para diferenças de médias entre educação para a saúde e ano que frequenta.....	240
Tabela 107 –	Teste <i>t</i> para diferença de médias entre educação para a saúde e formação na área da SIDA.....	240
Tabela 108 –	Correlação de <i>Pearson</i> entre recursos educativos e variáveis independentes.....	242
Tabela 109 –	Correlação de <i>Pearson</i> entre processo de aprendizagem e variáveis independentes.....	244
Tabela 110 –	Correlação de <i>Pearson</i> entre conteúdos e variáveis independentes.....	246
Tabela 111 –	Correlação de <i>Pearson</i> entre métodos educativos e variáveis independentes.....	248
Tabela 112 –	Correlação de <i>Pearson</i> entre avaliação da educação para a saúde e variáveis Independente.....	250

Siglas

CDC – Center for Disease Control and Prevention de Atlanta

CRS – Complexo Relacionado com SIDA

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

EUA – Estados Unidos da América

HIV – Human Immunodeficiency Virus

IPSS – Instituições particulares de solidariedade social

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não governamental

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

PA – Portadores Assintomáticos

RC – Recém-Nascidos

RES – Valor residual

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

VIH₁ – Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1

VIH₂ – Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 2

Abreviaturas

α - Alfa

cf. – Confronte com, confira

CV – Coeficiente de variação

Dp – Desvio padrão

ed. - Edição

et al. – Entre outros

F- Frequência

K - Kurtosis

Lda. – limitada

Máx. – Máximo

X – Média

Min. – Mínimo

N – Número

p. – Página

% - Percentagem

P – Probabilidade

Sk – Skewness

vol. - Volume

Introdução geral

A complexidade inerente a um mundo em metamorfose conduz à necessidade de uma formação profissional adaptada a essa evolução. Na actualidade a formação profissional não pode limitar-se à aprendizagem inicial, pois cada vez mais, é importante o domínio de saberes e de competências específicas em áreas diversificadas. Acreditamos como profissionais na área da docência que a formação é o elemento catalisador da sociedade em mudança e que as transformações sociais em curso, exigem novos desafios pelo que não podemos nem devemos abandonar-nos ao papel de meros transmissores de conteúdos mas pelo contrário adoptar uma atitude educativa global. O pensarmos, comprometermo-nos e agirmos em prol de uma escola melhor é um contributo para a construção de uma sociedade mais justa. Na escola não podemos apenas ensinar, necessitamos de aprender, questionarmos a situação actual, tentarmos melhorá-la e incentivar mudanças construtivas.

É nesse contexto, que concordamos com Soares, Vasconcelos & Almeida (2002) quando afirmam que a missão das instituições do ensino superior, não se deve limitar ao aumento dos conhecimentos (nível dos conteúdos das disciplinas) dos estudantes, mas sobretudo promover o seu desenvolvimento integral. Proporcionar estratégias de promoção de competências nos estudantes do Ensino Superior promove o bem-estar e a saúde mental, de acordo com objectivos preconizados pela reforma educativa e contexto social actual (Dias, 2008).

No jovem adulto, há acontecimentos que podem ser avaliados como ameaçadores ou como desafios, como seja a transição do ensino secundário para o ensino superior e a sua entrada na universidade. O impacto dessa transição é susceptível de mudar em função do contexto, mas para Costa, (2005) parece ser mediatizada pelo estudante e pela sua integração académica e social.

Nesta etapa do ciclo vital, o jovem é confrontado com tarefas específicas, experiências diversas tais como o estabelecimento de relações mais íntimas, a autonomização em relação à família, a gestão do tempo e do dinheiro, o desinvestimento nas relações pré-universitárias, assim como o contacto social mais alargado (Diniz, 2001, Caíres & Almeida, 1998). Assim sendo, o jovem adulto não experiênciam mudanças físicas significativas, como ocorreram durante o seu crescimento, mas sim vivências a nível social e emocional. Estas resultam em exigências internas e externas,

desenvolvendo a necessidade de maior exploração, comunicação e criatividade em novos contextos sociais e culturais (Tavares *et al.*, 2007).

Contudo, nem todos os jovens se apresentam com maturidade psicossocial e preparação académica, ou se mostram capazes de assumir responsabilidades, de desenvolver autonomia, de confrontar-se com situações de stresse, de gerir o tempo e os recursos, de desenvolver interações sociais ajustadas ou de atingir níveis adequados de auto disciplina, competências essenciais para uma adaptação académica bem conseguida. É neste contexto, que desempenha papel primordial a qualidade dos laços familiares, a qualidade de interacção com os colegas, a rede de apoios efectivos e a intenção de permanecer no curso pretendido (Machado & Almeida, 2000), sendo que a qualidade dessa adaptação é um factor fundamental para a saúde física e mental do indivíduo.

Pereira e colaboradores (1999, 2001) realizaram estudos que tiveram como objectivo avaliar as práticas e comportamentos saudáveis dos estudantes do ensino superior. Concluíram que os principais interesses manifestados pelos estudantes foram por ordem decrescente: sexo seguro/infecções sexualmente transmissíveis, decisões sexuais/intimidade, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), vida académica, saúde e boa forma física.

Com efeito a saúde é um direito a que todos deveriam ter acesso pois é um bem indispensável quer para a realização de uma actividade profissional quer para a felicidade individual. Todavia a saúde ultrapassa o domínio da medicina, na medida em que apela a comportamentos individuais, familiares, sociais, políticos, económicos, culturais e religiosos.

Refere Mendes (1996, p. 184 -185) que “a saúde tende a ser um valor e uma referência à qual cada um deve submeter a sua vida e é em seu nome que se organiza todo um conjunto de práticas, numa perpétua negociação entre o que é possível ser e o que não é, entre o domínio público e o privado, entre o prazer e o risco”.

A saúde é pois um valor a preservar que deve estar ao alcance de todos. Nesse sentido, cada indivíduo deve tirar partido das suas capacidades para investir na promoção da saúde e evitar a doença, mas isso só será possível se houver motivação e informação. Daí a importância das campanhas que focam a educação para a saúde. É, na nossa perspectiva, importante investir na educação para a saúde, pois só desta forma se investirá na prevenção primária, ou seja na promoção da saúde e na prevenção da doença. Regateiro (*in* Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005) afirma que desenvolver condições para que haja ganhos em saúde é uma prioridade necessária, para a manutenção da saúde, e só será possível de ser alcançada quando for vivida como uma forma de ser e de estar de todo o cidadão.

As concepções de saúde e doença não são estáticas, modificaram-se ao longo dos séculos e dependem do estatuto social e da profissão de quem as emite. Cada época tem as suas próprias doenças, as suas epidemias (Leandro, 2001). Mas o binómio saúde-doença não ficou, na sua concepção, confinado ao conhecimento conferido pela ciência. Como ressalta Leandro (2001), a saúde enquanto o prolongamento da vida opõe-se à doença e à morte e está presente em todos os aspectos da vida. Saúde é, para a autora (2001, p. 75), “sinónimo de bem-estar individual, familiar e social, sendo considerada um valor fundamental nas sociedades da modernidade, e é, simultaneamente, evocada como expressão de bem-querer”. Saúde apresenta-se assim como um elemento indispensável para a felicidade de cada um. É um valor referencial, ao qual submetemos as nossas vidas e as organizamos através de um conjunto de práticas sociais.

Pereira (1993, p. 163) encara a doença numa perspectiva social ao afirmar que “é um entre outros acontecimentos negativos que perturbam o normal funcionamento da Sociedade”. Nesta perspectiva, a doença é considerada pelo autor como um desvio social, uma fuga à normalidade que interrompe a rotina do quotidiano. Refere ainda que a doença acarreta sofrimento para o indivíduo e para o seu grupo, ameaçando a estabilidade daquele, pois cria-lhe desordem e desarrumação. Concebe a doença como um facto social que varia no espaço e no tempo de acordo com as conjunturas sociais.

Face a estas afirmações questionamo-nos: como é que a sociedade vê o indivíduo infectado pelo Vírus da Imunodeficiência Humana? Aceita-o ou rejeita-o? E o estudante do ensino superior, como percepciona a infecção VIH/sida? Que importância lhe atribui? Quais as fontes da sua informação? Os seus conhecimentos baseiam-se em evidências científicas, ou numa construção de crenças e falsos conceitos? Como se precavê perante um possível contágio?

O estado de doença, pela infecção VIH/sida, é categorizada como doença crónica, em que há a responsabilidade individual pela sua prevenção e pelos comportamentos que levaram à aquisição da mesma.

À doença é então dada uma conotação negativa. Balint (1998, p. 228) encara-a como “uma espécie de criança, neste caso, uma criança anormal e defeituosa, que, ao invés de ser portadora de prazer, traz a dor e a catástrofe ao seu criador”.

Com a infecção VIH/sida surge o estigma, a discriminação, o isolamento imposto e o sofrimento sem resposta terapêutica, ou não, dependendo dos contextos sociais, familiares, culturais em que cada indivíduo está inserido. Hesbeen (1993, p. 27) afirma que “a doença, qualquer que ela seja, não será vivida da mesma forma por cada pessoa, pois inscreve-se numa

situação de vida única, animada por um desejo de viver também único". Para a autora, a doença também pode ser vista como uma forma de dar um sentido diferente à vida.

A infecção VIH/sida não escolhe idade, sexo ou estatuto social, mas é vivenciada por todos embora em números e de formas diferentes. Como refere Machado Caetano (2000), afecta mais os pobres dos países mais pobres. A doença nasce no seio das sociedades e cada sociedade tem doenças características: a lepra e a peste negra na Idade Média, a SIDA na actualidade. Mas ao mesmo tempo, a sociedade cria os mecanismos para a eliminar, tais como o Sistema Nacional de Saúde constituído por centros hospitalares, unidades de saúde e os seus profissionais: médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e outros.

A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma intersecção entre estes dois campos, tanto em qualquer nível de atenção à saúde, quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender.

Em educação é necessário cuidar a arte da relação: o educador actualmente não se afirma através da autoridade do conhecimento, passa pela construção do poder da relação. Porém a construção desta relação implica saber estabelecer contratos de desenvolvimento com as pessoas que queremos educar, sendo que o educador deve ser o primeiro a honrar este contrato; Logo, o educador deve saber semear o desejo de aprender: a educação para a saúde é essencialmente uma questão de aprendizagem. As dificuldades educacionais e de aprendizagem têm efectivamente implicações na capacidade das crianças, jovens e adultos em enfrentar os desafios com que se deparam ao longo da vida (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

É difícil pretender mudar o comportamento de alguém que não deseja efectivamente mudar: a educação ajuda as pessoas a gerar a força que as apoia na tomada de decisão. A mudança só ocorre quando desperta significado e desejo de abertura a novas experiências. Porém as verdadeiras mudanças não são processos fáceis, implicam sempre autonomia, motivação e capacidade de decisão.

Na prática, os educadores de saúde têm que aprender a liderar grupos em contextos e condições específicas, recorrendo a estratégias criativas. A educação para a saúde implica uma perspectiva democrática de conjugação de esforços (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

Como docente do ensino superior compete-nos o estudo e investigação das estratégias educativas, técnicas e cientificamente validas, capazes de obter mudanças efectivas nos grupos e comunidades em contextos específicos e em relação a diferentes condutas.

O investigador precisa de aprender a valorizar o seu próprio desenvolvimento pessoal: qualquer educador antes de tentar inculcar novas aprendizagens a outrem, deve ter em conta a sua mudança pessoal. Assim a, formação de educadores de saúde deve ser um processo virado para a criatividade (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

A linguagem da saúde e da doença estrutura-se através da relação do indivíduo com a sociedade. Nem todos têm direito à saúde da mesma forma, pois há muitos indivíduos cujo poder económico os impedem de aceder a estabelecimentos de saúde privados. Assim, por exemplo, no interior do país não há tantos instrumentos, nem em quantidade, nem em variedade como no litoral. Também no interior não se tem acesso ao médico com a mesma facilidade das zonas industrializadas. Mas como refere Balint (1998, p.231) "a doença cria uma nova situação de vida à qual o paciente tem de se adaptar" e nós acrescentaríamos que essa adaptação é feita conforme as infra-estruturas existentes na zona do país em que se está inserido. As desigualdades existentes no nosso país no acesso à saúde devem-se também, na opinião de Mondragón (1999) não só aos diferentes graus de acessibilidade aos serviços médicos, como também aos infecciológicos e a outros profissionais. Também a eficácia na sua utilização é diferente porque diferentes são os conhecimentos e atitudes face à saúde, gerando desiguais probabilidades de uma boa recuperação e conseqüente normal inserção social. Foi neste contexto que nos direccionámos para a nossa realidade vivencial e enveredámos por um estudo nas zonas Norte e Centro do país, cujas características geo-demográficas as tornam tão distintas no contexto de proximidade e acessibilidade aos estabelecimentos de saúde, em comparação com as zonas do Sul do país.

Na base deste estudo está o aumento do número de casos de infecção VIH/sida em indivíduos jovens. De acordo com o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, o número de casos, entre 1 de Janeiro de 1983 e 31 de Dezembro de 2008, em indivíduos entre os 20 e 49 anos, representa 70.4% do total de infectados (<http://www.SIDA.pt/>).

A investigação e a intervenção psicológica tem vindo, ainda que lentamente a dar um importante contributo não só para a compreensão dos factores comportamentais associadas à SIDA e à infecção do VIH, mas também para as intervenções dirigidas para a educação e prevenção junto de grupos e comunidades. Contudo a investigação efectuada tem centrada a sua atenção quase exclusivamente em grupos que têm as taxas mais elevadas de incidência do SIDA e da infecção do VIH e que têm sido identificados como grupos com comportamentos de alto risco. Têm sido porém poucos os estudos dirigidos para a mudança de atitudes e comportamentos de grupos que actualmente se podem considerar sem risco, mas que podem potenciar-se como grupos com

comportamentos de alto risco. Estamos a falar por exemplo dos jovens adultos heterossexuais com múltiplos parceiros sexuais ou dos adolescentes em fase de experimentarem a sexualidade que acabaram de descobrir.

É talvez esta uma das razões porque a SIDA infecta todos os dias, mundialmente, cerca de 5000 a 6000 jovens, entre os 15 e os 24 anos de idade. Como tal, a SIDA torna-se uma das maiores ameaças à saúde e à vida humana, uma vez que ainda não existe uma cura para esta doença, pelo que a prevenção deve ser uma prioridade.

Nos últimos tempos alguns estudos têm vindo a analisar o conhecimento, atitudes e comportamentos em relação ao VIH/sida em diversos grupos da população como por exemplo em minorias étnicas, homossexuais e em profissionais de saúde (Chaves, 2005), mas um grupo que não tem sido devidamente estudado é o grupo dos jovens adultos. Com efeito, este grupo, devido a vários factores como estilo de vida, padrões de actividade sexual, as mudanças anatómicas e fisiológicas e o consumo de droga, contribuem para aumentar o estatuto de risco e, constituem um importante grupo para a intervenção, tendo em vista a prevenção de um aumento da SIDA.

Estes factos levam a que jovens adultos, poderão estar em risco sem se aperceberem ou terem consciência de tal, porque na maioria dos casos ignoram os avisos relativos ao risco. Alguns estudos têm vindo a referenciar que este grupo não toma as precauções adequadas relacionadas com os comportamentos de risco contra a gravidez e contra as infecções sexualmente transmissíveis.

Por outro lado, tem vindo a ser comprovada a sua resistência a campanhas educativas e preventivas que é devida em parte, aos valores e atitudes características e associadas ao período desenvolvimental em que se encontram e que podem inibir ou dificultar a mudança de comportamento. Estudos recentes sugerem que a mudança de comportamentos entre estudantes adolescentes e jovens adultos é muito pequena ou mesmo inexistente.

Por isso, o grupo dos adolescentes e jovens adultos, constitui um desafio particularmente difícil na luta contra a SIDA. Alguns destes jovens adultos constituem um grupo que faz a "ponte" entre os que se encontram infectados e o grupo mais vasto dos adolescentes e jovens adultos que não tem infecção ou que poderão já ser portadores assintomáticos.

Sabemos que os portadores assintomáticos da infecção por VIH, são predominantemente jovens com mais de 20 anos e indivíduos até aos 39 anos (70.4%) e como docente na área dos cuidados de saúde primários colocou-se-nos a seguinte questão: quando ocorre a infecção nos nossos estudantes, qual a nossa estratégia de prevenção da doença e qual a intervenção

promocional da saúde? Esta e outras questões foi a pedra basilar que sustentou a motivação para a realização deste estudo.

Inicialmente, a SIDA manifestou-se como um processo complexo, cujas patologias associadas eram infecções e tumores muito pouco frequentes e raramente diagnosticados ao nível dos Cuidados Diferenciados. Acresce o facto dos indivíduos infectados serem maioritariamente toxicod dependentes de drogas por via endovenosa, residentes em zonas muito concretas do nosso País e a atenção inicial a este problema ser essencialmente hospitalar.

Com o passar do tempo, o número de casos foi aumentando, pois a prática de risco continuou e continua a ser a utilização de drogas injectadas, existindo igualmente um número elevado de infectados por outras vias tais como a, transmissão hetero e homossexual e os filhos de mães infectadas. Apesar de não se ter conseguido um tratamento curativo para esta infecção, os meios de que a medicina dispõe melhoraram a sobrevivência e a qualidade de vida dos portadores do VIH/sida de forma considerável, embora dependentes de um "cocktail" medicamentoso e ainda sob a ameaça de emergirem resistências do vírus à terapêutica instituída.

Perante a demora no desenvolvimento de uma vacina para a prevenção da infecção e na ausência de um tratamento eficaz da doença, a prevenção ocupa um lugar primordial no contexto de formas a utilizar contra esta grande ameaça colectiva. Devemos pois utilizar todos os recursos que nos proporcionam a informação e educação para a saúde, não esquecendo a luta contra a discriminação e marginalização dos doentes infectados como pilar fundamental.

A prevenção, através da educação para a saúde, é uma das actividades da saúde pública e da medicina preventiva que desperta as maiores expectativas entre os profissionais e a população. Se bem que existam múltiplas definições, de forma ecléctica, pode definir-se como um processo multidimensional (de comunicação e de intervenção social e educativa) que tem por finalidade a capacitação e responsabilização das pessoas nas tomadas de decisões relacionadas com a saúde.

Como processo de comunicação, a educação para a saúde implica a transmissão de uma mensagem de um emissor a um receptor. Neste processo, temos como elemento chave o agente educativo, que será a pessoa que contribui de forma consciente ou inconsciente para que os indivíduos adoptem uma conduta favorável à saúde, tendo, como meio, a mensagem. Paradoxalmente, nos grupos em que a necessidade de capacitação é maior, a escassa intervenção dos serviços de saúde e de educação impede que se possam realizar actividades efectivas.

A marcada influência da opinião pública, moda, publicidade, valores, crenças, costumes, justificam a acção da educação para a saúde, uma vez que, ao analisarmos estes factores, se está

a intervir em processos sociais. Este processo educativo dirige-se às pessoas, com objectivos pedagógicos adequados às características dessas mesmas pessoas.

Este conjunto de pressupostos levou-nos às seguintes questões:

1. De que forma as variáveis socio-demográficas e académicas se repercutem na avaliação da educação para a saúde?
2. Em que medida os estudantes do ensino superior participaram/foram alvo de uma prática estruturada de educação para a saúde no âmbito da SIDA?
3. De que forma os estudantes avaliam as práticas da educação para a saúde de que foram alvo?
4. Quais as estratégias utilizadas pelos estudantes por forma a prevenir a infecção pelo VIH?
5. Que factores cognitivos e comportamentais interferem na percepção da avaliação da educação para a saúde na área da SIDA?

Face às questões apresentadas, optamos por dirigir o nosso estudo para a temática da Educação para a Saúde e a SIDA no Ensino Superior. A sua finalidade, não é testar modelos ou fundamentar teorias, o que se pretende é, sobretudo, identificar comportamentos de forma a que se possa ter um maior envolvimento da sociedade em geral na prevenção, o que só se tornará possível à medida que a prevenção for compreendida e reconhecida a necessidade da sua implementação. Também é intenção produzir conhecimentos e saberes em relação aos estudantes do Ensino Superior, na área da educação para a saúde, no contexto da SIDA, na região Norte e Centro do país.

Para a consecução destes propósitos, foram delineados objectivos de menor dimensão, mas obrigatoriamente escalares com os quais pretendemos:

- Caracterizar as fontes de informação/conhecimento às quais os estudantes do ensino superior recorrem para esclarecimento;
- Identificar o nível de conhecimentos dos estudantes do ensino superior em relação à infecção VIH/sida;
- Conhecer áreas deficitárias na vertente da formação no âmbito da infecção VIH/sida;
- Classificar as estratégias da Educação para a Saúde já aplicadas, recursos utilizados e avaliação efectuada;

- Investigar os saberes dos intervenientes relacionados com a infecção VIH/sida e os seus comportamentos preventivos;
- Analisar os aspectos cognitivos e psicológicos face à percepção da educação para a saúde.

Estruturalmente, esta pesquisa consta de duas partes estando cada uma organizada em capítulos. A primeira integra o quadro teórico, no qual damos conta da incursão feita pela literatura científica nacional e internacional, permitindo-nos desta forma contextualizar o problema em estudo, bem como sustentar as nossas hipóteses teóricas. Assim, a revisão teórica resultante da leitura bibliográfica, procurou abranger de forma sistematizada e aprofundada as áreas de estudo, consideradas como as mais relevantes para introduzir a nossa investigação, dando corpo a três capítulos principais. Nestes será focado o contributo dos autores para o acréscimo de conhecimento sobre o tema, salientando os aspectos relacionados com o modelo de análise para o qual, na segunda parte procuraremos suporte. Assim, o enquadramento teórico descreve e conceptualiza os conceitos que fundamentam a prática preventiva, defendemos a necessidade de se conceber a prevenção numa perspectiva cognitiva e psicológica, dando a conhecer que programas/teorias preventivos se pode recorrer para trabalhar a problemática da SIDA em ambiente das instituições do Ensino Superior. Assumimos neste trabalho a necessidade da prevenção, que deve ser partilhada por todos os agentes envolvidos.

Contextualizando, diremos que: o capítulo um relativo a infecção VIH/sida e os comportamentos; o capítulo dois ensino superior e a SIDA; o capítulo três estratégias de promoção de comportamentos saudáveis e prevenção da infecção VIH/sida.

Ao longo destes três capítulos, sustentámos a nossa exposição em diversos autores com o objectivo de efectuar uma revisão bibliográfica tão vasta quanto possível. Procurámos, ao mesmo tempo, retirar das diferentes perspectivas elementos capazes de esclarecer a problemática abordada.

O contributo pessoal da nossa investigação está patente na segunda parte deste trabalho, onde se conceptualiza o processo de investigação empírica. O mesmo subdivide-se em 4 capítulos, sendo o primeiro referente às considerações metodológicas, onde é descrito o tipo de estudo, designadamente os procedimentos metodológicos adoptados, desde a selecção da amostra, até à caracterização dos estudantes, passando pela descrição dos instrumentos e métodos de colheita de dados. O segundo relativo à apresentação e análise estatística aplicada aos dados, concernente à

análise inferencial dos resultados. O terceiro respeitante à discussão das opções metodológicas e dos resultados encontrados.

Finalizamos com a apresentação das conclusões, nas quais é apontada a necessidade de desenvolver investigação longitudinal neste domínio, com especial relevância em populações de jovens adultos a fim de melhor identificar as variáveis que interferem na educação para a saúde dando assim maior consistência ao modelo delineado.

PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1: A infecção VIH/sida e os comportamentos

Em 1977 a Assembleia Mundial para a Saúde, estabelecia como meta para o ano de 2000 atingir um nível de saúde que permitisse a todas as pessoas ter uma vida social e económica produtiva através da acção concertada da Organização Mundial de Saúde. Também o movimento “Saúde para Todos”, nascido em 1981, antecipava um tempo com níveis de saúde sem precedentes, conforme referido no documento “Global strategy for health for all by the year 2000” (Victorino, 2003).

Neste contexto não deixa de ser irónico o facto de a epidemia da SIDA ter surgido neste período.

Se a vacinação e a utilização de antibióticos fez com que pensássemos que a prevenção e a cura de determinadas doenças acontecessem, eis que surge a epidemia da SIDA durante este século, para perplexidade e insegurança de todos nós. Desta forma a SIDA tem um impacto na sociedade que ultrapassa o de qualquer outra doença da actualidade, o que leva a que seja muitas vezes referenciada como “peste dos tempos modernos”. Tal facto é reforçado pelos 50 milhões de pessoas que foram infectadas neste espaço de tempo, do qual 22 milhões já faleceram (UNAIDS, 2007).

Mas, sem dúvida que a SIDA tem a sua especificidade; requerendo desta forma, um maior desenvolvimento das competências na área da saúde pública e comunicação, assim como ter presente as interacções entre a doença e a própria sociedade. A própria história natural, que a distingue da maioria das outras epidemias, na medida em que o curso típico da doença se caracteriza por uma infecção aguda inicial, a maioria das vezes não identificada, seguida de um longo período de latência clínica com a duração de cerca de dez anos. Outra da sua especificidade está relacionada com as circunstâncias em que a própria doença se revelou inicialmente, nas comunidades gay dos Estados Unidos da América e em alguns países europeus, o que fez com que os serviços de saúde e a própria sociedade em geral encarassem durante vários anos a epidemia de modo modal, tendo repercussões na resposta à problemática da SIDA.

Sem dúvida, que foi demasiado tempo em que a estigmatização, o medo de contágio e muitas das vezes imagens associadas à história das grandes epidemias do passado, estiveram presentes entre os profissionais de saúde e na própria sociedade.

Uma questão importante que se deve colocar é saber se a epidemia pelo VIH e os problemas causados difere de outras epidemias, nomeadamente as “gripe espanhola de 1918”, ou as próprias febres hemorrágica (Ébola, Dengue, ...).

Na União Europeia, Portugal apresenta ainda a mais elevada taxa de incidência da infecção VIH (280 por 1.000.000 de habitantes, em 2004), acima do dobro das mais altas observadas nos restantes países. A dimensão relativa da incidência de casos de SIDA é similar e nem sequer conhecemos o risco real entre populações caracterizadas por exposições particulares, como trabalhadores do sexo, homens que têm relações sexuais com homens ou utilizadores de drogas injectáveis. Isto impede o conhecimento da dinâmica particular da infecção nestas circunstâncias e a sua relação com a crescente importância da epidemia entre a população heterossexual. O desafio, também por isso mais complexo.

É importante estudar a doença, porque permite orientar a política de saúde, mas também nos possibilita conhecer, revelar e estudar a própria sociedade.

Contudo, para realizar esta prevenção de forma eficaz, terá que necessariamente se conhecer a história da doença para uma melhor actuação e intervenção junto da comunidade.

1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA

A SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) surgiu no ano de 1981, quando foram notificados, nos Estados Unidos da América (EUA), casos de pneumonia por *Pneumococytis carinii* e de sarcoma de Kaposi (SK) entre homossexuais masculinos saudáveis.

Assim considera-se indivíduo VIH positivo: quando apresenta uma contagem de linfócitos CD4 <200 células/mm³ e ou surge o aparecimento de sintomas constitucionais ou doença oportunista típica da SIDA (Center for Disease Control [CDC], 1993).

A linfadenopatia generalizada persiste (LPG ou PGL – *persistent generalized lymphadenopathy*) desenvolve-se antes do aparecimento da SIDA. A síndrome da linfadenopatia (SLA ou LAS – *lymphadenopathy syndrome*) persiste geralmente durante mais de três meses e caracteriza-se pelo envolvimento de gânglios linfáticos de localização atípica. O colapso do sistema imunológico leva à manifestação de numerosos sintomas. A quantidade de células T auxiliaadoras no soro desce abaixo do limite crítico de 400. Além disso, a concentração sérica de IgG está

elevada, mas contém principalmente "globulinas *nonsense* " ineficazes, devido à estimulação de células B policlonais não específicas. Outras características clínicas incluem perda de peso, febre e suores nocturnos. Estas são conhecidas como complexo relacionado com SIDA (CRS ou ARC – AIDS – related complex).

A SIDA define-se assim, pela ocorrência de infecções oportunistas, tais como a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, a esofagite por *Cândida albicans* e leucoplasia pilosa oral (VEB ou EBV – Epstein-Barr vírus).

A SIDA também se caracteriza pela ocorrência de certas neoplasias malignas. O sarcoma de Kaposi, por exemplo, é causado pela hiperprodução crónica de factores inflamatórios e de crescimento angiogénico. A co-infecção com vírus de herpes humano (HHV-8) também é um factor decisivo. Os linfomas malignos ocorrem em 10% de todos os indivíduos infectados com VIH. As manifestações do SNC ocorrem nas fases tardias da infecção VIH. Distinguem-se as encefalopatias secundárias, tais como a toxoplasmose cerebral, a encefalite por CMV (citomegalovírus) e meningites de diversas etiologias.

Quadro 1 - Diagnóstico de SIDA

<p>Presença de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CD4 <200 células/mm³ ▪ Sintomas constitucionais ▪ Doença oportunista: <ul style="list-style-type: none"> Síndrome consumptiva/candidíase Cancro cervical/coccidiodoimicose extrapulmonar Criptosporidiose/isosporose/diarreia > 1 mês CMV/ HS/ Hitoplasmose extrapulmonar/ SK/ linfoma primário /M. avium disseminado/ M. tuberculosis extrapulmonar/ Norcadiose/ pneuminia por P. carinii/ bacteriana recorrente Leucoencefalopatia multifocal progressiva Septissemia recorrente por Salmonella (não-tifóide) Estrongiloidíase extra-intestinal/toxoplasmose <p>CMV: Citomegalovírus; HS: Herpes Simplex; SK: Sarcoma Kaposi; M. tuberculosis: Mycobacterium Tuberculosis; M. avium: Mycobacterium avium; P. carinii: Pneumocystis carinii.</p>
--

Fonte: CDC, 1993

Vírus do VIH

De acordo com Hinrichen (2005), o vírus do VIH (só descrito em 1983), é, um membro dos lentivírus da subfamília dos retrovírus. Todos os retrovírus contêm a transcriptase reversa, uma enzima que transcreve RNA genómico de cadeia simples para DNA. O genoma do VIH compreende aproximadamente 10Kb. Os genes codificadores de proteínas *gag* (*group-specific antigen*), *pol* (transcriptase reversa e outras enzimas) e *env* (proteínas integrais de membrana para o invólucro lipídico da membrana) são três características adicionais que o VIH compartilha com outros retrovírus (ex., HTLV). O genoma do VIH também contém outros genes reguladores para a transcrição ou organização do ciclo de replicação tardia: *vif* (*virion infectivity factor*), *rev* (*regulator of expression of virion proteins*) e *nef* (*negative regulatory factor*). Os genes sobrepõem-se, isto é, estão localizados no mesmo segmento da molécula de RNA. A transcrição diferencial pelo mecanismo de síntese proteica da célula do hospedeiro origina os diversos produtos genéticos.

O virião do VIH tem cerca de 100 nm de diâmetro. O seu invólucro exterior é guarnecido por 72 raios derivados de glicoproteína gp120. Os raios estão ancorados na membrana pela proteína membranar gp41. A membrana lipídica torna o VIH especialmente vulnerável ao ataque de detergentes líofílicos, como o álcool.

A ligação da partícula viral com a superfície da célula hospedeira implica dois passos: a ligação da gp120 com o segundo domínio da molécula CD4 e uma ligação secundária com um receptor quimiocínico depois de uma alteração de conformação.

Depois de as duas membranas lipídicas se fundirem, o conteúdo do virião é libertado para o citoplasma. Imediatamente a seguir, a transcriptase reversa começa a transcrever o RNA para DNA de cadeia dupla. As repetições terminais longas (RTL ou *LTR – long terminal repeats*) em ambas as extremidades do retrovírus, juntamente com a enzima integrase, permitem a integração no genoma da célula hospedeira, onde existe como pró-vírus. A produção da proteína viral, proporcionada pelo mecanismo de síntese de proteínas da célula, pode ser agora iniciada por sequências reguladoras das RTL e pelos genes *rev*, *tat* e *vpr*.

A referir também a existência de dois tipos de vírus diferentes: VIH-1 e VIH-2. O VIH-1 é o responsável pela infecção humana, e é dividido em dois grupos: M e O (subdividido em 10 subtipos de A a J).

Fisiopatogenia

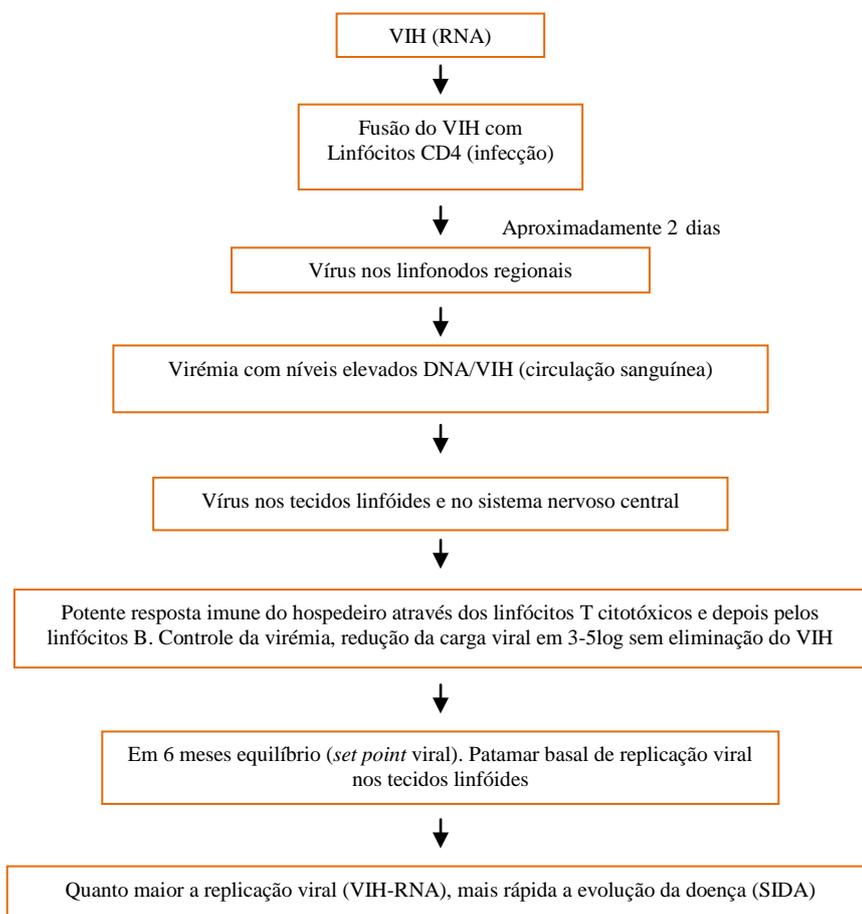
O VIH ataca as células T CD4+ e outras células do sistema imunológico. Estas incluem células do sistema monocítico, como monócitos, macrófagos teciduais e células Langerhans. Ainda não é claro se o VIH pode infectar células-mãe pluripotentes. Células gastrointestinais e do sistema nervoso central (SNC) podem ser infectadas. Micróglia (macrófagos), astrócitos, oligodendrócitos e as células endoteliais dos vasos sanguíneos cerebrais são as células do SNC mais frequentemente infectadas pelo VIH. Não é claro se os neurónios também podem ser infectados.

Através das células de *Langerhans* (portadoras das moléculas CD4 na superfície), presentes nas mucosas, o vírus do VIH entra no organismo Humano. Tendo como principal reservatório no período assintomático o tecido linfático (linfonodos, baço e adenóides). A molécula CD4 age como receptor do vírus, mediando a invasão celular. Para que a infecção ocorra, é também necessária a presença das moléculas CCR5, CXCR4 e CCR2 (receptoras de quimiocinas) presentes na superfície das células. A molécula CCR5 está associada à infecção primária, participando na infecção dos macrófagos, ao passo que a molécula CXCR4 está associada à infecção dos linfócitos, após a infecção ter sido estabelecida.

Comparando indivíduos caucasianos hetero e homozigóticos, verifica-se maior predisposição de vulnerabilidade ao vírus nos indivíduos heterozigóticos quando comparados com homozigóticos. "Cerca de \pm 1% dos indivíduos homozigóticos, para determinada mutação no gene que codifica CCR5, parecem ser menos susceptíveis à infecção pelo VIH, enquanto os heterozigóticos para essa mesma mutação (\pm 15% com ascendência europeia) apresentam progressão mais lenta de imunodeficiência causada pelo VIH" (Hinrichen, 2005, p.835).

A sequência de eventos fisiopatogénicos da doença está representada esquematicamente na Figura 1 como podem observar a seguir.

Figura 1 – Fisiopatogenia do VIH



Fonte: Hinrichen (2005)

Juntamente com moléculas CHM da classe I, as células infectadas apresentam epitopos virais, activando desse modo a resposta imune citotóxica. A activação das células T restringentes do CHM da classe II leva à libertação de interleucinas; à activação das células B e à produção de anticorpos. Estes ligam-se a partículas virais livres e tornam-nas digeríveis por macrófagos. A população total de vírus diminui nitidamente. Sob esta forte pressão selectiva, desenvolvem-se continuamente novas mutações durante o processo de replicação do VIH. Erros da transcrição reversa retroviral, que ocorrem aproximadamente uma vez em cada 2000 nucleótidos, aceleram o processo. Estes novos mutantes podem proliferar descontroladamente até o sistema imunológico se ter adaptado ao novo epitopo. A produção constante de novos mutantes virais torna a população VIH tão geneticamente diversa que o sistema imunológico acaba por ficar “confuso” e incapaz de controlar a infecção eficazmente. Torna-se impossível montar um ataque coordenado contra o vírus. Com uma taxa de produção e destruição de cerca de 10^9 viriões por dias, cada geração de

partículas VIH tem um tempo de vida de cerca de 2,6 dias. Portanto, no espaço de um ano produzem-se cerca de 140 gerações de vírus. Por volta do final da latência, o sistema imunológico está confrontado com a produção de cerca de 10 milhões de variantes de VIH por dia. O mecanismo exacto responsável pela destruição do sistema imunológico ainda é em grande parte desconhecido.

Transmissão / factores de risco

Para Hinrichen (2005), a principal forma de transmissão do VIH é a sexual (aumentada com a prática do intercurso anal, com a presença de úlceras genitais e quando a imunodeficiência do transmissor está mais avançada). A probabilidade de transmissão do vírus é ainda maior quando existem Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), ausência de circuncisão e relações sexuais durante o período menstrual.

A transfusão sanguínea é outra das formas de transmissão, embora não tanto associada às transfusões em si mas, sim com a partilha de objectos perfurantes e cortantes. A taxa de casos de indivíduos infectados por transfusões sanguíneas/derivados tem vindo a diminuir desde 1985, ao passo que a taxa de casos de indivíduos infectados por transmissão sanguínea (através do uso de seringas compartilhadas por dependentes de drogas endovenosas) tem aumentado significativamente.

Para além das vias descritas, há ainda a transmissão vertical do vírus, isto é, da mãe para o bebé. A transmissão vertical do VIH pode ocorrer a três níveis: pré-natal (transplacentar-intra-útero), peri-natal (incluindo o momento do parto) e pós-natal (através do aleitamento materno).

Esta transmissão pode ser abruptamente reduzida através do tratamento anti-retrovírico, realização de cesariana electiva e abstinência total da amamentação, assumindo deste modo especial importância, a identificação pré-natal da infecção VIH na mãe.

A taxa de transmissão vertical, ou seja, a percentagem de recém-nascidos infectados por cada cem mães infectadas, está dependente da área geográfica localizada, sendo por isso determinante o nível de desenvolvimento humano das populações na propagação do vírus.

Dados epidemiológicos mostram que, na ausência de tratamento profiláctico, a transmissão vertical do VIH ocorre em cerca de 25% dos casos. Nos países europeus, antes da implementação da profilaxia da transmissão vertical na grávida VIH positiva, a taxa era de 15-20%, pouco inferior à actual nos países desenvolvidos (25%).

Diagnóstico Serológico

O diagnóstico da infecção VIH é geralmente feito por deteção indirecta de anticorpos séricos específicos contra o vírus por meio do ensaio imuno-absorvente ligado à enzima (ELISA). O teste é executado em três passos:

- 1) Anticorpos VIH ligam-se ao antígeno no revestimento do recipiente do ensaio.
- 2) Os anticorpos ligados são marcados usando uma imunoglobulina anti-humana conjugada com enzima.
- 3) A enzima forma um produto de reacção de coloração na presença de anticorpos VIH.

Um teste ELISA positivo deve ser sempre confirmado pelo menos por outro teste - um *Western blot* ou um teste de imunofluorescência específico.

A cultura do vírus é uma técnica bastante dispendiosa e, por isso, não é usada para o diagnóstico de rotina do VIH. Técnicas de amplificação de genes, como a reacção em cadeia da polimerase (PCR) e PCR da transcriptase reversa (PCR-TR ou *RT-PCR- reverse transcriptase PCR*) estão actualmente a ser testadas como provas de rastreio do VIH. A PCR é usada para detectar o DNA pró-viral do VIH e a PCR-TR é usada para detectar o RNA viral.

A serologia do VIH baseia-se na observação de que a maioria das pessoas infectadas desenvolverá anticorpos anti-VIH até 6 a 12 semanas após a exposição ao vírus. São utilizados os testes ELISA, Imunofluorescência (IMF) e Western Blot (WB).

A reacção em cadeia da polimerase (PCR-RNA/DNA para VIH) não está padronizada para diagnóstico, mas é útil nas infecções agudas. Sendo assim é possível detectar-se o DNA pró-viral associado às células.

A produção de anti-corpos ocorre duas a três semanas depois de uma relação com indivíduo VIH-positivo sem protecção, bem como nos casos dos recém-nascidos provenientes de partos de mães VIH-positivas (é quando se fica em dúvida se os anticorpos presentes indicam apenas passagem de anticorpos maternos ou infecção do recém-nascido).

O diagnóstico definitivo da infecção pelo VIH é feito mediante a presença de anticorpos contra o vírus, identificados em dois testes ELISA de gerações e marcas diferentes e um teste confirmatório com outra metodologia (IMF) ou WB, que identifica anticorpos específicos contra proteínas ou glicoproteínas do vírus, com sensibilidade e especificidade de 99.9%. Para que ocorra

negatividade à infecção pelo VIH num teste serológico, são necessários dois testes ELISA de resultado negativo, por métodos diferentes.

O teste rápido de detecção de anti-corpos anti-VIH (ELISA rápido) no paciente-fonte está indicado nas exposições ocupacionais para definição de profilaxia medicamentosa do profissional exposto, e para profilaxia peri-natal, no momento do parto. Apesar de ter cerca de 99.9% a 100% de sensibilidade e 99.6% de especificidade, não dispensa a confirmação por testes serológicos convencionais.

Quadro 2 - Diagnóstico Serológico de VIH/sida

DIAGNOSTICO LABORATORIAL DE VIH/sida
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico serológico • Anticorpos anti-VIH ½ • Até 6-12 semanas após exposição ao vírus
ELISA
<ul style="list-style-type: none"> • Falsa execução/menor custo/detecta anti-corpos 3-4 semanas • Especificidade e sensibilidade > 95% • Resultados próximos 100% com clínica/epidemiologia positiva • Pequenas variações entre os Kits • Raros falsos positivos <p><i>Falsos-negativos</i> Imediatamente após a infecção Estágios mais avançados (raro)</p>
IMUNOFLUORESCÊNCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Simples realização /sensibilidade precoce • No Brasil, é um teste confirmatório • Sensibilidade igual à do Western Blot • Positividade próxima a 100% quando mais de um ELISA é positivo • Sujeito "viés de observador"
WESTERN BLOT
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de anticorpos específicos contra diferentes proteínas virais • Valor preditivo 100% • Quando há anti-corpos contra pelo menos uma proteína de cada um dos três principais genes de VIH • Falsos - positivos: Hiperbilirrubinemia/ colagenose/ gamopatas policlonais • Reactivo contra uma das proteínas do envelope viral gp 41, gp 120, gp 160

Fonte: Hinrichen (2005), p.837

A latência da infecção até ao início de sintomas graves de imunodeficiência (SIDA) é em média de 10 anos. O sistema imunológico consegue manter a infecção VIH sob controlo durante o período de latência. Na fase inicial da infecção, o vírus é capaz de proliferar praticamente sem resistência. O número de partículas virais livres aumenta de forma impressionante. As células T auxiliaadoras e os macrófagos infectados produzem milhares de novos viriões por gemulação antes de morrer. Só cerca de 30% de todos os indivíduos infectados com VIH desenvolvem sintomas (ex., febre, arrepios, linfadenopatia) nesta fase.

Sintomas mais frequentes

Os sintomas mais frequentes de uma doença provocada pelo vírus da SIDA (podendo aparecer igualmente numa outra infecção ou doença benignas) são o aparecimento dos gânglios inflamados em diferentes partes do corpo, sobretudo no pescoço e nas axilas; fadiga, que pode durar semanas e sem razão aparente; perda inexplicável de peso (superior a 4,5/7kg em 2 meses); febre e transpiração nocturna durante semanas; diarreia permanente e sem razão aparente; perturbações respiratórias permanentes e tosse seca; doenças da pele, súbito aparecimento de manchas vermelhas e purpúreas na pele, na boca ou nas pálpebras e ainda fungos na boca.

Os sintomas da SIDA podem demorar até dez anos para se manifestar, o que significa tratar-se de um quadro de sintomatologia que se manifesta tardiamente. Esta característica implica que, se uma pessoa teve relações sexuais sem preservativo, partilhou seringas com outra pessoa, ou teve outro tipo de comportamento de risco, deve fazer o teste de detecção do vírus da SIDA. Quanto mais cedo for diagnosticada a infecção pelo VIH, e o início do tratamento adequado, melhor será a qualidade de vida dessa pessoa. Contudo recomenda-se que o teste só deva ser feito após a "janela imunológica" (até 3 meses após a exposição), que corresponde ao período que o organismo necessita para produzir anticorpos que possam ser detectados, nas análises.

Comportamentos de risco face ao VIH/sida

Os comportamentos de risco são comportamentos considerados incorrectos, que põem em causa o bem-estar físico, psíquico e social. Neste trabalho serão abordados alguns comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior, como o consumo de bebidas alcoólicas, de drogas e a prática de actividade sexual desprotegida.

A juventude na actualidade, onde o risco é sempre valorizado, quer seja na categoria de desporto, na paixão, na velocidade e na adrenalina de viver intensamente o momento presente, acarreta uma elevada probabilidade de possibilitar problemas para esses indivíduos a inúmeros níveis. Assumindo assim uma relevância especial no que diz respeito ao campo da saúde, tendo sempre em conta o VIH/SIDA, pois em muitos dos casos, os jovens não têm a percepção adequada acerca dos riscos que correm (Amaral & Saldanha, 2006).

A percentagem de crianças nascidas de mães infectadas com VIH varia entre 20 a 30 % e destas crianças, cerca de 20% morrem até aos 18 meses de idade. Contudo sabe-se que a toma de drogas anti-virais reduz grandemente o risco do feto contrair o vírus do VIH.

Segundo Costa (2005), a abstenção de relações sexuais com uma pessoa infectada é o único meio 100% seguro de evitar o contágio por transmissão sexual. O preservativo masculino e o feminino ajudam a reduzir, mas não a eliminar totalmente o risco de contágio. Neste sentido é necessário evitar a partilha de seringas, e torna-se muito importante o cuidado ao manipular sangue ou objectos contaminados com ele bem como outros fluidos corporais infectados.

Como referimos anteriormente, o preservativo não protege totalmente contra a SIDA, porém isso não invalida que o seu uso seja obrigatório nos casos em que haja risco de contágio por SIDA ou de outra infecção de transmissão sexual, na medida em que diminui grandemente a possibilidade desse contágio se verificar. Na verdade, existem várias situações que levam a que o uso do preservativo possa falhar. Basta pensar nas muitas vezes em que o preservativo se rompe, na possibilidade de microfissuras que podem eventualmente passar nos testes de qualidade e que o vírus pode transpor, uma vez que é cerca de 500 vezes menor que um espermatozóide (as fábricas testam amostras e não a totalidade dos preservativos).

De referir ainda, o facto de haver contactos em que se podem trocar fluidos infectados sem que haja acção do preservativo, como é o caso do sexo oral, ou um contacto boca a boca no caso de haver feridas ou lesões sangrantes (gengivites, piorreias, feridas orais, etc.).

Assim consideramos comportamentos de risco todos aqueles que podem levar a pessoa a ser infectada pelo vírus VIH, sendo procedimentos considerados perigosos para a saúde, porque facilitam a penetração do VIH no organismo.

Os comportamentos de risco, são da responsabilidade do indivíduo que decide escolher um comportamento entre os vários possíveis, relacionados com os seus conhecimentos, comportamentos e crenças. Depende ainda da sua educação, do meio socioeconómico e cultural.

Os comportamentos de risco mais importantes são aqueles em que pode haver contacto com uma pessoa infectada (portador) e conseqüentemente com o vírus, ocorrendo a possibilidade de contágio. Os comportamentos de risco passam por: relações sexuais, sem o uso do preservativo, pelo contacto, sem protecção, durante actos de sexo anal, vaginal ou oral; multiplicidade de parceiros; utilização incorrecta do preservativo; utilização não sistemática do preservativo; partilha de seringas e/ou agulhas; perfuração, corte ou penetração da pele com instrumentos não esterilizados, eventualmente conspurcados com produtos biológicos humanos (sangue, secreções

vaginais, líquido visceral); gravidez sem prévio teste ao VIH; gravidez e parto em mulheres seropositivas, sem terapêutica da mãe da criança; aleitamento de criança por mulher seropositiva; qualquer prática médico -cirúrgica sem cumprimento das medidas de prevenção universais;

É importante referir que actualmente, devido às análises laboratoriais obrigatórias e à grande fiabilidade dos testes utilizados, o risco de transmissão do vírus VIH é muito baixo e da ordem de 1:200.000 unidades de transfusão.

Álcool e VIH/sida

O comportamento que diz respeito à ingestão de bebidas alcoólicas é um comportamento social tendo em conta atitudes, valores, normas e concepções de realidades, cujas funções e significados são consoante o contexto cultural em que ocorrem (Amaral & Saldanha, 2006).

Os alunos do ensino superior, embora saibam que o consumo de álcool acarreta alguns riscos, nomeadamente para a prática de sexo desprotegido e o envolvimento com mais de um parceiro sexual, predispondo ao risco de contágio pelo VIH; continuam ainda a apresentar comportamentos de risco, ingerindo essas bebidas alcoólicas, muitas das vezes de uma forma descontrolada, utilizando este argumento como desculpa para o aparecimento das consequências. O álcool quando ingerido em quantidades elevadas (tendo em conta a resistência do indivíduo), provoca uma diminuição das capacidades cognitivas, levando a aquisição de comportamentos inadequados, reflectindo-se em alguns casos, na prática de sexo desprotegido, aumentando a possibilidade de exposição ao VIH.

Estes estudantes correspondem a uma população vulnerável, onde o álcool se encontra associado a acontecimentos trágicos tais como acidentes de viação e comportamentos sexuais de risco, levando a doenças sexualmente transmissíveis, tendo sempre em conta determinados factores que influenciam a ingestão destas bebidas nestes jovens. Estes apresentam episódios de "abuso" do consumo de álcool, sentindo-se cada vez mais desinibidos e mais inseridos num determinado contexto social, acarretando e elevando as consequências desta acção através da prática de comportamentos inadequados (Vieira, 2007).

O uso de bebidas alcoólicas antes de uma relação sexual favorece de uma forma negativa a não colocação do preservativo, aumentando o risco de contrair VIH/sida (Reis & Dessunti, 2007).

Os comportamentos de risco no jovem adulto no contexto do ensino superior, apresentam apenas uma relação parcial com o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Isto porque apenas 13.9% da amostra deste estudo revela um consumo para além dos valores aceitáveis, e 2.2%

apresenta uma provável dependência e uso nocivo. O consumo de álcool em contexto universitário, correlaciona-se de uma forma positiva com as festas académicas, levando a determinados comportamentos de risco. Quanto à diferenciação deste consumo, os estudantes do ensino superior que frequentam cursos de engenharia apresentam um nível de consumo superior em relação aos alunos de saúde, humanidades e ciências sociais (Albuquerque, Pereira & Ferreira, 2008).

O aumento do consumo de bebidas alcoólicas verifica-se mais no sexo masculino, tendo sido revelado que os rapazes referem já ter estado embriagados, mais significativamente do que as raparigas. A frequência de embriaguez vai aumentando à medida que aumenta a idade. Os rapazes representam a bebida como ligada ao prazer (mulher, cerveja e festa) (Amaral & Saldanha, 2006).

Como se pode observar, o álcool tem fortes influências no que diz respeito a práticas sexuais de risco, verificando-se uma diminuição das mesmas quando diminui a ingestão deste tipo de bebidas (Vieira, 2007).

Drogas e o VIH/sida

Tal como o álcool, as drogas influenciam de forma negativa os comportamentos adquiridos, que podem conduzir a infecções sexualmente transmissíveis, sendo na população de adolescentes e adultos jovens onde ocorre mais o envolvimento com drogas ilícitas (Silva, 2006).

O uso de drogas é causado por vários factores, tais como genéticos, psicológicos, familiares, socioeconómicos e culturais. Assim, entende-se que o uso e a dependência de drogas são situações bastante complexas, não podendo apenas acarretar dimensões biológicas, psicológicas ou sociais (Amaral & Saldanha, 2006).

O uso de drogas intravenosas está altamente relacionado com um aumento da probabilidade da população alvo se envolver em comportamentos sexuais de risco, nomeadamente no que diz respeito à prática de actividade sexual desprotegida (Reis & Dessunti, 2007).

Uma percentagem bastante significativa dos jovens (78%), refere reconhecer que a partilha de seringas, o uso de lâminas ou outros instrumentos cortantes e o contacto directo com sangue infectado, predispõe a um risco elevado de aquisição ou transmissão do vírus VIH (Almeida, Silva & Cunha, 2005). Mesmo assim, a presença de conhecimentos, nem por isso se traduz em mudanças comportamentais no que diz respeito à prevenção, sendo o uso de drogas injectáveis um dos principais factores que levam à infecção pelo VIH (Cano *et al.*, 2007).

“O maior número de casos notificados (‘casos acumulados’) corresponde a infecção em indivíduos referindo consumo de drogas por via endovenosa ou toxicodependentes, constituindo 43.9% (14 252 / 32 491) de todas as notificações” (CVEDT, 2007).

Factores envolvidos como cansaço, situações de depressão, stresse e festas associadas, estão intimamente relacionados com o uso deste tipo de substâncias (Silva, 2006).

Cada vez mais cedo se começam a consumir drogas, aumentando com a idade, sendo os rapazes quem mais consomem, comparativamente com as raparigas (Lima & Vinagre, 2006).

No segundo semestre de 2007 notificaram-se 122 casos de SIDA na classe dos heterossexuais num total de 351 casos desta classe. Na categoria dos toxicodependentes encontram-se diagnosticados 40 casos de SIDA num total de 109 indivíduos pertencentes a esta classe. Na classe dos Homo/Bissexuais, notificaram-se 16 casos de SIDA num total de 88 indivíduos desta classe (CVEDT, 2007).

Os consumidores de drogas têm tendência a participarem em menos actividades académicas e mais em eventos socioculturais aumentando o risco a contrair a infecção (Silva, 2006).

O consumo de drogas constitui na realidade um factor de risco para a saúde e bem-estar dos jovens.

Comportamentos sexuais dos estudantes e o VIH/sida

Actualmente, a sexualidade é considerada uma componente positiva da vida e do desenvolvimento pessoal, presente ao longo da toda a vida e contribui para o bem estar pessoal e relacional (Tavares *et al.*, 2007).

A normatização, mais ou menos explícita, em relação ao vestuário para jovens do sexo masculino ou feminino, formas de namoro e sua relação com a intimidade, aceitação ou não da homossexualidade ou os padrões identificados como masculinos e/ou femininos influenciam a interacção com o outro.

Os padrões de comportamento sexual assumem uma elevada importância na contracção de IST's (Monteiro & Raposo, 2006a). Sendo que das IST's o risco de transmissão do VIH é 3 a 5 vezes superior (Azevedo, 2006). O simples facto de não se usar o preservativo é uma das principais causas da transmissão do vírus por contacto sexual (Cano *et al.*, 2007).

Quando se ingressa no ensino superior, os comportamentos sexuais são alterados, pois durante esta fase muitos estudantes iniciam ou aumentam a exposição a actividades sexuais que envolvem potencial risco para a saúde, apesar de todo o acesso à informação que existe actualmente (Alvarez & Oliveira, 2007). Sendo assim, os estudantes do ensino superior portugueses correm um risco muito elevado de contrair o vírus da SIDA (Ministério da Saúde, 2007).

Com o aumento da actividade sexual em idade precoce, o risco de transmissão do VIH aumenta (Monteiro & Raposo, 2006b), sendo que a idade média da primeira relação sexual situa-se em Portugal aproximadamente nos 16 anos para os rapazes e nos 18 anos para as raparigas. Contudo o nível de instrução atrasa a idade da primeira relação sexual (Alvarez & Oliveira, 2007). Aliado a isto, subsiste o facto de ainda existirem estudantes com vários parceiros sexuais, terem por vezes encontros sexuais inesperados, de natureza ocasional e frequentes mudanças de parceiros (Almeida, Silva & Cunha, 2005), o que leva à prática de relações sexuais com pessoas desconhecidas, estudantes que se prostituem, à procura de sexo pago, e a persistência de não utilização do preservativo tal como a tendência crescente para desvalorizar a prevenção coloca esta população em risco para aquisição e transmissão do VIH (Ministério da Saúde, 2006). Ainda assim identificam que o preservativo é um dos meios mais eficazes para a prevenção do VIH/sida (Almeida, Silva & Cunha, 2005).

Sendo o preservativo uma das barreiras mais eficazes contra o VIH/sida, (Gomes, 2008), constatou-se através de um estudo, realizado por Nossa (2004), com uma amostra de 4 693 estudantes do ensino superior português, (83%) já tinham tido relações sexuais, embora metade não tivesse utilizado preservativo na última relação sexual (Alvarez & Oliveira, 2007).

Perante a existência de um vasto número de contraceptivos, existem alguns deles com uma certa eficácia contra a transmissão do vírus.

Internacionalmente, estão em fase de investigação microbicidas e víricidas que poderão ser usados como os espermicidas para prevenir as IST. Contudo, os preservativos masculinos e femininos continuam a ser a melhor abordagem para a protecção contra as infecções sexualmente transmissíveis.

Os estudantes sabem quais são os comportamentos sexuais de risco, reconhecem que o VIH transmite-se por via sexual, mas não é esse conhecimento que os dissuade de pôr em perigo a sua saúde (Almeida, Silva & Cunha, 2005).

Mas esta doença não tem um carácter de algo novo, recente e sem conhecimento científico. Existem práticas fundamentadas pela investigação que permitem a aplicação de medidas de

eliminação, de minimização e de confinamento do vírus VIH, que tem sido desenvolvidas no sentido de reduzir o impacto desta doença ao longo destes anos, com décadas já de evolução desta infecção.

SIDA - História da doença

Associado a diferentes noções de saúde, que emergiram da evolução das diferentes culturas, da religiosidade e do conhecimento científico, também diferentes correntes do saber investigaram e interpretaram os fenómenos saúde/doença à superfície da Terra.

“A convivência com a doença é tão antiga quanto a existência humana. Ao verificar a sua falibilidade, o homem sentiu a necessidade de justificar os fenómenos que lhe traziam mortandade. Entre os deuses e a natureza as culpas repartiam-se. Da vingança e do castigo das deidades, à fatalidade e insalubridade dos lugares, em tudo se constituíam justificações para o mal que sobrevinha” (Nossa, 2001, p. 9).

A contribuição fundamental dos Gregos para a cultura ocidental foi uma abordagem científica dos fenómenos naturais, libertando-os de uma concepção mística sobrenatural, concentrando a sua acção no homem, no mundo e na natureza. A falha que apresentaram foi o darem prioridade à elaboração mental em detrimento da observação experimental para explicação das suas teorias (Fernandes, 2000).

O conceito da doença recebeu vários benefícios por parte da ciência biomédica, desde a descoberta e identificação dos agentes patogénicos, alargando-se também a abordagens no âmbito psicossocial. Resultou este extravasamento, para além do foro clínico, numa perspectiva de saúde/doença com um cariz cada vez mais social e económico, ainda mais acentuado pelos novos desafios éticos e patológicos que surgiram no final do século XX.

Como nos diz Nossa (2001), as primeiras investigações da geografia médica, dizem respeito a topografias médicas ou paleografias médicas, tendo uma grande divulgação no final do século XVIII e XIX, sobretudo nos países anglo-saxónicos. O conteúdo baseava-se em diferentes tipos de mapas, cartografando doenças de carácter infeccioso como a cólera, febre-amarela e malária. Procurava ainda estabelecer relação entre a doença, o clima, a hidrologia, os ventos, o reino animal e vegetal. A estes dados, no final do século XIX e devido à nova era urbana-industrial, associam-se factos sociais e demográficos como o emprego ou a sua ausência, e a densidade populacional e habitacional.

Assim, quando surge a teoria dos gérmes (Pasteur, 1842-1895), os males atribuídos às características dos lugares são contrapostos pela crença em que cada ser vivo, até ao mais ínfimo, provém de outro ser vivo em consequência de uma união da mesma espécie.

Na história, o homem e a sua civilização, mais do que nunca, ultrapassaram os seus limites durante o século XX. De facto as mudanças foram profundas na vida socioeconómica, tornando-se na era da globalização, que, aliada ao avanço tecnológico, trouxe a perspectiva da conquista de novos horizontes. Contudo, como refere Fernandes, (2000):

“Da euforia advinda da descoberta dos antimicrobianos e dos pesticidas, que nos levava a acreditar na vitória definitiva sobre os germes, fomos surpreendidos dentro do pesadelo da resistência às nossas armas e do surgimento dos patógenos emergentes, dos quais o vírus da AIDS é o exemplo mais marcante” (p. 25).

Um dos factores que exerceu um grande impacto em vários organismos e/ou instituições como o Center for Diseases Control (CDC) foi a epidemia da SIDA, tornando-se num grande desafio, ao exigir medidas preventivas da infecção antes de esta ser confirmada. Esta epidemia revolucionou as acções educativas e a avaliação dos riscos, pois o pânico instalou-se inclusive nos profissionais de saúde desinformados (Chaves, 2005). Por outro lado, é também significativo o facto de esta situação se ter verificado em todo o mundo, obrigando à adopção de medidas universais para todas as instituições hospitalares.

A história tem demonstrado, que quando várias epidemias relacionadas com as infecções sexualmente transmissíveis, originárias de grupos restritos, se expandem, as suas explicações tendem a racionalizar-se. Do mesmo modo, a incidência de uma determinada infecção de transmissão sexual pode anunciar indirectamente a presença do VIH, devido ao comportamento de risco associado, comum a todas estas doenças. As precauções tomadas levam os indivíduos a evitarem a exposição a qualquer um dos agentes patogénicos.

“A SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – é uma doença provocada por vírus e caracterizada pela falência do Sistema Imunitário, que nos defende contra as infecções e os tumores. Os micróbios aproveitam essa oportunidade, provocando uma grande variedade de doenças infecciosas que podem levar à morte” (Machado Caetano, 2000, p. 26).

Como podemos observar pelo percurso histórico referenciado, em Portugal esta designação surgiu oficialmente em 1985, quando é divulgado o primeiro documento do grupo de trabalho de luta contra a SIDA. É referido para qualificar a infecção pelo VIH, mas designa sobretudo a forma mais

grave da infecção. De acordo com Nossa (2001), a designação “encerra preocupações declaradamente geográficas que se prendem com a distribuição espacial e com factores potenciadores da morbilidade, mas também com aspectos sociais” (p. 3).

Na realidade, a visão deste problema tem de ser multicêntrica pois, além dos problemas sociais, existem também os económicos, sociológicos, demográficos, políticos e técnicos. Lopes, citado por Nossa (2001), acrescenta que “não há questões exclusivamente económicas e poucas haverá que sejam exclusivamente sociais”.

No que concerne à SIDA, abandonou-se uma abordagem exclusivamente biológica, dedicada às infecções sexualmente transmissíveis, evoluindo-se para uma vertente relacionada com a estrutura das sociedades modernas (questões políticas, económicas e sociais), como por exemplo, a associação da doença à conduta sexual, e vivência do ciclo da moral vigente na época (liberal ou conservadora). Nossa (2001), afirma que:

“Cada época parece ter a sua doença de eleição, um fantasma colectivo que é preciso exorcizar. Muitas vezes manifesta uma estranha predilecção pelo espectacular, pelo simbólico e pelo proibido. A SIDA reúne estes condimentos. É fatal, transmite-se pelo esperma e pelo sangue” (p. 7).

Desta forma, facilmente se conclui que, desde a descrição dos primeiros casos da doença no início dos anos 80, nos Estados Unidos da América, o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) tornou-se, no espaço de uma década, uma pandemia e um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial. A este propósito, Lucas (1993), refere que “a epidemia da SIDA ter-se-á iniciado em meados da década de 70, mas só foi identificada no início dos anos 80, aparecendo num momento em que a medicina parecia triunfante” (p. 3).

Contudo, estudos retrospectivos objectivam que esta epidemia se iniciou provavelmente nos anos 50, já que o primeiro soro congelado, de um americano, que se encontrou com sequências virais era do ano de 1952 e existiriam outros casos agora identificados da década de 60 (Lacerda, 1998). No entender de Luna (1995), os primeiros casos de SIDA foram registados nos centros de investigação epidemiológica dos Estados Unidos e alguns países europeus, mas a sua origem terá sido na África Oriental. Contudo o facto de existirem deficientes registos no Continente Africano faz com que se confirme a tese de que o vírus da SIDA foi transportado da África para a Europa e Estados Unidos.

De acordo com um relatório publicado pela Fundação Americana para a Pesquisa da SIDA [amfAR] (2007), a evolução histórica do VIH teve o seu desenvolvimento desde 1981, com casos

inexplicáveis de nódulos linfáticos aumentados em homens homossexuais são observados e estudados por médicos e investigadores em Nova York; No ano de 1982, são relatados casos de SIDA em hemofílicos, algumas mulheres, crianças e beneficiários de transfusões sanguíneas, além dos que foram relatados em homens, particularmente homossexuais. Começa a suspeitar-se fortemente da transmissão de um agente infeccioso através do sangue e contacto sexual.

Ainda no mesmo ano, o CDC estabelece o termo Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e identifica factores de risco: homossexualidade masculina, uso de drogas endovenosas, origem haitiana e hemofilia A. Até esta data são relatados 771 casos de SIDA e 618 ocorrências de morte.

Em 1983, é relatado uma grande incidência de SIDA entre homens e mulheres na África Central. O CDC acrescenta à lista de grupos de risco as parceiras sexuais de homens com SIDA.

No Instituto Pasteur, em França, Barr-Sinoussi e Montagnier isolam um novo retrovírus de um doente francês com sintomatologia de SIDA que denominam de vírus de linfadenopatia associada (LAV).

É ainda em 1983, nos Estados Unidos, que foi levado a tribunal o primeiro caso de discriminação, por causa da SIDA.

Na sequência das descobertas realizadas, o CDC avisa bancos de sangue de um possível problema com a provisão de sangue e junta outras agências do governo na emissão das primeiras recomendações para prevenir a transmissão: sexual, relacionada com droga, e ocupacional da SIDA.

Nesse mesmo ano, foram identificados casos de SIDA em 33 países e no final de 1983, nos Estados Unidos da América, foram detectados 2.807 casos de SIDA e 2.118 mortes.

Em 1984, Robert Gallo do Instituto Nacional de Cancro informa que o seu laboratório isolou o vírus considerado causador da SIDA. Ele chama-o de Vírus Célula-T Linfotrópica Humana tipo III (HTLV-III).

Paralelamente na Universidade de Califórnia e São Francisco, Jay Levy anuncia o isolamento de um retrovírus de doentes com SIDA e de indivíduos sãos em grupos de risco. Ele chama-o Vírus Associado à SIDA (ARV).

Face a estas descobertas, os cientistas concluem que a SIDA é causada por um novo retrovírus, que posteriormente denominam de Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH).

Em 1985, foram detectados em 51 países casos de SIDA e em cada continente exceptuando-se a Antárctida.

No ano de 1986, o Instituto Nacional de Saúde empreende a primeira prova controlada da eficácia de Zidovudina (AZT) e também em África, é descoberto um segundo tipo do vírus VIH, o VIH-2, em profissionais do sexo.

Em 1987, é aprovada a Zidovudina (AZT) como a primeira droga no combate ao VIH aprovada pela Administração de Droga e Alimentação (FDA).

Os pesquisadores percebem que praticamente todos os casos da infecção do VIH acabam por levar ao desenvolvimento da SIDA, mas só depois de um período de incubação longo.

No decorrer de 1987, o governo de Estados Unidos proíbe a entrada no país de imigrantes e viajantes infectados por VIH.

Estudos levados a cabo pela *amfAR* indicam que pôr à disposição seringas estéreis pode ajudar a reduzir a infecção por VIH entre utilizadores de drogas endovenosas. Em 1988, o Governo dos Estados Unidos da América, com o intuito de esclarecer, envia um panfleto educativo, "Entendendo a SIDA," a 107 milhões de casas em todo o país. A Organização Mundial de Saúde designa o dia 1 de Dezembro como o Dia Mundial da SIDA.

Inicia-se em 1992 a primeira prova clínica da terapia de combinação antiretroviral. O FDA emite novas regras que permitem acelerar a aprovação de novas drogas de combate à SIDA baseadas na eficácia de "marcadores representativos", como testes de laboratório em vez de resultados clínicos de longo prazo como o alívio de sintomas ou prevenção da morbilidade ou morte.

Em 1993, um estudo europeu de três anos mostra que não há nenhuma evidência que o AZT atrase o aparecimento da SIDA. Porém, no ano seguinte, um estudo financiado pelo Instituto Nacional de Saúde demonstra que o AZT pode reduzir o risco da transmissão vertical do VIH (mãe-bebé) em seres humanos. Ainda em 1994, investigadores demonstram que depois da infecção inicial pelo VIH, este replica-se continuamente no corpo, produzindo biliões de cópias por dia, ficando assim demonstrada a forma de disseminação do VIH.

Em 1995, um estudo clínico estabelece a combinação do AZT e outros nucleosídeos análogos como uma aproximação ao padrão de tratamento do VIH. O FDA aprova o primeiro inibidor de protease (saquinavir).

O FDA aprova, em 1996, o primeiro inibidor da transcriptase inversa não-nucleosídeo (nevirapine), bem como um novo teste de carga viral que pode medir o nível do VIH no sangue de um indivíduo. Pela primeira vez, a terapia de combinação é posta à disposição de doentes com VIH/sida, levando a uma diminuição acentuada de mortes relacionadas com a SIDA.

É estabelecido o programa das Nações Unidas para a AIDS (UNAIDS) para coordenar uma resposta global à pandemia.

Uma década depois, esta epidemia chegou a todos os continentes, mas a sua velocidade de expansão difere de país para país, em virtude de estar intimamente relacionada com a frequência e extensão das práticas de risco. Machado Caetano (2000) menciona três grandes períodos ou fases relacionadas com a evolução histórica da SIDA: a primeira está associada a grupos de risco; a segunda é descrita como sendo de pânico e discriminação; e por fim surge a fase de reacção e resposta (social, económica, política e cultural).

Os relatórios da XI Conferência Internacional da AIDS em Vancouver, Canadá, 1996, indicam que a nova terapia de combinação que inclui um inibidor de protease, está a aumentar a esperança de vida de alguns doentes com VIH/sida. Por outro lado, os clínicos expressam a sua preocupação devido à lipodistrofia e outros efeitos secundários das drogas anti-VIH.

No ano de 1999, os peritos calculam que pelo menos metade de todas as novas infecções pelo VIH, nos Estados Unidos (e no mundo inteiro), ocorra entre jovens menores de 25 anos de idade. Ainda neste ano, os cientistas identificam nevirapine como mais simples, mais eficaz e mais barato do que o AZT para prevenir a transmissão vertical do VIH em países em desenvolvimento. Por outro lado, o T-20, um dos da nova classe de drogas anti-VIH chamadas "inibidores de combinação" começa testes clínicos. Desenvolvem-se esforços também para desenvolver "inibidores obrigatórios" relacionados, muitos dos quais visam o co-receptor CCR5 descoberto por Nathaniel Landau.

Em 2001, um novo estudo mostra que 14 % de indivíduos recentemente infectados com o VIH nos Estados Unidos apresentaram resistência a pelo menos uma droga antiretroviral e em 2002, a SIDA é considerada a principal causa de morte no mundo em pessoas entre os 15 e os 59 anos.

No ano seguinte, o FDA aprova o teste rápido de anticorpo VIH-1 "OraQuick". Por outro lado, o AIDSVAX, uma vacina experimental contra a SIDA, não consegue bloquear a infecção pelo VIH entre mais de 2,000 utilizadores de drogas endovenosas que se voluntariam para o primeiro teste clínico de uma vacina contra a SIDA. Todavia, o T-20, ou Fuzeon, inicialmente testado pelo pesquisador Carl Wild, é aprovado pela FDA, oferecendo nova esperança a milhares de doentes que são resistentes a outras drogas anti-VIH.

A FDA aprova, em 2004, o uso de amostras de fluidos orais para um teste rápido de diagnóstico de VIH, que prevê resultados com uma exactidão de 99% em 20 minutos. Um ano após, a FDA aprova “Kaletra” como o primeiro tratamento “um-por-dia”.

Em Portugal, a infecção por VIH/sida está a converter-se, em algumas zonas, na patologia de maior gravidade devido à sua extensão e à idade média das pessoas afectadas. A sua repercussão nas comunidades que afecta, a sua tendência no tempo e a vulnerabilidade dos indivíduos infectados situam-na num lugar prioritário.

Perante esta situação, torna-se premente reflectir sobre a resposta do sistema de saúde, sobre as políticas em desenvolvimento, sobre os objectivos programados e as acções que se desenrolaram para os atingir. Contudo, no nosso país evidenciou-se uma falha acentuada na definição de objectivos e o sistema de saúde demonstrou ser incapaz de produzir as mudanças necessárias no seu seio e nos estilos de vida da população, que lograriam um controle mais eficaz da epidemia.

Das situações mais chamativas da doença no nosso país, destacamos a grande importância da prevalência da infecção entre os toxicodependentes de drogas endovenosas que partilham as seringas e a existência de uma situação “alarmante” nos estabelecimentos prisionais.

Ignorar estes dois pressupostos tem implicações nas tomadas de decisões, podendo originar consequências imprevisíveis. Como tal, o sistema de saúde deve dar uma resposta coordenada, efectiva, valorizando os aspectos preventivo e assistencial.

1.1. Epidemiologia social

Na evolução histórica das doenças infecciosas, cada época do mundo ocidental pode ser caracterizada por uma determinada doença infecciosa. Assim, não só para os epidemiologistas, como para outras áreas científicas, a SIDA é sem dúvida aquela que ficará associada às duas últimas décadas do século XX.

Um dos principais parâmetros epidemiológicos, em termos de quem é afectado, revelou que a existência de grupos populacionais com determinados comportamentos poderiam favorecer a transmissão do vírus (Paixão, 1996).

Como referimos anteriormente, os primeiros casos descritos no mundo, mais especificamente nos Estados Unidos, estavam associados a homens homossexuais. Depois, foram também observados no Norte da Europa em pessoas com o mesmo comportamento sexual. Mais tarde, começaram a reportar-se casos na Europa Meridional em pessoas toxicodependentes de

drogas endovenosas que partilhavam seringas. Tais casos levaram a que as primeiras vinculações estabelecidas de causa-doença se associassem a questões de raça, homossexualidade, promiscuidade sexual e consumo de drogas.

Nesta conjuntura podemos dizer, que o estigma do VIH/sida nasce e desenvolve-se sobre uma desafortunada aliança criada pela desinformação, pela ignorância e ainda por certas crenças que levaram a comparações com as epidemias da Idade Média. Em torno delas, criou-se e espalhou-se um conjunto de crenças e convicções que, apesar de carecerem de fundamento científico, foram interiorizadas por muitos dos profissionais de saúde. De facto não deve estranhar-se, pois a existência de um discurso social discriminativo para com as pessoas com atitudes e comportamentos diferentes, fazem com que alguns profissionais de saúde, não se encontrem imunes a esses pensamentos (Luna, 1995, Chaves, 2005).

A luta de grupos nos quais se incluem homossexuais, técnicos de saúde, artistas, desportistas, assim como cientistas de todo o mundo, associada a um facto evidente de que a principal via de transmissão na África Central é heterossexual, fez substituir o conceito de grupo de risco pelo de práticas de risco, o que se pode traduzir pela expressão (...) *pelo simples facto de viver todos somos grupo de risco*. Neste ponto de vista, estamos de acordo com Machado Caetano (2000), quando nos diz que,

“Os grupos não correm riscos, as pessoas é que correm riscos em função dos seus comportamentos. Apesar de todo o avanço na luta contra a marginalização, devemos ter presente que muitos infectados que vivem com tudo isto, manifestam ter mais medo das dificuldades inerentes às suas vidas, que da própria morte” (p. 31).

Sendo o VIH/sida a infecção sexualmente transmissível que maior impacto e preocupação causa à população em geral, estando geralmente associada à prostituição, foi alvo de um trabalho de investigação realizado por Manita & Oliveira (2002), com o objectivo de esclarecer a relação entre a prostituição e o VIH.

Este estudo foi de encontro a avaliações realizadas em diversos países ocidentais, concluindo que a taxa de infecção pelo VIH em mulheres que se prostituem é baixa, pois estas apresentam uma elevada taxa de utilização do preservativo com os seus clientes. A excepção é referente às mulheres que associam a prática da prostituição com o consumo de drogas por via endovenosa, sendo esta associação bastante elevada nas prostitutas de rua.

Ao analisarmos os últimos estudos de Luna (1995), Machado Caetano (2000) e Mateus & Cláudio (2000), versando sobre as vias de transmissão mais importantes e sobre as características da epidemia, no nosso país, para uma diminuição da infecção deveria haver: uma diminuição do consumo de drogas por via parenteral; um aumento das medidas preventivas nos que mantêm consumo de drogas endovenosas, sem excluir a situação das instituições prisionais onde as condições que facilitam o contágio se mantêm; aumento do uso de preservativos por parte dos seropositivos, situação pouco aceite, apesar da divulgação da informação sobre a sua eficácia; controle, praticamente absoluto, dos casos atribuídos à transmissão por transfusões ou hemoderivados e uma diminuição da taxa de SIDA Pediátrica devido à transmissão mãe/filho.

Para além das citadas, não se conhecem outras vias de transmissão, razão pela qual a marginalização nas escolas ou no local de trabalho só poderão ser entendidas pela ignorância deste problema de saúde.

1.2. Aspectos epidemiológicos da SIDA a nível mundial

Desde que se detectaram os primeiros casos de SIDA, em 1981, nos EUA, as características e padrões desta epidemia no mundo foram sofrendo mudanças importantes.

As sucessivas revisões do número de pessoas infectadas, publicadas pela Organização Mundial de Saúde [OMS], reflectem a rápida progressão da epidemia do VIH no mundo (Castilla & Belza, 1999).

A tendência que se observa é o predomínio da infecção nos países em vias de desenvolvimento e nos grupos mais desfavorecidos dos países desenvolvidos. Ainda segundo os autores atrás citados, apesar da transmissão sanguínea do VIH ter sido a mais marcada em alguns locais, à escala mundial predomina o comportamento sexual, identificando-se a SIDA como doença de transmissão sexual.

Para além da África sub-Sahariana, continuam a crescer epidemias mais recentes na China, Indonésia, Papua Nova Guiné, Vietname, em várias repúblicas da Ásia Central, Estados Bálticos e no Norte de África. O Vietname, por exemplo, evidencia como a epidemia do VIH/sida pode irromper rapidamente, onde existam níveis significantes do uso de drogas injectáveis. O Vietname juntou-se à lista crescente de países asiáticos, da Europa de Leste, da América Central e Latina, onde as drogas injectáveis enfatizaram a epidemia do VIH/sida. Neste cenário, à semelhança das epidemias em geral, o estigma e a discriminação são grandes obstáculos ao esforço para dar outro rumo à SIDA.

As formas de transmissão do VIH são as mesmas em todo mundo, apesar de que as características sociais, culturais e económicas, em cada lugar, desempenham um papel importante no desenvolvimento da epidemia. A introdução do VIH, em cada região, terá sido em tempos diferentes e por distintos mecanismos de transmissão (Castilla & Belza, 1999). Com base neste princípio, os autores acima citados referem que a OMS agrupou estas situações em três tipos:

- 1º - Epidemias emergentes, quando a prevalência é menor que 5%, em todas as sub-populações com práticas de alto risco;
- 2º - Epidemias consolidadas, quando a prevalência supera os 5% com comportamentos de alto risco, mas que, porém, é inferior a 5% nas grávidas;
- 3º - Epidemias generalizadas, quando a prevalência do VIH em populações de alto risco é muito elevada, e nas mulheres é superior a 5%.

Paixão (1996), acrescenta o facto de os padrões epidemiológicos clássicos, observados no início da pandemia, terem de ser actualmente substituídos por outros sub-padrões:

O padrão I, inicialmente observado nos países industrializados (EUA, Europa Ocidental e Austrália) que englobava predominantemente a transmissão sexual (indivíduos homossexuais e bissexuais masculinos) e a transmissão por utilização de drogas por via endovenosa, tem registado uma alteração profunda. A transmissão heterossexual tem progressivamente adquirido maior importância, embora o rácio entre os sexos, revela ainda um predomínio do sexo masculino, efeito da incidência acumulada (desde o início da epidemia) e verificada nestes países.

O padrão II afecta principalmente áreas da África Sub-Sahariana, em que o tipo de vírus prevalente é o VIH1 transmitido por via sexual (heterossexual). No entanto, na zona Ocidental coexistem os dois tipos de vírus, sendo que, em certos países, verifica-se uma maior prevalência da infecção pelo VIH2 em relação ao VIH1. As grandes convulsões sociais registadas em alguns países da África Central (Somália e Ruanda) com grandes migrações humanas, são muito responsáveis pelo elevado número de casos registados nestes países e países limítrofes, com o consequente aumento proporcional em relação à situação mundial. Em termos genéricos, a transmissão sexual é responsável pelo padrão observado na América Latina e no continente Asiático. Existem porém grandes diferenças nos países e zonas em que o uso de drogas injectáveis é endémico.

A combinação dos padrões I e II, corresponde a alguns países da América Latina e a África do Sul em que até meados da década de 80, existia uma distribuição do tipo I, mas que

recentemente se observa uma evolução para o tipo II, caracterizada pelo rácio entre os sexos ser aproximadamente 1:1, sobretudo entre as populações não caucasianas.

Inicialmente, o padrão III, abrangia o norte de África, o Mediterrâneo Oriental e a maior parte da região do Pacífico, com excepção da Austrália e da Nova Zelândia. Nesta região (Ásia e Ilhas do Oceano Pacífico) a infecção terá sido introduzida mais tarde e a maior parte dos casos corresponde a indivíduos que viajaram para outros países ou partilharam agulhas com pessoas provenientes dessas zonas já bastante afectadas. Desde os anos 90, que a Tailândia, Índia e Japão têm um elevado número de indivíduos infectados, com crescimento epidémico do tipo exponencial.

O mesmo autor acrescenta que as diferenças nos aspectos epidemiológicos da infecção pelo VIH continuarão a sofrer modificações resultantes da maior ou menor capacidade de intervenção local de forma a alterar o curso natural da epidemia.

Nesse aspecto, estamos de acordo com Ventura (2000), quando refere que a luta contra a infecção pelo VIH/sida deve efectuar-se tendo por base uma educação e informação de forma estruturada e sustentada, mas também realçando e aprendendo que a discriminação e a desigualdade são comportamentos que contribuem para a expansão da mesma.

Mundialmente, cada dia morrem cerca de 5700 pessoas infectadas por VIH e 6800 contraem o vírus. Na maioria dos casos devido à falta de meios que impede o acesso aos serviços de prevenção e tratamento do VIH/sida. A infecção pelo VIH/sida constitui um dos desafios mais importantes da saúde pública do novo milénio.

O número de pessoas que vivem hoje em dia com VIH/sida, está a aumentar, devido ao crescimento de novas infecções que, por sua vez, têm períodos mais prolongados de sobrevivência. A África Sub-sahariana continua a ser a zona mundialmente mais afectada pelo vírus VIH.

É necessário investir na prevenção e na educação das populações para diminuir o número mundialmente preocupante. O VIH/sida pode afectar qualquer um, em qualquer lugar, não escolhe sexo, orientação sexual nem crenças. Seguidamente apresentamos os dados estatísticos mais recentes.

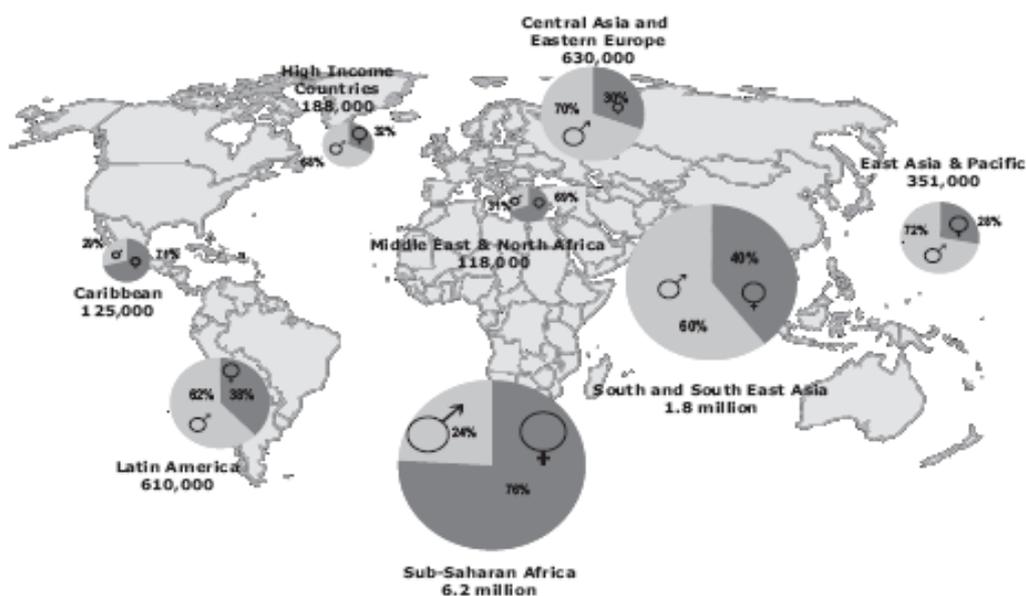
A SIDA no Mundo

Numa perspectiva evolutiva de 2004 a 2007, segundo relatório da UNAIDS (2007) relativamente à SIDA, estimava-se que 40 milhões de pessoas viveriam com SIDA até ao final de 2005. Mais de 10 milhões dos casos seriam relativos a indivíduos situados entre os 15 e 24 anos de

idade, correspondendo um número de 5 000 a 6 000 casos de novas infecções, por dia, neste grupo etário.

De acordo com os dados das populações mais afectadas, em 2004, no **Sub-Saharan Africa**, foram registados 6.2 milhões de casos, verificando-se uma maior incidência em mulheres, correspondendo a 76% dos casos. Ao passo que, no **Este da Europa e Ásia Central**, 600 000/1.3 milhões de casos foram registados, havendo uma maior prevalência nos homens. Em terceiro lugar a população mais afectada foi a **Ásia** aparecendo com 2.2 milhões de casos.

Figura 2 – Prevalência do VIH nos jovens entre os 15 a 24 anos, no Mundo.



Fonte: UNAIDS, UNICEF (2004)

Em 2006, a UNAIDS estimava que no final de 2005 cerca de 40.3 milhões de pessoas seriam VIH positivo. Correspondendo 17.5 milhões ao sexo feminino e 2.3 milhões a crianças com idade inferior a 15 anos. Destas 4.9 milhões de pessoas adquiriram a infecção durante o ano de 2005, e cerca de 14 000 novos casos aconteceriam por dia. 3.1 milhões de pessoas morreram infectadas. Mais de 95% dos casos teriam ocorrido em países em desenvolvimento. Rondando os 2000 casos em crianças com menos de 15 anos e cerca de 12 000 ocorreriam em pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, das quais cerca de 50% entre os 15 e os 24 anos e quase 50% em mulheres.

De acordo com os estudos, nos anos de 2003 e 2004, ter-se-ia verificado maior incidência da infecção na Ásia Oriental (aumento de cerca de 50%, atribuído largamente ao crescimento da epidemia na China) e na Europa de Leste e Ásia Central (aumento de 40%, para o qual contribuíram maioritariamente o número de casos na Ucrânia e na Federação Russa), tendo sido atribuído às Caraíbas o estatuto de única região do Mundo onde não se verificou aumento da infecção em 2005.

A **África sub-Sahariana** permanecia a região do Mundo mais atingida com 25.8 milhões de pessoas infectadas no final de 2005, mais cerca de um milhão, comparativamente ao ano de 2003. Apontava-se a esta região uma percentagem de 77% das mulheres infectadas de todo o Mundo.

Dos 25.8 milhões de pessoas infectadas correspondentes, estima-se que tenham morrido 2.4 milhões de pessoas com infecção pelo VIH nesta região, e cerca de 3.2 milhões teriam contraído a infecção durante o mesmo ano.

De acordo com a UNAIDS, na **Europa Ocidental e Central** e na **América do Norte** a principal causa de infecção por VIH seria a homossexualidade ou o uso de drogas injectáveis. No entanto, teriam vindo a ser desenvolvidos novos estudos que apontavam para um aumento significativo de infecções adquiridas através de contacto heterossexual sem utilização de preservativo. Dados apontam que, entre 1997 e 2002, nos 12 países da Europa Ocidental com dados sobre infecções VIH diagnosticadas de novo, o diagnóstico de infecções adquiridas por via heterossexual aumentou em 122%. E, entre 2001 e 2002, o diagnóstico de novas infecções em homossexuais do sexo masculino aumentou em 22%. Desde 2002, o número global anual de novas infecções em homossexuais do sexo masculino na Europa Ocidental viria a diminuir ligeiramente (de 5453 em 2002 para 5075 em 2004). No entanto, na Bélgica, Dinamarca, Portugal e Suíça houve um ligeiro, aumento, enquanto na Alemanha houve um aumento significativo.

De acordo com as novas actualizações da UNAIDS e OMS em Dezembro de 2007, 33.2 milhões (30.6 – 36.1 milhões) seria o número correspondente a pessoas portadoras de VIH/sida. 30.8 milhões (28.2 – 33.6 milhões) seriam adultos e 2.5 milhões (2.2 – 2.6 milhões) de indivíduos com menos de 15 anos de idade. 15.4 milhões (13.9 – 16.6 milhões) corresponderia ao total de mulheres infectadas. Só no ano de 2007, aproximadamente 2.5 milhões (1.8 – 4.1 milhões) de pessoas foram infectadas com o vírus do VIH. 2.1 milhões (1.4 – 3.6 milhões) seriam adultos e 420 000 (350 000–540 000) eram menores de 15 anos de idade. Por dia, 6 800 pessoas contrairiam VIH, 283 pessoas por hora, em média.

Em 2007, 2.1 milhões (1.9 – 2.4 milhões) de pessoas morreram de SIDA, das quais 1.7 milhões (1.6 – 2.1 milhões) adultos e 290 000 – 330 000 (290 000 – 380 000) eram menores de 15 anos.

Segundo os relatórios apresentados, na **África**, 68 % das pessoas que vivem com VIH, 22.5 milhões vivem na África Subsariana, na qual residem 90 % das crianças infectadas com VIH de todo o mundo. Em 2007, viriam a ser infectadas aproximadamente 1.7 milhões de pessoas na região e, aproximadamente 1.6 milhões de adultos e crianças acabariam por morrer.

Na **Ásia**, 432 000 pessoas ficaram infectadas com o VIH em 2007, fazendo com que o número total de pessoas que vivia com o VIH/sida passasse para 4.8 milhões. 302 000 foi o balanço de mortos em 2007.

Aproximadamente 17 000 pessoas nas **Caraibas** ficaram infectadas com o VIH em 2007, fazendo aumentar para 230 000 o número total de pessoas portadoras de VIH/sida. O número de mortos correspondente a 11 000 pessoas.

Na **América latina** 1.6 milhões de pessoas são portadoras de VIH/sida e em 2007 aproximadamente 100 000 pessoas viriam a contrair a doença. Registrar-se-iam 58 000 mortes causadas pela SIDA.

Em 2007 na **África Oriental e do Norte** registaram-se aproximadamente 380 000 casos de pessoas portadoras de VIH. 35 000 novas infecções foram diagnosticadas. Contabilizaram-se 25 000 mortes devido à SIDA.

Cerca de 55 000 pessoas, dos 1.6 milhões portadores de VIH da **Europa Oriental e Ásia Central**, perderam a vida em 2007. O número total de novos casos registados nesta região foi de 150 000 pessoas aproximadamente infectadas com o VIH.

Na **Europa ocidental e Central**, o número total de pessoas a viver com VIH rondava os 760 000, dos quais 31 000 foram diagnosticados em 2007 e cerca de 12 000 viriam a morrer no mesmo ano.

1.3. Dados do VIH/sida em Portugal

No contexto Europeu, Portugal é um dos países mais atingidos quando se considera o número de casos ajustado à população portuguesa. Segundo os registos do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge pensa-se que o primeiro caso de VIH a ser detectado em Portugal foi em 1983, no Hospital Curry Cabral, num paciente masculino com sintomatologia da última fase da infecção com VIH. O diagnóstico foi comprovado através de um exame realizado na Faculdade de

Farmácia da Universidade de Lisboa. As primeiras pessoas infectadas foram homens, jovens homossexuais ou bissexuais (66.6%). Não se registaram, inicialmente, casos em toxicodependentes, mas verificaram-se alguns casos em hemofílicos. Por estas razões a garantia de protecção (contra o VIH1) dos doentes que necessitam da administração de sangue humano ou seus derivados, foi assegurada pelo despacho 12/86 de 5 de Maio, e para o VIH do tipo 2, pelo despacho 31/89 de 29 de Agosto.

A notificação dos casos de infecção pelo vírus VIH, recebidos no centro de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, obedece aos critérios da OMS/CDC e são classificados como casos de SIDA (CRS) e portadores assintomáticos. Estes dados, são objecto de uma avaliação precisa, uma vez que, cada trimestre, o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) edita um boletim, dando conta da situação em Portugal. O dispositivo de vigilância teve início em 1985 e tem por base a notificação obrigatória por parte dos médicos que seguem estes doentes. Esta declaração é anónima, sendo os doentes classificados por um código que inclui o sexo, a idade, as três primeiras consoantes do apelido e as duas do primeiro nome (Association de Recherche, de Communication et d'Action pour l'accès aux Traitements (ARCAT-SIDA, 1997).

Após os anos 1999-2000, verificaram-se aumentos significativos de indivíduos portadores de VIH pertencentes aos grupos etários acima dos 45 anos de idade (superiores). Verificou-se também um aumento proporcional do número de casos de transmissão heterossexual e diminuição proporcional dos casos associados à toxicodependência.

Relativamente aos casos notificados até 31 de Dezembro de 2005, o número total casos de infecção foi de 28 370 casos, atribuindo-se a Portugal a maior taxa de novos diagnósticos de infecção VIH da Europa. No entanto, até à data referida, viriam a falecer 7 399 pessoas com infecção VIH. De acordo com os índices de infecção, segundo a via de transmissão, verificaram-se: 46.1% em utilizadores de drogas por via endovenosa; 36.3% por transmissão heterossexual; 11.7% por transmissão homossexual masculina e 5.9% por restantes formas de transmissão.

Em 2005, os portadores assintomáticos da infecção VIH em Portugal eram predominantemente jovens com mais de 20 anos e indivíduos até aos 39 anos, pertencendo 45.3% à categoria de "toxicodependentes" e 39.3% à categoria de "heterossexuais".

De acordo com os dados, a transmissão heterossexual tem apresentado uma tendência evolutiva crescente. Registados, só no 2º semestre de 2005, relativo a esta forma de transmissão, verificaram-se 52.7% do número total dos casos notificados.

Em 2007, o Instituto volta a lançar dados e afirma que, a 30 de Junho, encontram-se notificados 31 677 casos de infecção VIH/sida nos diferentes estádios de infecção: Portadores assintomáticos (PA) e sintomáticos não-SIDA (ARC) e SIDA. Conclui-se que, o maior número de casos notificados (“casos acumulados”) correspondia a infecção por uso de drogas por via endovenosa, constituindo 44.4% (14 061 / 31 677) de todas as notificações. O número de casos associados à infecção por transmissão sexual (heterossexual) representava assim o segundo grupo, com 38.3% dos registos, ao passo que a transmissão sexual (homossexual masculina) apresentou 11.9% dos casos. 5.3% do total dos casos relatados correspondiam às restantes formas de transmissão.

Tal como em 2005, voltam a verificar-se casos notificados de infecção VIH/sida, que referem como forma provável de infecção a transmissão sexual (heterossexual), apresentando uma tendência evolutiva importante. Registam-se, no 1º semestre de 2007, 54.7% dos casos notificados são PA, Sintomáticos não-SIDA e SIDA.

Segundo o relatório, a 30 de Junho de 2007, o total acumulado de casos de SIDA era de 13 935, dos quais 457 causados pelo vírus VIH2 e 190 casos que referem infecção associada aos vírus VIH1 e VIH2.

Em 2007, verifica-se um aumento (proporcional) do número de casos de transmissão heterossexual. No entanto, desde 2005 e considerando a transmissão “homo/bissexual”, verificou-se uma tendência temporal crescente. Entretanto o número de casos de infecção associada às drogas endovenosas registou uma diminuição.

Dos 75.8% de “Portadores assintomáticos” notificados, o maior número era, predominantemente, de jovens com mais de 15 anos, e de indivíduos até aos 39 anos. Estes dados estavam associados a duas categorias principais: “*toxicodependentes*”, representando 42.6% do total de portadores assintomáticos notificados e “*heterossexuais*” com 41.7%. Os “Casos sintomáticos não-SIDA” constituíam um grupo com menor número de casos: 38.9%, correspondendo a indivíduos “toxicodependentes” e 40.0% a casos de transmissão heterossexual.

Óbitos em Portugal

Os dados estatísticos aqui apresentados são dados fornecidos por um estudo do Instituto Nacional de Estatística [INE] realizado entre 1988 e 2003, e intitulado “A mortalidade por VIH/sida em Portugal: alterações da estrutura etária”.

Em Portugal, assistiu-se a uma tendência de crescimento acentuado do número de óbitos por VIH, entre 1988 e 1996, apresentando nos anos posteriores algumas oscilações, não atingindo, contudo, os valores máximos referentes a 1996.

Ao longo do período em análise, constata-se que o maior número de óbitos por VIH/sida ocorre em indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos; contudo, nestes grupos etários, alguns apresentam tendências contrárias ao longo do período. Os óbitos ocorridos no grupo etário dos 25 aos 29 anos, em 1988, representava cerca de 16% dos óbitos totais, baixando para cerca de 12%, em 2003. O grupo etário dos 30 aos 34 anos apresenta uma tendência contrária à do grupo anterior, registando, em 1988, cerca de 16% e em 2003, 20.2% .

Um aspecto relevante a reter é o do aumento deste tipo de óbitos nas idades mais avançadas, ao longo do período 1988-2003, registando-se em todos os grupos etários posteriores aos dos 45 anos, um aumento significativo, principalmente nas idades acima dos 65 anos.

Estes dados revelam que as taxas de mortalidade por VIH/sida na população idosa apresentam uma tendência de crescimento gradual, podendo daí inferir-se que cada vez se morre mais tarde com VIH/sida

Como forma de combater esta pandemia, os estabelecimentos de ensino devem desempenhar um papel primordial, pois visam a formação dos jovens estudantes.

Capítulo 2: Ensino Superior e a SIDA

A educação engloba ensinar e aprender e tem nos seus objectivos fundamentais a transmissão da cultura de geração para geração, realizando ao longo do ciclo de vida a construção do conhecimento. Em Portugal, a educação escolar compõe-se de educação básica, formada pelo ensino infantil e médio (sendo considerada fundamental e também designada por 1º, 2º e 3º ciclo), ensino secundário e superior. O ensino superior forma profissionais e investigadores em uma determinada área do conhecimento humano. É oferecido em Universidades, Institutos Politécnicos e outros Institutos Superiores, nas suas faculdades e escolas superiores. Na hierarquia das graduações académicas, a licenciatura é o grau conferido por três ou quatro anos de curso universitário ou politécnico. Com a entrada em vigor, na Europa, do Tratado de Bolonha, a licenciatura passa a figurar como o primeiro grau académico, devido à extinção dos cursos de bacharelato.

Mas a Escola é um projecto em realização continuada e permanente. Neste projecto, podemos individualizar algumas componentes, do tipo: organizacional, científico, cultural e ético. Tais componentes não estarão explicitamente formulados em textos, mas sentem-se na vida diária das instituições, imprimindo-lhe carácter.

Assim e em termos organizacionais, a Escola funciona como um sistema evolutivo, adaptável e actuante, sistema este que constitui a estrutura de uma comunidade viva, integrando elementos permanentes e elementos mutáveis. Esta comunidade move-se por objectivos finais que devem ser comuns a todos os seus membros e para isso planeia, executa e responde perante desafios sociais fazendo-o como um todo. Digamos que procura realizar uma verdadeira comunidade de trabalho, na qual todos os elementos são solidários e responsáveis no grau e nas funções que a cada um competem e nas circunstâncias em que cada um se encontra. Não obstante, se desfrutamos de apreciável autonomia cabe-nos em consequência a correspondente responsabilidade: interna, hierárquica e social.

A componente científica da Escola revê-se em objectivos finais que, não obedecendo a uma clara hierarquia, se alinham pela ordem: ensino, investigação e acção externa. Naturalmente, o peso maior das prioridades recai na área do ensino, mas a responsabilidade da Escola inclui

também o dever de criar e aperfeiçoar a ciência e a técnica, intervindo na comunidade, apoiando-a e impulsionando-a e procurando melhorá-la. Trata-se de facto de uma atitude pedagógica global.

Na formação em geral, mas na saúde em particular, valorizamos a família, as crenças e os factores culturais, entre outros aspectos. E a cultura é, em termos muito simples, o estilo de vida comum que caracteriza um povo. A cultura abrange a totalidade dessa vida em comum, designadamente: a convivência, a história e as estruturas sociais e políticas. A cultura de um povo define o tipo de homem que a cria e que é, ao mesmo tempo, sua resultante.

Nesta perspectiva os estilos de vida são cada vez mais influenciados pelas políticas de actuação das entidades públicas e pelas das empresas que controlam a produção de bens e que levam a cabo acções promocionais em favor de produtos que até podem ser nocivos. Deste modo, também as possibilidades de escolher estilos de vida saudáveis, bem como as incitações a essa escolha, dependem grandemente das opções políticas que regem a vida socioeconómica da população.

Para serem eficazes, os programas de saúde sobre estilos de vida, devem dirigir-se às influências estruturais que se exercem sobre o comportamento e às diversas componentes deste. Assim há problemas éticos a considerar na concepção das políticas e dos programas respeitantes aos estilos de vida saudável, ou seja existe o dever de procurar o equilíbrio entre o respeito pelo direito do indivíduo à livre escolha e o dever da sociedade em promover a saúde da população.

Nesta abrangência a vida da Escola encontra-se subordinada a normas éticas, entre as quais podemos apontar o respeito pela verdade científica, a humildade perante a dúvida e o erro, a capacidade de correcção, a honestidade de processos de trabalho e a defesa da independência científica.

No entanto, tudo isto tem como pólo de atracção e limites o respeito pelo homem integral e pelo seu valor individual, social e transcendente. Falamos do homem concreto, da pessoa humana, origem, destino e razão de tudo o que estudamos, ensinamos e investigamos.

Actualmente, o nível de educação formal mais promovido e pretendido é o ensino universitário e politécnico, que são vistos como um porto de abrigo que muitos continuam a querer alcançar.

“Ser estudante do ensino superior pode constituir um desejado e calculado desafio, representando a oportunidade para alcançar a autonomia desejada e desenvolver competências específicas numa determinada área científica” (Pinheiro, 2003).

Ao chegarem ao ensino superior, os estudantes, na sua maioria, experimentam uma certa insegurança relativamente ao novo estilo de vida (contactos sociais, papéis e rotinas que têm de desempenhar). Possuem também expectativas positivas em relação à sua nova vida e são quase sempre partilhadas com a família e os amigos, com um certo orgulho.

“Apesar de muitas vezes, estas expectativas positivas darem lugar a expectativas negativas, a euforia motivada pelo ingresso cede lugar à tristeza a à saudade da família, dos amigos, da casa, do local onde se vivia” (Pinheiro, 2003).

A transição do ensino secundário para o ensino superior é marcada por diversas exigências, nomeadamente a nível pessoal, social e académico.

Novas metodologias de ensino e de avaliação, a capacidade de adquirir e modificar rotinas e hábitos de estudo, além de uma maior autonomia na gestão do tempo, constituem novos contextos de vida e desafios com que o jovem se confronta ao ingressar na universidade. Ocorrem mudanças no sentido de uma maior mobilidade e emancipação, uma maior autonomia na gestão dos recursos económicos mas, também, a resposta às solicitações internas (dos desejos, aspirações e do desenvolvimento em geral dos jovens adultos) e externas (da sociedade e do mercado de trabalho) (Pinheiro, 2003).

Sendo o Ensino Superior (o objecto do nosso estudo) uma instituição de índole social, pensamos que o mesmo deveria apoiar-se na cooperação e no trabalho de equipa entre prestadores de cuidados de saúde, indivíduos, famílias e grupos da comunidade. A pertinência desta parceria é tanto mais exigível se tivermos em conta o facto da ausência de tratamento curativo da infecção VIH, e neste sentido a prevenção converte-se na arma mais eficaz, para combater ou travar esta pandemia. Desta forma as Instituições de Ensino Superior desempenham um papel fundamental e primordial na promoção e prevenção desta afecção.

1. Os estudantes do ensino superior e a SIDA

Segundo a OMS, o termo "juventude " implica que o indivíduo tenha uma idade entre 15 e 24 anos; e "gente jovem" é um termo que cobre as idades de dois grupos, isto é entre os 10 e 24 anos. O jovem, na relação interpessoal, é alguém a estruturar a sua convicção de poder ser amado e, por isso, de poder amar. Alguém a experimentar-se, a ensaiar gestos, ainda à procura de significados, num espaço cada vez mais aberto a novos objectos (Machado, 2000). O jovem adolescente terá que se tornar progressivamente independente dos pais e adquirir uma autonomia

face à família. Refere igualmente que a alteração entre as relações pai-filho é difícil para ambos, uma vez que os pais têm de terminar o relacionamento até aqui estabelecido com os seus filhos.

Deste modo os limites da juventude abrangem um carácter social e cultural e não apenas limites cronológicos, sendo delineados pela sua capacidade activa, isto é, pela capacidade de participação na produção e reprodução da própria sociedade. Segundo Castro, (2007) os jovens ainda estão sob o cuidado e protecção dos adultos. De acordo com Melo, (2004), os jovens adultos estão no auge da sua força, energia e resistência. É durante o início da idade adulta que os sentidos e o estado de saúde estão no seu apogeu.

Esta representação sente-se mais intensamente nas práticas sociais e culturais que determinam a experiência do jovem hoje, situado numa moratória social e profissional.

As representações sociais são estudadas por vários autores sendo Moscovici (1984) um autor de referência obrigatória nesta temática. As representações sociais mais não são do que o reflexo da realidade social, realidade esta que está em constante devir, tendo repercussão na forma como interpretamos os acontecimentos do dia-a-dia (Moscovici, 1984; Gomes, 2002). Neste sentido, a representação da saúde e da doença repercute a relação que o indivíduo estabelece com a sociedade. Tal como menciona Herzlich (1996, p. 178) a saúde e a doença apresentam-se sempre como uma forma de interpretação da sociedade pelo indivíduo e vice-versa. Para a autora, estudar as representações sociais da saúde e da doença é observar como um conjunto de valores, de normas sociais e de crenças culturais são sentidos pensados e partilhados pelos indivíduos. As representações sociais da saúde e da doença não são estáticas mas criam-se e recriam-se na interacção que estabelecemos com os outros pois a doença é uma realidade construída pelo doente, construção essa que está em constante devir pois as nossas ideias, percepções, quadros de referência sobre a saúde e a doença mudam a toda a hora, de acordo com o nosso estado de espírito, as nossas amizades e relações que estabelecemos com o mundo (Gomes, 2002; Duarte, 2002).

Também Duarte (2002, p.97), refere que “estar saudável é uma construção social que ajuda a compreender o nosso lugar e o dos outros no mundo, daí que ser considerado saudável (...) torna-se um código moral”.

A saúde e a doença fazem parte da vida humana e manifestam-se no corpo, daí a interligação entre saúde e realização pessoal. Neste sentido podemos afirmar que a saúde e a doença influenciam a forma como o indivíduo interpreta e se relaciona com a sociedade. A doença depende de comportamentos e condutas de cada um e envolve, segundo Herzlich (1996), o “fond

de santé” sendo que, quanto menor for este fundo de saúde do indivíduo, maior será a probabilidade deste adoecer. Grossman (referido em Duarte, 2002) tem opinião idêntica defendendo que cada indivíduo tem um stock de saúde que se vai desgastando ao longo da vida, dependendo dos modos de vida do indivíduo e do investimento que é feito em termos de saúde. Quanto maior for o investimento em saúde (consultas de rotina, hábitos alimentares saudáveis, entre outros) maior será o stock de saúde, logo menor será a probabilidade de adoecermos.

Herzlich (1996) afirma que a saúde e as doenças são vividas pelos indivíduos como universos de comportamentos e de condutas e não como estados, tal como defende a Organização Mundial de Saúde - saúde é o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social. De facto, quando doentes, agimos de forma diferente: uns interrompem a sua actividade profissional, outros desempenham as suas actividades sociais habituais. Daí que a autora afirme que a doença não torna um indivíduo doente. É a actividade e a inactividade profissional que nos permitem definir a doença e a saúde como condutas e não como estados orgânicos. Quando a conduta e o estado orgânico se juntam, a doença instala-se ficando o indivíduo impotente face às manifestações orgânicas da doença. Dos relatos que ouvimos, lemos e vemos acerca da experiência da doença pela infecção VIH, a mesma caracteriza-se pela exclusão social, inactividade e dependência e, na maior parte dos casos, é tida como uma situação que não traz benefícios para a vida do indivíduo.

O desenvolvimento físico e psicossocial

É no período que decorre entre os 15 e os 20 anos, que predominam os aspectos do desenvolvimento psicossocial. Este é caracterizado, sobretudo, pela afirmação pessoal e pela necessidade de pertença a um grupo (Afonso & Lucas, 2001). A juventude, é caracterizada como uma categoria social, ou seja, é vista como uma concepção, representação ou criação simbólica, imaginada pelos grupos sociais ou pelos próprios jovens, para designar uma série de comportamentos e atitudes a eles atribuídos (Parizotto & Tonelli, 2005).

Para o autor, a juventude como camada social, não passa apenas por várias modificações ao longo dos tempos, mas também é uma representação e uma situação social simbolizada e vivida com muitas diferenças na realidade diárias, devido à sua combinação com outras situações sociais, assim como às suas próprias características.

O jovem adulto encontra-se numa fase de desenvolvimento entre a adolescência e a idade adulta, que está compreendida em torno dos 20-25 anos. Esta fase caracteriza-se por um estabelecimento estável da identidade pessoal e sexual, uma certa independência dos pais e marca

o início da fundação de uma escala de valores ou código de ética próprio. É importante lembrar que estas características podem variar de pessoa para pessoa, dependendo da sua cultura, da sua classe social e da sua experiência de vida. A nossa cultura considera os anos iniciais da vida adulta, os melhores do ciclo vital verificando-se que também fisicamente isso é uma realidade. Já sob o aspecto social e emocional, esses anos têm sido considerados stressantes e difíceis, quando comparados com qualquer outra fase da vida adulta. Um dos motivos que contribui para esse stress é o ingresso no ensino superior, uma vez que o jovem pode apresentar dificuldade de adaptação com o novo ambiente, com os novos colegas, tendo uma relação mais distante com os professores, assim como a dependência económica dos pais (Neves, 2006).

É verdade que o jovem adulto se caracteriza pela posse da maturação física, cognitiva e emocional. Contudo nem todos são independentes financeiramente de seus pais e isso é realmente um factor que gera angústia. De acordo com a literatura, o indivíduo é melhor aceite socialmente quando exerce alguma função social, seja ela trabalhar ou estudar. Pelo facto dos jovens estarem numa Faculdade (uma função social), a família sente-se no dever de sustentá-los, diminuindo-lhes a angústia. Ao longo do curso, a mesma pode aumentar devido a uma maior percepção das dificuldades do trabalho e do fracasso na vida profissional. Por outro lado, tomam consciência de que, mesmo estudando, terão que ser sustentados até se formarem e conseguirem um emprego (Neves, 2006).

O jovem é aquele que sob o ponto de vista de inclusão no mundo do trabalho, ainda o deve adiar para realização de uma preparação adequada (Castro, 2007).

O período da entrada na vida adulta, refere Rowland (1990), é tipicamente caracterizado por uma redução ou estabilização das mudanças físicas e psicológicas. Contudo a nível do desenvolvimento socioemocional a complexidade é crescente. Nesta fase, de acordo com Pacheco & Jesus (2002), os jovens começam a fazer o seu investimento em novos papéis, com os pares, escolhendo os parceiros amorosos (Dias & Fontaine, 1996), ao mesmo tempo que a família, o grupo de amigos, a escola e a sociedade em geral criam expectativas em torno dele, o que origina pressão para que actue da forma mais correcta, ou como refere Pacheco & Jesus, (2002, p.89), "como adulto".

Os autores Kirchler & Pereira, (1996), apresentam como tarefas desenvolvimentais mais importantes para o jovem, aceitar o seu corpo e adquirir um papel sexual masculino ou feminino, desenvolver relações apropriadas com os pares de ambos os sexos, tornar-se emocionalmente independente dos pais e de outros adultos, desenvolver capacidades cognitivas essenciais para as

competências sociais, compreender e adquirir comportamentos socialmente responsáveis, adquirir valores num sistema ético de crenças que formem a base do seu comportamento e se tornem na ideologia do sujeito, entre muitos outros factores.

Para Ferreira & Castro, (1994), o ser autónomo para jovem universitário, significa que o sujeito se sente seguro e estável e apresenta comportamentos bem coordenados com finalidades pessoais e sociais.

O jovem e o corpo

A forma como encaramos actualmente o nosso corpo é, sem dúvida o resultado dos avanços científicos, tecnológicos de disciplinas como a engenharia genética e a biologia molecular, característicos da época em que vivemos. Neste sentido podemos afirmar que o corpo é cultural pois é o resultado da sociedade em que estamos inseridos, é o reflexo do comportamento social do indivíduo inserido em grupos, logo, na opinião de Braunstein & Pépin (1999, p.10), o corpo “está dentro da nossa vida quotidiana, nas suas relações de produção e de troca, é um meio de comunicação, por meio do uso de um certo número de sinais ligados à linguagem, aos gestos, às roupas, às instituições, às percepções que temos da realidade”.

Falar em corpo só faz sentido quando referenciado a alguém. Corpo com órgãos, corpo que age de acordo com a sociedade em que se encontra. Corpo é um fenómeno com diversas facetas, nomeadamente a da desigualdade social, pois a forma como olhamos o corpo pode ser indicativa da pertença de classe. Se em meios mais desenvolvidos, o corpo é visto numa perspectiva estética, em meios com carências económicas, o corpo é um instrumento de trabalho imprescindível à sobrevivência (Resende, 1999).

O corpo, afirma Babo (2001), transporta consigo marcas de vivências acidentais e estigmatizadas. O corpo que fazia parte da esfera privada passa para a esfera pública, havendo uma subordinação do corpo ao olhar do outro nesta era de corporeidade. Goffman (1961, p. 277) define “corpo como um bem que pode ser consertado”. O corpo é assim (p. 278) “um bem que não pode ser deixado aos cuidados do servidor, enquanto o cliente cuida de suas outras actividades”. Como refere Resende (1999, p. 16) “o corpo socializado apreende o uso das técnicas corporais de acordo com os contextos culturais onde se encontra inserido”. Independentemente da época em que estamos inseridos, somos um corpo dentro de uma comunidade com determinados hábitos culturais, usos e costumes, com uma determinada linguagem e percepção da realidade.

Independentemente da época e sociedade em que nos encontramos, o corpo está patente em áreas como a literatura, a filosofia, a ciência, a medicina, a arte, pois o corpo é, desde a antiguidade grega e latina, fonte de inspiração e reflexão das ciências humanas e, mais recentemente da psicologia, da sociologia, e da antropologia, sendo ainda objecto de inspiração estética. Barthes fala num corpo subjectivo sendo que, segundo Brites (2001, p. 17) “o texto-corpo é uma expressão do homem-corpo, na sua globalidade sensorial, afectiva, racional e ética. Isto significa que o corpo barthiano reúne no seu significado, ou na sua estrutura, o corpo subjectivo do autor projectado na sua obra, bem como a obra em si”.

Foucault (2000) defende a necessidade de adoptar uma nova forma de olhar o corpo do paciente, que coincide com o advento do capitalismo, através da vigilância. O autor atribui grande importância ao corpo afirmando que este é construído através do discurso. Aliás o autor debruçou-se sobre o estudo das representações médicas, discursos estes que visam a disciplina e o controlo dos seus pacientes.

O corpo doente carrega consigo os sinais de determinada doença que serão transmitidos de modo diferente atendendo à personalidade, experiência, vivência e crenças da pessoa que personaliza determinado corpo através de gestos ou posturas corporais. Cada corpo, inserido numa determinada época e grupo social conta a história política, social, cultural e económica do seu tempo, como refere Babo (2001) tem vivência. O corpo é assim um modo de identificação das diferenças que caracterizam cada uma das épocas. É uma construção individual e social. Os usos sociais do corpo têm-se alterado ao longo dos tempos. Elias (1989) afirma que a socialização e educação do corpo está associado ao surgimento das condições sanitárias.

Sem dúvida que os progressos da medicina foram importantes devido aos avanços da tecnologia, tais como os raios X, permitindo conhecer melhor o corpo e ajudar a detectar mais rapidamente as doenças, verificando-se assim muitos progressos terapêuticos. As grandes descobertas da biologia, tais como as investigações no campo da genética e da recente descoberta do código genético, vão contribuir para os progressos terapêuticos, criando uma ilusão latente de vencibilidade perante a doença. Estamos assim perante a complexidade criada entre o desenvolvimento da medicina, aliado a uma mutação constante do mundo virológico. Este dilema escapa ao indivíduo que espera que as consequências dos seus comportamentos sejam rapidamente e com sucesso colmatadas, sem que daí advenha nada mais que uns dias de mal-estar. Falamos de jovens que não se revêm como grupo de risco para a doença, pois estão no auge do seu desenvolvimento a todos os níveis, onde a beleza e ser saudável sobressaem. Referimo-nos

a uma doença, infecção VIH/sida, que com um período de incubação até 10 anos, com sintomatologia inicial comum a outras manifestações clínicas, perde visibilidade no rosto de quem está infectado.

Todos temos direito a ter um corpo, direito esse consagrado na Declaração Universal dos Direitos do Homem. Neste momento, o corpo, além de ser propriedade de cada um, exige determinados cuidados e respeito por ele, sob pena de sermos marginalizados pela sociedade. É responsabilidade de cada um cuidar do corpo, através da prática do exercício físico, de uma alimentação saudável, da visita regular ao médico, entre outros.

Na actual era da corporeidade o corpo faz parte da esfera pública, havendo uma subordinação do corpo ao olhar do outro. Através do corpo é visível toda uma vida de alegria, de sofrimento, de desejo e de apropriação de informação. Deste modo, "o corpo é o unificador por excelência da experiência vivida" (Babo, 2001, p. 258). Corpo e linguagem estão intimamente associados pois o corpo tem a capacidade de captar os signos e de produzir significância. O homem utiliza a técnica científica em seu proveito mas deve saber onde estão as fronteiras do possível, do ético e do impossível. Até onde podemos expor o nosso corpo?

Um outro aspecto relevante prende-se com a escolha do parceiro amoroso. É considerada uma das escolhas importantes nesta fase. Para Erikson a tarefa principal do jovem adulto é o desenvolvimento de relacionamentos íntimos. É neste período que as pessoas constituem relacionamentos que se podem prolongar pelas suas vidas adultas, relacionamentos baseados na amizade, no amor e na sexualidade. A intimidade inclui a ideia e a necessidade de pertencer a alguém, estabelece relacionamentos fortes, estáveis, íntimos e amorosos, sendo assim um forte motivador do comportamento humano que, por sua vez interfere com o corpo e com o estado de espírito.

O jovem e a SIDA

Segundo a OMS, é necessária a estimulação das pessoas para evitar determinados comportamentos que são a base da transmissão do VIH.

Além disso, é importante que as intervenções de prevenção cheguem até aqueles que têm comportamentos de risco. Os jovens parecem ser um grupo que é especialmente vulnerável. Segundo os dados da OMS, 50% da transmissão do VIH dá-se entre indivíduos com idades compreendidas entre 15 e 24 anos, sendo que 5 000 a 6 000 jovens ficam infectados por dia. A segunda década da vida é um período de experimentação e risco, e muitos factores aumentam a

vulnerabilidade do jovem ao VIH durante esses anos de rápido desenvolvimento físico e psico-social. Esses factores incluem a falta de conhecimento sobre VIH/sida, falta de educação e "*life skills*", deficiente acesso a serviços de saúde e iniciação sexual, entre outros.

Face a este reconhecimento da vulnerabilidade dos jovens, foram delineadas prioridades de acção, que, segundo a OMS, deverão incluir as intervenções preventivas, desenvolvidas em vários locais como nas escolas, nos serviços de saúde, nos meios de comunicação social e também na comunidade em geral.

O Ensino Superior faz parte integrante do sistema de educação. Proporciona um nível de acesso à formação profissional, de contactos do indivíduo com a família e com a comunidade, permitindo-lhe igualmente uma aproximação ao mercado de trabalho especializado, constituindo deste modo o primeiro elemento de um processo permanente de ligação ao mundo do adulto.

Tendo em conta o referido, e de acordo com Mareque (2002), a diversidade das características sociais e demográficas dentro do mesmo país, fazem com que existam importantes diferenças na prevalência das práticas de risco para a transmissão do VIH e influenciando assim no aspecto geográfico da SIDA. Este descreve a distribuição da doença e permite identificar as necessidades sócio-sanitárias que dela derivam. Não obstante, esta epidemia, pode considerar-se o resultado da soma de várias sub-epidemias, que estão definidas pelos diferentes mecanismos de transmissão do VIH e cada uma delas pode apresentar uma distribuição geográfica própria. Pensamos que a análise separada da distribuição geográfica destas sub-epidemias, nos fornece informação de grande utilidade para direccionar uma actuação bem adaptada à situação de cada área geográfica.

Como já referimos, a infecção por VIH e SIDA tem vindo a aumentar, fruto de comportamentos de risco relacionados com a utilização de drogas por via endovenosa, mas existe também, um grande número de infectados que surgem por outras vias (transmissão hetero e homossexual, transfusões com sangue e hemoderivados, filhos de mães infectadas...); factos estes que representam, actualmente, um dos maiores problemas sócio-sanitários a nível mundial. Perante a demora no desenvolvimento de uma vacina para a prevenção da infecção e na ausência de um tratamento eficaz da doença, a prevenção ocupa um lugar primordial neste contexto de forma a enfrentar esta grande ameaça colectiva. Devemos portanto utilizar todos os recursos que nos proporcionam a informação e educação para a saúde, não esquecendo a luta contra a discriminação e marginalização dos doentes afectados, como pilar fundamental na luta contra a infecção.

Dentro deste prisma, a intervenção nos estabelecimentos de ensino, principalmente no Ensino Superior, deverá ser reforçada, não apenas como catalisadores de acções nas comunidades a nível local, mas também através de novas iniciativas no domínio da educação para a saúde. Partilhamos da opinião de Lucas (1993), quando defende que a promoção da saúde, com incidência na prevenção da SIDA, tem como base o potenciar dos recursos humanos locais, na valorização da pessoa humana, numa acção pelos cidadãos e não para os cidadãos.

A personalização do ensino é uma característica cada vez mais reclamada pelas sociedades modernas, o que significa a necessidade de maior confiança e maior segurança dos cidadãos face ao poder tecnológico do processo ensino/aprendizagem.

O facto de actualmente se reclamar uma maior implicação dos estabelecimentos de ensino, deve-se a uma série de características de indubitável valor. Em primeiro lugar, deve-se à capacidade de realizar um seguimento, de forma continuada, da formação dos jovens, indispensável à formação no âmbito da prevenção VIH/sida. Em segundo lugar, deve-se ao facto de os profissionais da docência, possuírem uma visão integral do estudante que pode facilitar a abordagem global de outras áreas/temas associados à SIDA. Finalmente, em terceiro lugar, o tipo de relação com os estudantes permite desenvolver acções de educação na escola, sensibilizar e alertar os estudantes para as práticas de risco, abordar problemas psicossociais dos afectados (tanto doentes como seus familiares), e ainda participar em iniciativas dirigidas à comunidade.

Nesta linha de pensamento acreditamos que cabe a cada estabelecimento de ensino o desenvolvimento no combate à SIDA de acordo com a sua realidade local.

O mundo em constante transformação exige uma rápida actualização, o complemento à formação inicial, já não é suficiente. O que é hoje necessário é garantir uma educação em permanência, uma renovação constante para um mundo em efervescência constante.

De facto, a formação é um processo dinâmico e evolutivo que se desenrola ao longo de toda a vida, implicando uma transformação individual (ao nível de conhecimentos - saber, capacidades - saber fazer, atitudes - saber ser) e uma mudança institucional (trabalhar e formar colectivamente, para a resolução de problemas comuns). A formação deve estar de acordo com as expectativas do indivíduo, devendo permitir a integração no campo profissional, resultando daí uma evolução pessoal, que se traduz num melhoramento económico e social.

A educação de jovens adultos abrange todo o conjunto de processos de aprendizagem em curso, formais ou não, através dos quais possam desenvolver as suas capacidades, enriquecendo conhecimentos, aperfeiçoando qualificações técnicas e profissionais e orientando-se para a

satisfação das suas próprias necessidades simultaneamente da sociedade. Este sistema educativo, essencialmente vocacionado para a parceria entre sectores ministeriais, entre docentes e agentes de intervenção comunitária, entre os que querem aprender e os que podem ensinar (Melo, 1998).

As novas exigências da sociedade e da vida profissional levantam expectativas que requerem, de todos e de cada um, a renovação permanente dos conhecimentos e das competências ao longo da vida.

A educação é um assunto que a todos diz respeito. Não interessa somente aos professores e aos estudantes, aos técnicos e aos decisores políticos. Atinge todos os portugueses. As suas instituições, organizações e representantes devem participar activamente na construção, execução e avaliação da política e programas educativos. E não só através da acção de cada um com o Estado, mas também, e cada vez mais, na intervenção dos parceiros entre si, estimulado e promovido pelo Estado.

Para além das qualificações académicas e profissionais avançadas, qualquer sociedade em processo constante de mudança exige outras competências, tais como, agilidade mental, capacidade de compreender e de participar em ciclos de transformação, de tolerar e valorizar as diferenças, de cooperar e relacionar-se bem com os outros, de comunicar, de se integrar positivamente em espaços multicêntricos e em expansão, de reconhecer as solidariedades e interdependências entre todas as pessoas. "A educação ao longo da vida assenta em quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a ser" (Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional, 1996).

Apesar dos avanços científicos nas áreas da virologia molecular do VIH, da patogenia, do tratamento e do desenvolvimento da vacina, a crescente prevalência da infecção durante a última década obriga a que a informação, a educação e a modificação de comportamentos sejam tomadas como "pedras angulares" da prevenção da infecção pelo VIH (Costa, 1995).

Estas responsabilidades estão a cargo, em segundo lugar, aos profissionais de saúde, sendo que aos professores das Escolas de Saúde caberá uma parte desta responsabilidade face à sua sensibilização para a saúde e educação.

Estudos levados a cabo por Lucas & Costa (1995) constataram que os médicos praticamente não são citados como fonte de informação sobre a SIDA e que a expectativa da população em geral parece ser a de exigir mais informação e mais respostas por parte do seu médico assistente.

Então onde buscar as respostas necessárias para uma intervenção real quer de promoção de comportamentos saudáveis, quer de prevenção e tratamento da doença? A resposta carecerá sempre de uma acção multiprofissional e pluri-institucional, pois lidamos com uma infecção que não só atinge vários órgãos e sistemas do nosso organismo em simultâneo como desorganiza o indivíduo psicologicamente, social e culturalmente.

2. Rede de recursos e dinâmicas de intervenção

Face às actuais mudanças sociais, económicas e demográficas cada vez são maiores os limites impostos à acção da solidariedade comunitária. A família, espaço educativo por excelência, “vulgarmente” considerada como núcleo central de individualização e socialização, depara-se hoje, no nosso país, com problemas complexos relacionados com a diminuição de recursos para a prestação de cuidados. Desta forma Dias (1998), fala-nos do desaparecimento da sociedade feudal e da “grande família” estando o indivíduo integrado numa rede social quase invisível. Estas são vistas como redes de solidariedade, tendo em consideração o contexto sistémico, que interrompem o processo de marginalização que, de um modo ou de outro, muitos utentes identificados e suas famílias vão destemperadamente atravessando. Alarcão (2000) insiste na necessidade de considerar as redes sociais como instrumento de trabalho, *setting* terapêutico, de forma a manter e não abandonar o conceito de sistema familiar.

Os estudantes universitários, referiram, em estudos realizados por Freire (1998), que a separação dos pais não é entendida como uma quebra de laços familiares, verificando-se um aumento de afecto, comunicação, satisfação e independência em relação aos pais por parte de jovens que ingressaram na universidade.

A infecção VIH e a família

A família é condição de existência da sociedade. Constituir família é um dos direitos consagrados na Declaração Universal dos Direitos do Homem. Família define-se, conforme a sociedade e as respectivas normas por ela definidas e, apesar da diversidade familiar, todas as sociedades atribuem à família funções de socialização, reprodução e sobrevivência (Leandro, 1995).

Cada país europeu tem as suas políticas familiares, existindo aspectos comuns entre estes: o estado respeita o indivíduo e este responde perante o estado enquanto indivíduo e não enquanto família, situando-se esta última numa situação intermédia. A família é o suporte afectivo do

indivíduo, contribuindo para que este alcance a felicidade (*Idem*). A família é uma realidade que, na opinião de Leandro (1995), tem resistido à erosão do tempo, ao desgaste das conjunturas e à influência efémera das modas e das circunstâncias.

A doença influencia o modo como a família se organiza em redor da mesma. A doença afecta não só o doente como a sua família. As percepções e convicções da família sobre a doença mudam quando a experienciam, podendo esta usar respostas alternativas no alívio da dor e do sofrimento. Costuma dizer-se que “o médico prescreve e a mulher executa” (McWhinney, 1994).

Com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e com a alteração da estrutura familiar, o tratamento da doença, que ocorria no seio familiar e era da sua responsabilidade, passa a constituir um problema para a família. A mulher deixa de ter disponibilidade para cuidar dos seus familiares doentes, devido à sua ocupação profissional. Por outro lado, assiste-se a uma política de redução do tempo de hospitalização, o que significa que os indivíduos são devolvidos mais cedo à família (Leandro, 2001).

É a família que se ocupa do indivíduo quando este necessita de actos médicos, estabelecendo-se assim um triângulo de mediação entre médico-doente-família, onde esta, muitas vezes desconhecedora da ciência médica, desempenha, através de alguns dos seus membros (mãe, irmã, avó), um papel primordial no restabelecimento da saúde (*Idem*).

Embora cada vez mais a mulher acompanhe o homem no trabalho exterior, hoje em dia, tal como antigamente, em termos sociais, é à mulher que se exige maiores responsabilidades em questões de saúde e de doença. Enfim, como refere Leandro (2001, 89), “a divisão sexuada do trabalho doméstico, tanto ontem como hoje, faz da mulher um actor primário de promoção de saúde, no interior da família”.

De acordo com Martins (2009), cada elemento da família tem um papel determinado que permite a identidade deste grupo (família) na sociedade. Cada membro tem uma personalidade que pode sair dos limites delineados pela família, mas em simultâneo desenvolvem acções em conjunto que os leva a definir um conjunto de regras, que dirigem a conduta da família e dos seus elementos. Estas regras não são descritas aquando a sua formação mas vão-se estabelecendo a partir do processo da sua convivência, afectando a privacidade, a interacção, a autoridade e a tomada de decisão.

Os estudos sobre a influência de factores familiares na manutenção da saúde e na reacção face à doença têm-se intensificado. As condutas e vivências face à doença têm raiz na família que é o suporte central do doente.

A doença vive-se em contexto familiar. Investigadores têm revelado que o suporte social, que inclui amigos, familiares e vizinhos, influencia o estado de saúde ou doença do indivíduo que dispõe deste apoio. Desta forma, quanto maior forem os níveis de integração e os suportes de apoio social, afectivo, cognitivo, material e normativo maiores são as probabilidades de vencer a doença (Leandro, 2001).

A família é condição de existência da sociedade. Apesar da diversidade familiar, todas as sociedades atribuem à família funções de reprodução, de socialização e de sobrevivência. Cabe à família a função social e cultural dos indivíduos através da linguagem, das crenças, das representações da sociedade, do além e dos valores. São os laços de sangue que se impõe (Leandro, 1995).

A família desempenha assim um papel preponderante na cura dos seus elementos e, para isso é necessário que a família se submeta a algumas mudanças subtis ou dramáticas consoante o estado de saúde dos seus membros. A necessidade, ou não, de hospitalização pode provocar alterações nas tarefas diárias. Deste modo, “as necessidades da família variarão desde o princípio da doença” (Kubler-Ross, 2000, p.165).

Quanto mais elevados forem os níveis de escolarização e de condição social, maiores são as preocupações demonstradas com a saúde em termos de alimentação, higiene, recorrência ao médico e de adesão às orientações deste (Leandro, 2001).

Sendo a família uma realidade que resiste à erosão do tempo, ao desgaste das conjunturas e à influência efémera das modas (*Idem*, 1995), a acção desta é fundamental quer na prevenção quer na recuperação da doença. Não podemos porém ignorar que “doença e saúde exigem uma co-responsabilidade de cada um de nós em particular e da sociedade em geral” (Meneses, 1995, p. 107).

De acordo com Martins (2009), a evolução e o desenvolvimento da sociedade tem demonstrado que a família é uma unidade social capaz de resolver ou ajudar a resolver problemas biopsicossociais, individuais ou colectivos. Assim a família é encarada como uma estrutura cuja intervenção dos seus membros resulta na concretização de várias tarefas, como a adaptação, a protecção, a participação, o crescimento e desenvolvimento da afectividade no seu seio pelos seus elementos.

Com este pressuposto, facilmente se depreende que a família, a nuclear e até a alargada, constitui não só uma parte importante da rede social do indivíduo, mas também representa a sua primeira rede. Normalmente o indivíduo com VIH/sida é nela que se insere e, por tal facto, torna-se

imperativo fazer uma abordagem sobre o que se entende por rede social de apoio e qual o seu papel no bem-estar do mesmo.

Rede de Recursos

O estudo das redes sociais de apoio corresponde ao estado das mesmas num ambiente natural, enquanto contribuem para a manutenção e promoção da saúde das pessoas, sendo que as relações humanas se estruturam como sistemas de apoio disponibilizando recursos que são partilhados pelos membros desse sistema (Gottlieb, 1981). Para este autor, a definição de rede social de apoio surge de imediato ligada a um resultado de bem-estar do homem, promovendo especialmente a sua saúde mental. O conceito de apoio social relaciona-se muitas vezes com o de redes sociais, isto porque o apoio social é considerado como uma das funções primordiais destas, dado envolver transacções entre pessoas.

Existem diversas concepções de redes que, dando ênfase a aspectos como a composição, a estrutura, os seus objectivos e funções, as características individuais dos membros ou as relações estabelecidas entre os indivíduos, poderemos definir vários tipos das mesmas. De acordo com Speek & Speek & Atteneave (1990), uma rede social é quase sempre definida a partir de um indivíduo ou actor social, delimitado normalmente por ele próprio, sendo considerado de muito breve o campo relacional total de uma pessoa.

Partindo desta perspectiva individual e tendo por base o postulado por Sluzki (1996), poderemos designar a rede social pessoal, como um conjunto de seres com quem interactuamos de maneira regular, com quem conversamos e com quem intercambiamos sinais que nos corporizam e que nos tornam reais. A rede social será então a soma de todas as relações que um indivíduo percepção como significativas ou define como diferenciadas na massa anónima da sociedade, correspondendo ao nicho interpessoal do indivíduo.

A intervenção em rede, para o mesmo autor, deve respeitar a visão do indivíduo como sistema uno, inserido num sistema particular e que, por sua vez, está inserido noutros sistemas mais vastos.

O tipo de vínculo relacional existente entre os membros da rede social pode ser primário ou secundário. As redes primárias referem-se, numa concepção geral, a *um conjunto natural de indivíduos em interacção uns com os outros que formam a trama de base da sociedade e o meio de inserção do indivíduo* (Guédon, 1984, p. 20-21), ou, por outras palavras, *indivíduos que têm afinidades pessoais num quadro não institucional* (Lacroix, 1990, p. 79). Esta definição acrescenta

dois aspectos determinantes para a sua conceptualização e distinção relativamente às redes secundárias: são eles o tipo de afinidades pessoais e o nível de estruturação da relação (colocando-as num nível informal). Os vínculos numa rede primária são fundamentalmente de natureza afectiva, podendo estes assumir uma carga positiva ou negativa, não havendo qualquer sentido de obrigação na relação ou formalidade.

As redes secundárias correspondem a um grupo de indivíduos reunidos por uma mesma função, num quadro institucionalizado (Lacroix, 1990), reportando-nos a organizações e instituições, ou seja, aos membros da nossa rede com os quais estabelecemos relações num contexto formal e com objectivos funcionais. As instituições sociais poderão ser percebidas como redes sociais, quando tratamos a sociedade sob a forma de uma análise de rede, pois são fundadas em relações entre unidades sociais (indivíduos ou grupos). Este tipo de rede social terá como objectivo essencial a resposta a exigências de natureza funcional, ou seja, o fornecimento de serviços. Estas podem ser consideradas formais ou informais, dependendo do seu nível de estruturação, dos objectivos a cumprir e das relações estabelecidas no seu seio.

As redes secundárias formais referem-se a laços institucionais, num âmbito estruturado e de existência oficial, destinadas a cumprir funções ou a fornecer serviços, isto é, todas as instituições ou as relações estabelecidas no seu enquadramento. Estas relações são relativamente estáveis e estruturadas segundo normas precisas ditadas pelo papel e função atribuída ao indivíduo, não dependendo, para tal, do indivíduo em si (Guédon, 1984).

Por outro lado, as redes secundárias informais distinguem-se das anteriores pela não existência do carácter oficial e estruturado e pela não existência de uma divisão rígida de papéis, embora tenham um papel essencialmente funcional com vista a responder a uma procura ou a fornecer determinados serviços. Podem referir-se as redes primárias organizadas para o cumprimento de uma necessidade específica e funcional que visa a partilha de recursos e a criação de uma rede de apoio colectiva, tal como é o caso de uma associação de bairro destinada a reivindicar uma necessidade, etc. Distingue-se, também no facto de terem uma menor durabilidade e de funcionarem com base numa clientela mais restritiva, estando por isso, talvez mais adaptadas às necessidades dos indivíduos, pois têm uma maior proximidade dos mesmos.

No nosso país, as respostas públicas ao desafio SIDA, poderão ser analisadas em três grandes momentos, correspondendo a três tipos de respostas e a três tipos de percepção da doença.

Desta forma, podemos considerar, de acordo com Lopes (2000), a instituição do Grupo de Trabalho da SIDA, como o primeiro período de reacção do Estado Português à nova epidemia até ao início da década de 90. Neste período, há a salientar a inexistência de um plano de acção nacional face aos desafios colocados pela doença, assistindo-se a um predomínio da medicalização nas orientações públicas de saúde. Durante esses cinco anos, assistimos a uma definição de critérios de vigilância epidemiológica, assim como a uma procura de definições das condições de trabalho dos profissionais de saúde, de modo a evitar infecções.

Em 1990, surge um segundo período de reacção pública à SIDA, marcado pelo aparecimento da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. Embora se reconheça a necessidade de organizar uma resposta integrada e nacional a uma doença que representa uma ameaça para a comunidade, continua a haver uma predominância de questões essencialmente de natureza sanitária e reactiva.

Um terceiro período de reacção pública à SIDA acontece em 1993, ano em que é apresentado o Plano Nacional de Luta Contra a SIDA. É a partir daí que surgem todas as medidas e prioridades no campo da prevenção, controle, assistência e investigação nessa área. São definidas como prioridades, intervenções mais universalistas, através do lançamento de campanhas de esclarecimento e sensibilização dirigidas à população em geral, bem como intervenções mais particulares, dirigidas a grupos específicos, identificados como grupos de risco (toxicodependentes, homossexuais, prostitutas, comunidades de imigrantes, entre outros). É nesta fase que se verifica formalmente a ligação da Comissão às Organizações Não Governamentais (ONG's), com o objectivo de promover a ligação à sociedade civil.

Sucedem-se então uma crescente visibilidade da intervenção das ONG's nos discursos oficiais da SIDA que acabaria por ter a sua maior expressão em 1997, ano em que o Conselho de Ministros reconhece a rede social como um conjunto de formas de entajuda e de entidades que trabalham no domínio do apoio social aos afectados. No mesmo diploma, destaca-se uma clara descentralização das intervenções que viria a ganhar forma no ano seguinte com a publicação do regulamento das Comissões Distritais de Luta Contra a SIDA.

As medidas que se desenvolveram no nosso país, no domínio da SIDA, foram, sem dúvida, marcadas por um modelo de reacções públicas lentas e fragmentadas, tomadas muitas vezes em condições de emergência e não na sequência de um planeamento lógico, com medidas meramente administrativas que não têm muitas vezes tradução em acções concretas. As campanhas de prevenção são caracterizadas muitas vezes por mensagens moralizantes, directas ou indirectas,

onde as infra-estruturas de apoio tendem a seguir lógicas de medicalização do VIH e onde não é dada nenhuma atenção especial aos aspectos psicossociais da SIDA. Estas também não incluem, ou só o fazem muito tardiamente, mensagens de solidariedade e de sensibilização para a não discriminação, onde os mecanismos legais para a notificação e avaliação dos sistemas não estão desenvolvidos, onde a doença é gerida no quadro de serviços públicos mínimos e onde os agentes lucrativos tendem a preencher o vazio criado por serviços públicos mal preparados (Lopes, 2000).

Estamos convictos de que, o papel das ONG's no campo da luta contra a SIDA, foi tardiamente reconhecido e pouco visível, nomeadamente pela sua não inclusão inicial no Plano Nacional. Contudo, desde a sua constituição que a CNLCS vem assumindo um discurso de valorização crescente destas organizações, patente, por exemplo, na forma como se apresenta na sua página da *internet*:

“É preciso, assim, apelar a toda a sociedade, com base nos valores da solidariedade e da responsabilidade, devendo a colaboração entre o Estado e a sociedade civil ser uma constante. O Plano Nacional de Luta Contra a SIDA obedece aos princípios básicos da descentralização, flexibilidade e necessidade de participação efectiva de entidades não governamentais, e representa um desafio para a Saúde Pública portuguesa”. (CNLCS, 2004)

Essa valorização tem vindo a ser cada vez mais notória por parte da Comissão. Vem nesse sentido o programa que a partir de 1997 passou a definir as relações de apoio entre a CNLCS e as ONG's. Referimo-nos ao Programa CRIA (Conhecer, Responsabilizar, Informar e Agir) em que se assume a importância de incrementar as acções desenvolvidas pela sociedade civil em que se definem também as áreas onde essa acção é pretendida, e estipulam-se claramente os domínios em que a Comissão está disponível para a cooperação. Esses domínios estão relacionados com as acções de intervenção nas comunidades, formação de recursos humanos, estudos epidemiológicos, estudos comportamentais, investigação biomédica, melhoria dos cuidados de saúde e humanização dos serviços (Lopes, 2000).

Desta forma, o tipo de relação que a CNLCS procura estabelecer com as ONG's revê-se numa relação de aquisição de serviços, numa lógica de alívio das estruturas estatais centrais, embora mantendo nestas estruturas um carácter orientativo e decisório. Esta orientação é um aspecto importante, pelo que, no próprio Plano Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS, 1993), é afirmado que “é prioridade da CNLCS privilegiar o desempenho das ONG's no âmbito das actividades concretas a desenvolver no campo da luta contra a SIDA” (p. 128).

Tendo em vista a redefinição da missão da CNLCS, a sua reestruturação orgânica e a optimização da afectação dos recursos existentes, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 57/2000 nomeou um novo Coordenador, Fernando Ventura, por três anos, e a Resolução n.º 173/2000 atribuiu à CNLCS a natureza de Estrutura de Projecto. A CNLCS criou o Plano Estratégico de Luta contra a Infecção pelo VIH/SIDA, para o triénio 2001 - 2003, documento que orientou a sua acção até ao final do seu mandato. Portugal assumiu em 2002 - 2003 a Presidência do Conselho de Coordenação do Programa das Nações Unidas de Luta Contra a SIDA (ONUSIDA), tendo o mandato do Coordenador, sido prorrogado até Junho de 2003.

A 1 de Julho, a CNLCS, por Resolução do Conselho de Ministros n.º 121/2003, foi reestruturada em Unidade de Missão, por forma a melhor conduzir a coordenação e acompanhamento da luta contra a SIDA, em Portugal, tendo sido nomeado como Encarregado de Missão o Prof. Doutor António Meliço-Silvestre.

No âmbito da melhor execução do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, e com os objectivos de uma melhor coordenação vertical das instituições envolvidas e uma mais eficaz articulação horizontal com outros agentes e sectores cujas acções são determinantes para o alcançar de melhores resultados em saúde, a CNLCS foi extinta e integrada no Alto Comissariado da Saúde, através do Decreto Regulamentar n.º 7/2005 de 10 de Agosto. As atribuições da CNLCS são então asseguradas pelo Coordenador Nacional para a Infecção VIH/sida, tendo sido nomeado Henrique Barros a 25 de Agosto de 2005.

Como forma de reforçar o combate do flagelo que ameaça o nosso país, a promoção e a educação para a saúde tornam-se uma área de actuação decisiva, através de uma nova reorientação do ensino superior e um reforço na acção comunitária.

Capítulo 3: Estratégias de promoção de comportamentos saudáveis e prevenção da infecção VIH/sida

Desde os primórdios da educação sistematizada, são utilizadas diversas tecnologias educacionais, de acordo com cada época histórica. Ainda hoje se usa a tecnologia do giz e da lousa, que antigamente eram feitas de pedra - ardósia; usa-se também a tecnologia do livro didáctico e, actualmente, os diversos estados a nível mundial debruçam-se sobre quais os currículos escolares mais adequados para o tipo de sociedade que se pretende. No mundo ocidental, um dos grandes desafios é adaptar a educação à tecnologia moderna e aos meios de comunicação actuais, como a televisão, a rádio, a informática e outros que funcionam como meios educativos.

Se recuarmos no tempo constatamos que nas décadas de 1950 e 1960, a tecnologia educacional apresentava-se como um meio gerador de aprendizagem. Na década de 70, passou a fazer parte do ensino como processo tecnológico e em meados dos anos 80, caracterizou-se essencialmente pela busca de novos métodos de trabalho no campo educacional.

Nesta perspectiva, a tecnologia educacional reflecte-se sobre a aplicação de técnicas, na procura de soluções para os problemas educativos. Ela procura controlar o sistema de ensino-aprendizagem como aspecto central assim como procura garantir a qualidade, tentando adaptar-se às realidades e necessidades dos educandos.

Não obstante, no início do século XXI as tecnologias começam a ser vistas e usadas numa outra perspectiva no processo educativo. Deixam de ser encaradas como meras ferramentas (que tornam mais eficientes e eficazes os modelos de educação já sedimentados), passando a ser consideradas como elementos estruturantes de “novas educações”, e cujo objectivo consiste em expressar a diversidade das culturas e dos processos pedagógicos. Nesse sentido, a TV, o vídeo, a Rádio (comunicação), a Internet e o material impresso possibilitam e articulam novas linguagens e novas racionalidades na escola. Cada vez mais escolas e instituições de educação estão a usar ferramentas on-line para a aprendizagem e para busca de informação.

Ainda assim é importante identificar as ferramentas que realmente podem ser utilizadas como instrumentos educacionais e avaliar a sua eficácia na promoção de uma aprendizagem significativa, crítica e eficaz.

Historicamente o uso das tecnologias na educação apoiou-se em três eixos sociais; a comunicação, a psicologia da aprendizagem e a teoria sistémica. Podemos dizer que a didáctica (construir, ampliar e rever o processo) foi relegada para segundo plano. Já a ciência e a técnica, separaram-se, provocando algumas arbitrariedades nas suas relações.

Como toda a educação, também a educação para a saúde representa uma complexidade de experiências educacionais, concebidas para provocar alterações voluntárias do comportamento, que levem o indivíduo e a comunidade a adquirir padrões de vida saudáveis.

A saúde está profundamente relacionada com variáveis sociais. Logo, depende do desenvolvimento social, podendo até ser considerada um seu produto. A promoção da mesma será sempre uma estratégia global dirigida à população no seu conjunto, e não só aos doentes, mas também deve combinar metodologias e planeamentos diversos, de forma a favorecer a participação e a auto-ajuda. Não se trata de um mero serviço médico, mas também de uma actividade do âmbito da saúde pública e das políticas sociais. Consequentemente, encaramos a protecção e a promoção da saúde, como objectivo de processos educativos que com o conhecimento epidemiológico, se destinam à detecção de elementos perturbadores da mesma na comunidade.

Refere Precioso, (1999, p.63), existirem dois grandes períodos, tanto na evolução deste conceito, como do seu conteúdo.

Num primeiro período, que designamos por clássico e que decorre desde os princípios do século XX até meados da década de 80, a Educação para a Saúde (EpS) era dirigida ao indivíduo, pretendendo a promoção de condutas saudáveis, através de acções educativas, mas sem qualquer intervenção no ambiente.

Classicamente, a educação para a saúde era designada então por educação sanitária e era definida como a soma de experiências e impressões que influenciavam favoravelmente os hábitos, atitudes e conhecimentos relacionados com a saúde do indivíduo e da comunidade (Precioso, 1999, p. 64).

Também nos anos 60, inúmeras investigações mostraram que as condutas humanas não dependiam exclusivamente de factores intrínsecos, mas sim de factores externos ao indivíduo e que as acções de EpS dirigidas a este eram pouco eficazes na modificação de comportamentos já enraizados na sociedade. Sendo assim um dos objectivos da educação sanitária, passou a ser a modificação dos factores externos, passando assim a incidir não apenas no indivíduo mas também nos aspectos ambientais e sociais tão necessários para a mudança. Com esta visão, em meados da

década de 70, inicia-se uma segunda época, a qual se poderá considerar de actual e em que os conceitos e os objectivos sofreram uma mudança significativa (Precioso, 1999, p. 64).

Encontrar uma definição consensual de saúde tem sido muito difícil uma vez que se trata de um conceito muito complexo, que engloba várias dimensões. Esta perspectiva está bem presente na afirmação que a saúde é uma realidade intrincada, polimorfica e em mutação (Pestana, 1996, p.187).

Na verdade, saúde não é ausência de doença, nem é operativa, essencialmente pela dificuldade de definir a fronteira entre doença e saúde e porque as definições negativas são de pouca utilidade em ciências sociais.

Segundo a OMS na sua Carta Constitucional ou Carta Magna (1946), saúde corresponde a um “estado de completo bem-estar, físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou invalidez”. Esta definição apresentava mais aspectos positivos e inovadores, considerando saúde como um estado óptimo de bem-estar e não como a ausência de invalidez ou doença.

Contudo, Precioso (1999) considera que a definição de saúde defendida pela OMS contém alguns aspectos incorrectos destacando o facto de igualar bem-estar a saúde, uma vez que na sua opinião um toxicodependente pode sentir-se bem e de certeza que não está de boa saúde. Neste sentido o conceito representa mais uma aspiração do que uma meta alcançável. Considera ainda que é uma definição estática, uma vez que “refere como pessoas saudáveis aquelas que gozam de um completo bem-estar físico e mental” e a saúde é dinâmica e não estática.

Segundo Tones & Tilford (1994),

Educação para a Saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento, na compreensão e nas formas de pensar. Além disso pode influenciar ou clarificar valores, pode facilitar a aquisição de competências e pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida (p. 25).

Para conseguir tais objectivos, a prática da Educação para a Saúde baseia-se num conjunto de teorias, resultados de investigação e em competências que devem ser aprendidas e praticadas.

A linguagem é a marca do homem. A relação entre sujeito e objecto ou entre leitor e texto advém desta abertura do homem ao ser. A questão central da interpretação filosófica de Ricoeur (1987) é o problema da compreensão. Defende que “a língua é o código” através do qual se dá uma mensagem particular. Uma mensagem pressupõe sempre um acto intencional ao contrário do

código. O discurso é um acontecimento da linguagem logo, a mesma linguagem é temporal e actual, sendo a mensagem que proporciona essa actualidade à língua.

O discurso relaciona um locutor e um ouvinte na medida em que se dirige a alguém. O discurso é assim composto por um sentido (o quê?) e uma referência (acerca de quê?) sendo esta última que relaciona a linguagem com o mundo. Esta dialéctica de sentido e de referência está intimamente ligada à significação daí que possamos afirmar que o discurso revela um mundo.

O texto diz muito mais do que aquilo que o autor pretende transmitir. O texto dirige-se a desconhecidos e, como tal, a escrita tem um carácter universal. Vê o texto como um objecto que deve ser visto como um todo para dele extrairmos o sentido.

O contributo de Ricoeur (1987) para a filosofia da linguagem é impar. A sua visão da linguagem assenta na ideia de que a linguagem deve mostrar um ser-no-mundo. Defende a ideia que a interpretação, que deve abraçar a compreensão e a explicação, não se refere apenas ao interpretar mas implica que sejamos interpretados.

O problema está na interpretação das intenções de um agente, nas suas crenças e palavras que fazem parte de um projecto único. Esta teoria da interpretação pressupõe um intérprete capaz de compreender a infinidade de frases que podem ser ditas pelo orador/falante. O autor resolve o problema da interpretação através do método da tradução pelo qual se pode passar uma frase dum idioma estranho para uma frase da nossa linguagem, surge todavia um contratempo: um discurso apenas pode ser interpretado por quem conhece as crenças do orador.

Para compreendermos estas crenças temos de ter uma compreensão prévia do discurso o que só é possível através duma teoria que se debruce sobre as atitudes e interpretações do discurso.

Hintikka (1993) faz inferências lógicas da informação contida nos argumentos. Sendo que quando a informação é nova o argumentador tem de dar especial atenção à fonte de onde retira a informação – aquilo a que o autor denominou oráculo. Assim, a confiança num argumento depende do oráculo escolhido.

A teoria da argumentação interrogativa de Hintikka (1993) é um jogo que distingue regras definidoras de regras estratégicas. A atenção é colocada nas regras estratégicas, em que o jogo interrogativo e o raciocínio compreendem-se dentro da totalidade da estratégia utilizada. O argumentador tem a liberdade de escolher a estratégia a utilizar no jogo. Só compreendemos os argumentos de um discurso através das considerações estratégicas, ou seja, o texto é um elemento

que levanta perguntas ao autor. Na opinião de Foucault (1997) o discurso é uma forma de poder. Ter direito à palavra é sinónimo de ocupar uma posição determinante. O poder, que se mostra através de um discurso, é exercido invisivelmente em diversas instituições como a prisão, escolas, hospitais, fábricas, asilos, entre outras, por aqueles que detém os modos de produção.

Em todas as sociedades a produção de discursos é controlada, seleccionada e organizada através de vários procedimentos que visam o controlo e a delimitação do discurso. De entre os procedimentos de exclusão salientados por Foucault (1997) referimos a oposição verdadeiro/falso pois, como refere o autor, a verdade reside no que o discurso diz e aquilo que é interdito pois nem tudo é para ser dito e falado em qualquer circunstância e, não é qualquer um que pode falar de qualquer coisa. Actualmente, há temas que são interditos para muitas franjas da população, por exemplo, a sexualidade para os idosos. O discurso não se refere apenas ao que é dito mas é também uma forma de exercício de poder e de dominação. O acesso à palavra permite-nos aceder ao poder logo, o poder mostra-se através do discurso.

Em todas as sociedades existem mecanismos de controlo, selecção, distribuição e produção do discurso, encontrando-se a força do discurso na ordem social. O poder de uma frase não radica na sua enunciação mas em quem a diz, a quem a diz e em que contexto é que a diz. A palavra é considerada um instrumento de poder na medida em que tem a capacidade de transformar a realidade social. Por outro lado, o poder da frase depende também da crença de quem a enuncia. Deste modo, a posição social de quem enuncia uma frase influencia os resultados que esta vai produzir. Neste sentido, Bourdieu (1998) afirma que para se fazer um discurso é necessário haver competência linguística pois o porta-voz delega poder nas palavras que produz.

Os discursos, na opinião de Bourdieu (1998, p. 54) “não são apenas signos destinados a ser compreendidos, decifrados, são também sinais de riqueza destinados a ser avaliados, apreciados e sinais de autoridade, destinados a ser criados e obedecidos”. Tal como o poder da frase, também o valor do discurso depende das relações de força entre as competências linguísticas dos locutores e a capacidade de apropriação e de apreciação de quem os lê. Tudo pode ser dito através da palavra, “não há nada que não se possa dizer” (*Idem*, p. 19) embora esta adquira significados diferentes numa mesma comunidade linguística. Assim, para analisarmos o capital linguístico de uma determinada comunidade temos de ter em atenção as condições políticas e sociais de produção dos produtores isto é, temos de ter em atenção a classe social do interlocutor que o pronuncia e a comunidade em que este se insere.

O capital linguístico não está distribuído de forma igualitária. A comunicação vai-se construindo não só através da linguagem mas também através do olhar, do estar, do falar. A competência linguística depende do capital cultural e do nível de instrução medido através do diploma escolar e da trajectória social.

Não podemos falar apenas num discurso singular mas devemos entender o discurso como “resultando de processos discursivos sedimentados, institucionalizados” (Orlandi, 1996, p. 27). As palavras não assumem o mesmo significado em todos os discursos mas dependem da situação social, histórica e cultural do orador que o produz.

O discurso é, na opinião de Orlandi (1996), uma acção social, faz parte do funcionamento da sociedade. Num discurso, a linguagem assume-se como transmissão de informação, instrumento de comunicação, suporte de pensamento e condição de produção. O autor (1996, p. 131) define discurso como o “lugar social, espaço particular entre o individual e o universal, logo, lugar de debate, de confronto”.

Neste contexto, defendemos que a prática da educação para a saúde deverá ser realizada por agentes educativos devidamente treinados, com competências a vários níveis e não bastando apenas estarem munidos de informação.

Numa nova perspectiva, a base legal da Educação para a Saúde tem-se desenvolvido através de leis regulamentadas com base na prática profissional, bem como através da acreditação das Instituições de Saúde, e mais especificamente, através da doutrina do “consentimento informado”. Desta forma, a prática ética exige que os profissionais sejam competentes na Educação para a Saúde (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005), evitando danos como uma confusão debilitante ou a perda de autoconfiança. Exige-se também um exame sério das razões dos utentes ou dos membros da família para mudar práticas e crenças, frequentemente com grandes custos para eles próprios. Independentemente de preconceitos de género, etnia, ou idade, a educação para a saúde deve ser adequada a pessoas com vários níveis de educação.

A educação para a saúde deve ser sem dúvida praticada segundo um processo de diagnóstico e de intervenção. Deve assentar no princípio de que, a fase de avaliação das necessidades e da motivação para aprender, bem como das metas a atingir, devem ser mutuamente estabelecidas com o utente. A intervenção deve estimular o ensino face às necessidades de aprendizagem dos utentes, bem como a avaliação deve ocorrer periodicamente ao longo do processo, para verificar se as metas estão ou não a ser alcançadas. É frequente a necessidade de re-ensino, uma vez que nem sempre é possível concluir com rigor que a

intervenção tenha produzido a aprendizagem desejada junto do utente. Na maior parte dos casos, ao longo do tempo, torna-se necessário um *follow-up* e um reforço do ensino.

1. Educação para a saúde e o VIH/sida

As perspectivas apresentadas anteriormente levam-nos a concluir que o objectivo de Educação para a Saúde e da luta contra o VIH/sida é conseguir que o estudante adopte uma série de comportamentos conscientes e voluntários, baseados num conhecimento, o mais preciso possível, dos possíveis erros que podem implicar o risco de transmissão do VIH/sida. Daí considerarmos que a forma mais positiva de reduzir o número de jovens com SIDA consistirá num vasto programa de informação e educação.

Como menciona Morrondo (1996), perante doenças crónicas, de evolução lenta e sem possibilidades de tratamento definitivo, a Educação para a Saúde deverá conseguir que o indivíduo compreenda a doença e os seus factores condicionantes, aprenda a conviver com ela, aceitando o tratamento bem como as recomendações médicas, e procure utilizar os seus recursos internos de forma a melhor a poder superar.

Relativamente ao caso concreto da infecção do VIH/sida, o mesmo autor refere que a situação de Educação para a Saúde é especialmente complexa devido a várias causas: porque se trata de uma doença infecciosa em que há que evitar a transmissão a outros pelo paciente infectado com o VIH; provoca imunodeficiências, pelo que será necessário evitar tanto a infecção por este agente como por outros habitualmente inócuos; a diferença em relação à maioria de outras doenças infecciosas é que se trata de uma doença de longa duração – desde a incubação até à morte; o seu grave prognóstico, assim como a sua capacidade de originar, na etapa avançada, grande deterioração física e psíquica; as repercussões sociais importantes, tanto para a pessoa doente como para o meio que a rodeia (família e amigos); um longo período de incubação, que aumenta o tempo decorrente entre o seu diagnóstico e o aparecimento de sintomas, durante o qual o paciente pode sentir-se em perfeito estado de saúde e não obstante o respeito pelas questões éticas esteja sempre presente, a pessoa seropositiva ao VIH deve conhecer a sua situação e as atitudes preventivas a tomar em relação a si mesmo e aos outros.

Neste complexo contexto, a educação para a saúde não pode basear-se numa imposição prescritiva de comportamentos, sem que haja um desenvolvimento de programas educativos, vinculando as necessidades das comunidades e dos indivíduos. As mudanças de estilos de vida devem produzir-se de forma voluntária. Acreditamos que o professor é um agente educativo que se

transforma num facilitador de elementos cognitivos e de instrumentos de conduta aos estudantes e seus grupos.

A relação entre factores de risco e o desenvolvimento de uma infecção pelo VIH/sida não é linear, mas sim mediada por contextos e momentos diferentes. A família, a escola, os professores, a comunidade, os técnicos de prevenção e o avanço dos conhecimentos são elementos que interagem silenciosamente no desenvolvimento da vulnerabilidade ou resiliência dos indivíduos. Todos estamos em risco, pelo que as intervenções preventivas, além de acompanharem o desenvolvimento do indivíduo, deverão ser dirigidas a toda a população.

A prevenção não é um conjunto de estratégias que se implementem num determinado momento. Deve assumir-se a prevenção como desenvolvimental, pois as medidas preventivas, limitadas a determinados contextos e a determinados momentos, não permitem resultados satisfatórios e podem pôr em causa todos os esforços da mesma.

Prevenir vem da expressão latina “prevenire” (antes de vir). Isto é, agir antes de surgir uma determinada situação, no nosso caso, antes da infecção VIH/sida. Prevenir significa então desenvolver actividades que impeçam ou dificultem a apresentação de determinadas condições.

Segundo Moreira (2001), a valorização da prevenção nem sempre foi consensual e o próprio conceito de prevenção continua a dividir os técnicos em relação à terminologia a adoptar. A tipologia mais antiga é a clássica prevenção primária (intervenção anterior ao problema, de forma a evitar o seu aparecimento), secundária (intervenções destinadas a tratar o mais breve possível o problema, após a sua identificação) e terciária (intervenção de reabilitação cujo objectivo é recuperar qualidade de vida). O mesmo autor apresenta uma tipologia mais recente, baseada em Gordon, em que temos a prevenção universal (dirigida à população em geral), indicada (dirigida a grupos de indivíduos que se encontram numa situação de maior risco do que a população em geral) e selectiva (destinada a grupos de alto risco).

Em síntese, a tipologia de prevenção primária, secundária e terciária, refere-se essencialmente ao momento em que as estratégias preventivas são implementadas, enquanto a tipologia de prevenção universal é mais indicada e selectiva porque centra-se na população alvo, a quem as intervenções preventivas se destinam.

Assim, ao longo do nosso trabalho, abordaremos a temática da prevenção, no sentido de evitar o aparecimento da condição, referindo-nos ao tipo de população sempre que seja necessário, de acordo com a tipologia de Gordon.

Estamos de acordo com Moreira (2001), quando diz que, para que uma prevenção seja eficaz, tem de estar sinalizado o que se quer diminuir ou anular - factores de risco e aqueles que se querem incrementar - factores protectores.

No caso do VIH/sida consideramos esta concepção de grande pertinência. É então importante conhecer quais os factores precursores, para que as estratégias implementadas não sejam à deriva e sem fundamento. Assim sendo, os factores de risco relacionados com a infecção devem ser claramente identificados por todos os docentes.

Dentro deste prisma é também elementar identificar os factores que podem proteger os indivíduos da mesma situação. Convém realçar que, tal como os factores de risco, os factores protectores não devem ser encarados de uma forma linear, pois a presença de um único factor de protecção não é sinónimo de imunidade face ao VIH. O efeito de protecção resulta da acção de vários factores.

Perante o que afirmámos anteriormente, concluímos que é fundamental a identificação dos factores de risco e de protecção, pois permite uma melhor compreensão do problema e assim uma delimitação da intervenção preventiva. Assim, nas estratégias preventivas, deve-se ter consciência de quais os factores que queremos inibir ou anular, (factores de risco), e os que queremos incrementar, (factores de protecção).

Assim, quando falamos em prevenção em geral, sem especificar o tipo, estamos a referir-nos à prevenção primária, ou seja promover competências, habilidades e comportamentos que evitem ou diminuam o número de novas infecções.

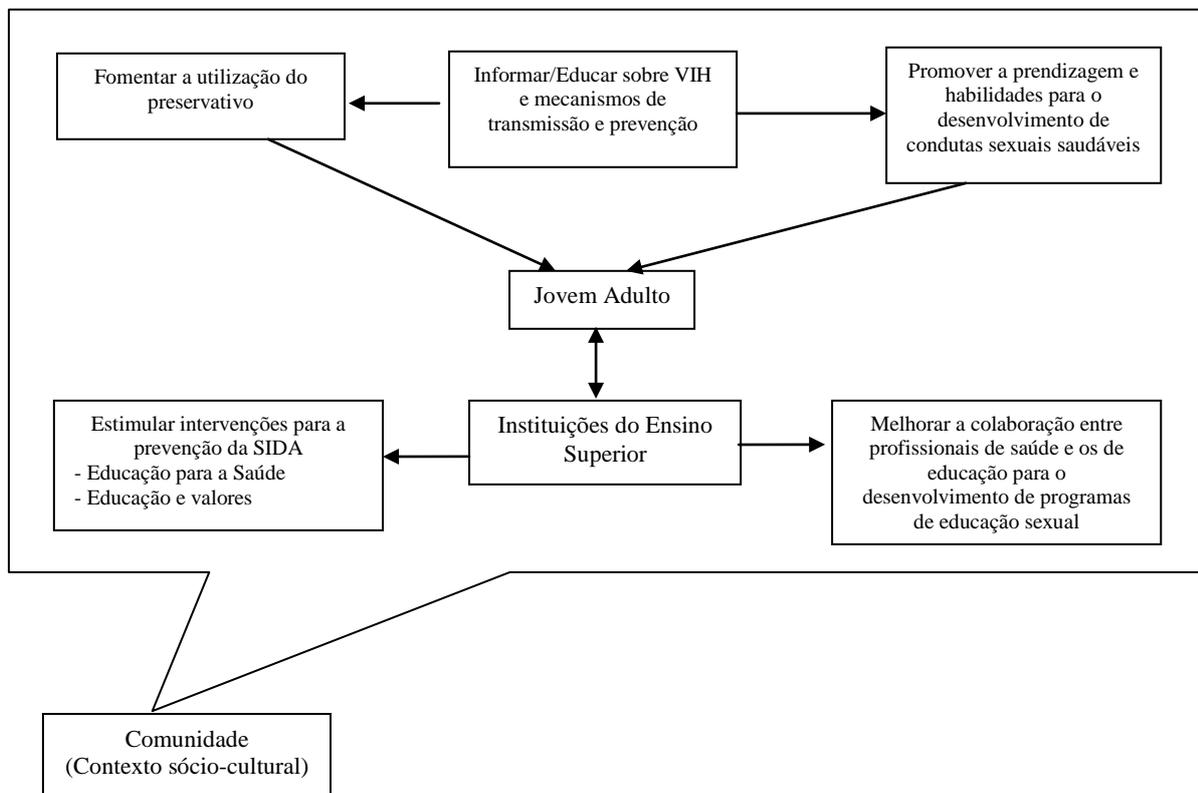
Segundo Rosa Alcazár *et al* (2003), este objectivo pode ser alcançado de três formas: incrementar um grau de informação à população sobre a infecção por VIH e as condutas que favorecem a sua transmissão; promover condutas sexuais saudáveis, especialmente mediante o uso do preservativo e favorecer a adaptação dos cidadãos perante os programas e medidas de prevenção da infecção.

Nos jovens torna-se decisivo e prioritário centrar a acção preventiva da SIDA na transmissão sexual. Contudo a intervenção não é fácil especialmente por uma série de factores de risco associados a aspectos psicossociais desta etapa evolutiva.

Os dados epidemiológicos justificam o interesse prioritário nos jovens, dado que a maior prevalência de casos de SIDA verificasse entre os 20 a 39 anos e que a maioria das novas infecções afectam os jovens entre os 15 e os 24 anos (CVEDT, 2007).

Como forma de intervir na comunidade e com o objectivo de prevenirmos novos casos de infecção VIH/Sida, elaboramos um esquema que nos poderá possibilitar adequar as estratégias ao jovem.

Esquema 1 – Estratégias de intervenção

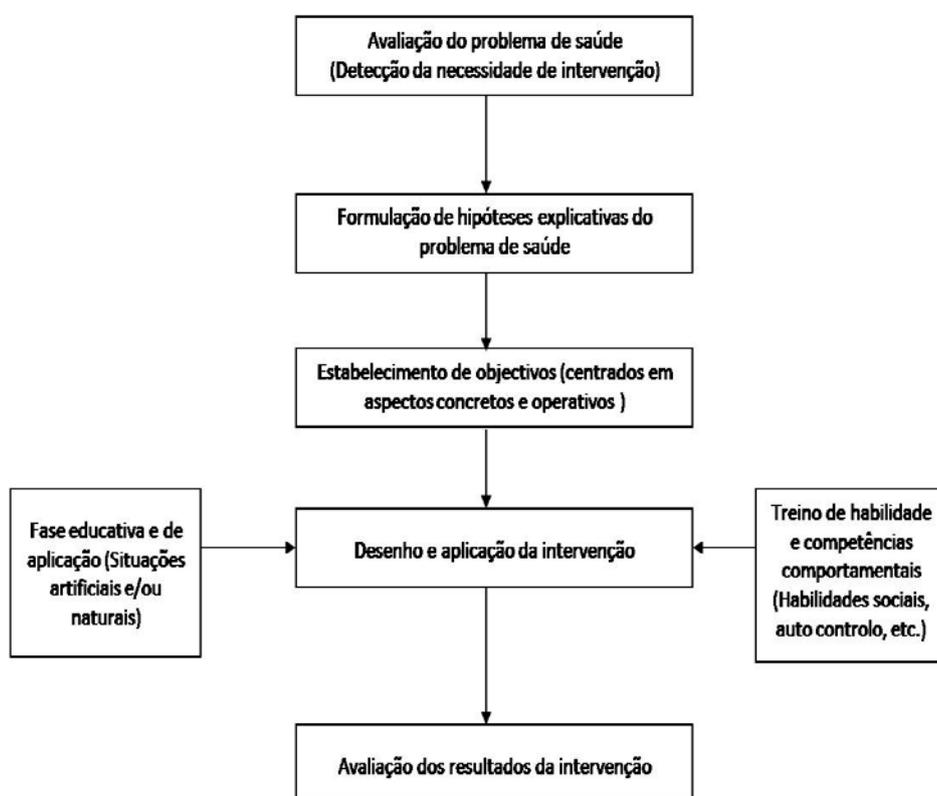


Acreditamos que o modelo comunitário, que reconhece a importância de implicar a sociedade no seu conjunto, em particular os grupos organizados dentro do mesmo, é o modelo de prevenção que obtém melhores resultados; ou seja, as acções na comunidade podem ser realizadas a nível institucional (escolas, institutos, movimentos juvenis...), e/ou, treino em habilidades interpessoais, etc.

Enquanto docente e de acordo com a nossa experiência, pensamos que a estratégia para que os conteúdos resultem significativos e que a intervenção educativa perdure, passa pela sua inclusão em disciplinas transversais do currículo. Ou seja cada docente de acordo com a sua actividade e com os seus objectivos deve trabalhar os mesmos relacionando-os com a informação, procedimentos e atitudes para a prevenção de infecções e o desenvolvimento de comportamentos sãos, proporcionando significativamente a aprendizagem dos alunos.

Mas sabemos que não é fácil desenhar e aplicar programas preventivos para intervir em determinada comunidade na medida em que se constitui um processo complexo requerendo uma série de patamares de acção. Além de existirem um conjunto de acções que proporcionem uma intervenção compreensiva da informação, é também necessário o treino de habilidades necessárias para modificar as condutas de risco. Rosa Alcazár *et. al* (2003), falam-nos de vários passos por que terá de passar um programa preventivo. Com base nas suas propostas realizamos um esquema que mais facilmente nos permite equacionar esta problemática.

Esquema 2 – Etapas de um programa preventivo



Um dos primeiros aspectos a ter em conta é a detecção da necessidade de intervir e a avaliação do problema de saúde. Um segundo facto é o da formulação de hipóteses explicativas do problema de saúde; de seguida tornasse pertinente o estabelecimento de objectivos de intervenção preventiva, devendo ser formulados operativamente e centrados em aspectos concretos; um outro aspecto a ter em atenção é o do desenho e aplicabilidade da intervenção, em três fases.

Os programas de educação sexual e prevenção da SIDA de acordo com ONUSIDA são mais eficazes quando se realizam antes dos jovens iniciarem a sua actividade sexual e devem ser planeados tendo em conta diversos objectivos. Um deles é o de fomentar a aprendizagem de atitudes essenciais para a vida, um outro aspecto é o de examinar abertamente o resultado de uma

relação sexual sem protecção e os meios para a evitar. Outro facto é o de ajudar os jovens a personalizar os riscos mediante a encenação de situações e por fim reforçar os valores do grupo contra o comportamento pouco seguro, tanto no meio educativo como na comunidade.

Em suma, a SIDA pode também ser considerada uma doença conductual na medida em que além de ter um agente causal (vírus), os comportamentos dos jovens são determinantes para que os indivíduos desenvolvam esta patologia. Como tal julgamos oportuno a conjugação de esforços, tanto ao nível da investigação médica através de uma vacina e de tratamentos eficazes, assim como existir uma intervenção educativa eficaz de forma a reduzir os comportamentos de risco. Temos a noção que os adolescentes que iniciam a sua actividade sexual encontram-se em situações especialmente vulneráveis, como tal, um programa de prevenção tem que englobar intervenções com os alunos, intervenções com os pais, mas também intervenções com os outros educadores/instituições de ensino (toda a comunidade) de forma a aumentar o conhecimento da problemática do VIH/SIDA, assim como proporcionar maior informação sobre a elaboração de programas preventivos, fomentando a educação de atitudes saudáveis. É imperativo que as intervenções preventivas junto dos jovens favoreçam a competência das habilidades conductuais para desta forma ser proporcionado o seu próprio desenvolvimento psicossocial e ser generalizado a outras condutas de saúde, não só ao nível da prevenção da SIDA, mas também ao consumo de drogas, entre outras.

Em termos de concepções teóricas, são necessárias também teorias e conceptualizações dinâmicas que permitam a coordenação dos esforços preventivos, para se actuar ao nível dos dois tipos dos factores intervenientes. Parece-nos importante apresentar de forma resumida as diferentes teorias e modelos de prevenção aos quais podemos recorrer no combate à SIDA.

2. Teorias e modelos em educação para a saúde no VIH/sida

Não existe uma teoria única que domine a área da educação e promoção da saúde. Nem se pretende que assim seja, dado que os problemas de saúde, os comportamentos, as populações, as culturas e os contextos de saúde pública são díspares e amplos. Desta forma algumas teorias enfatizam os indivíduos como comunidade de mudança, enquanto outras elegem as organizações e as culturas. Assim, tendo por base estes quadros de referencia as teorias que numa geração eram relevantes, actualmente tem uma acuidade limitada.

O termo modelo é muitas vezes mais usado do que a moda casual. É uma teoria conduzida que idealmente inclui os elementos essenciais da formulação dos teóricos de um aspecto particular

da realidade. Um bom modelo não só incorpora a essência de construção, como também representa a realidade de uma forma simplificada. Esta simplificação deve clarificar pensamentos e facilitar o planeamento.

O primeiro modelo derivou de uma construção bem conseguida que é o modelo biomédico. As características deste modelo são suficientemente bem conhecidas. O corpo é visto como uma máquina cujas partes/componentes estão sujeitos a ser atacados por micróbios e outros microorganismos patogénicos. A função principal da medicina é reparar a máquina, se esta funcionar mal, e mantê-la num bom funcionamento. Saúde tende a ser definida em termos de ausência de mau funcionamento, sendo que é focado mais o objectivo do que propriamente a pessoa.

Na década de 70 a versão do modelo preventivo na Educação para a Saúde era baseado na culpabilização da vítima e apoiado oficialmente em termos de política de saúde. As razões eram claras: assumia-se que o dinheiro tinha de ser guardado para os serviços médicos necessários e as pessoas eram persuadidas a adoptarem um estilo de vida saudável. Neste contexto a ideologia vigente era baseada numa cultura de individualização.

O objectivo de todas as intervenções preventivas no domínio da SIDA é conseguir a redução de novos casos de infecção por VIH e casos de re-infecção, impedindo o contacto com o vírus, minimizando assim o número de infectados. Mas a forma como se procura atingir este fim tem-se alterado ao longo do tempo, porque depende dos paradigmas que lhe dão suporte.

Corroborando vários autores, Moreira (2001) refere-nos que os programas de prevenção devem ser elaborados tendo à partida uma base teórica adequada, com um suporte empírico correcto, pois a conjugação da teoria com a observação permite uma melhor compreensão do problema.

Todavia, a natureza complexa e mortal do fenómeno infecção VIH/sida tem impedido a emergência de uma teoria explicativa, que consiga conceptualizar de forma satisfatória todas as variáveis do problema. Se umas teorias conseguem explicar determinados aspectos, falham na consideração de outros. Na prática, apercebemo-nos de uma sucessão de teorias que resultam, em grande parte, da aplicação empírica dos modelos, centrando-se só em determinados factores, subestimando os outros.

Moreira (2001) caracteriza três movimentos teóricos diferentes que foram fundamentando os esforços preventivos: modelo Informativo-Comunicacional, Humanista e o Neo-Behaviorista. O primeiro, enfatiza a importância dos factores cognitivos na mudança de atitudes, valoriza a

transmissão de informação sobre o VIH e suas consequências. Para o modelo Humanista, os valores e as crenças são determinantes na avaliação da situação em qualquer contexto. Logo, para além da informação segundo este modelo, devem-se trabalhar as variáveis de tomada de decisão, o papel activo dos sujeitos e a clarificação dos valores. Para a perspectiva Neo-Behaviorista é a aprendizagem que está na base dos comportamentos; então é necessário instruir os indivíduos sobre as estratégias de resistência à pressão dos pares e competências sociais.

Moreno *et al.* (2000) defende que, em paralelo com as mudanças sociopolíticas, a evolução da nosologia e dos factores de risco, se identificam três gerações no desenvolvimento da Educação para a Saúde:

1. Primeira geração – a Educação para a saúde Informativa

Neste modelo identifica-se uma linha “autoritária”, que obriga o paciente a seguir as normas (“decálogos” de saúde naturalmente bons e indiscutíveis) e outra “democrática”, que reclama uma informação “neutral”. Em ambas as situações, trata-se de uma transmissão de conhecimentos, com intenção prescritiva, do entendido para o leigo, numa concepção em que o importante é acumular conhecimentos, sem a preocupação de saber como se utilizam. Apesar deste modelo estar desacreditado, ainda é uma prática corrente.

2. Segunda geração – a Educação para a saúde centrada no Comportamento

Nos anos 70, no Canadá, a elevada morbidade e mortalidade cardiovascular e oncológica associada a estilos de vida não saudáveis, levou o Ministro da Saúde, Lalonde em 1974, a desenvolver um novo planeamento da educação para a saúde por forma a dar resposta às necessidades detectadas. O objectivo era conseguir comportamentos saudáveis e a informação era uma parte do processo. O discurso vai para além dos factores sociais e culturais, analisando motivações ou resistências dos instrumentos educativos para que sejam persuasivos para a mudança definitiva, isto é, centrada na conduta dos indivíduos (Moreno, 2000). Estas posições derivam da “Teoria da aprendizagem”, pois destacam-se aspectos do condicionamento operante, a aprendizagem social e os processos cognitivos. Da mesma maneira, é de realçar a realização de estudos sobre a motivação humana (“locus” de controle) e as atitudes (Fishbein e a comunicação persuasiva).

3. Terceira geração – a Educação para a saúde participativa

Esta perspectiva surgiu lentamente, perante as insuficiências das anteriores, relacionada com a cultura preventiva social e democrática, propondo alternativas de mudanças sociais, ligando a morbidade e a mortalidade com a estrutura socio-económica, com a intenção de reduzir as

desigualdades e potenciando a participação (de acordo com as linhas orientadoras da declaração de Alma Ata, na Carta de Ottawa).

Foi devido à clássica preocupação para compreender as condutas das pessoas que se elaboraram teorias sobre as razões dos cidadãos se comportarem de determinada maneira em relação à sua saúde. Algumas dessas teorias provêm da psicologia, outras são provenientes do próprio campo da educação para a saúde. Contudo, todas ficam enquadradas no que foi denominado “educação para a saúde de segunda geração” (Moreno, 2000). Actualmente, apesar do número de teorias/modelos preventivos existentes ser elevado e diversificado, não há nenhum modelo que se destaque pela sua supremacia em relação aos outros.

A complementar a função dos modelos e das teorias, diversos tipos de acções de prevenção do VIH/sida focam as suas abordagens na relação ou na informação.

De acordo com a Associação de Informação, Educação e Promoção da Saúde [AIEPS] (1994), a informação representa a primeira fase da educação: estar informado permite ter algum conhecimento do problema. Em educação distingue-se a informação do conhecimento, no sentido em que o conhecimento, ao ser definido como uma forma de informação organizada para fins cognitivos, leva a um tratamento específico que se pretende transmitir, ou seja, a um método didáctico. Parte-se da hipótese de que o conhecimento de um problema modifica a relação que o indivíduo tem com o mesmo (redução das crenças, destruição das ideias falsas, racionalização das consultas).

A Teoria de Aprendizagem Social é complexa e inclui muitos conceitos que são úteis na promoção da saúde e por isso iremos de seguida falar dela mais pormenorizadamente.

Teoria de Aprendizagem Social e Teoria Sócio-Cognitiva

Nesta teoria o comportamento humano é explicado em termos de teoria recíproca, dinâmica e com três vias, onde factores pessoais, influências ambientais e comportamentos interagem continuamente. Uma das ideias centrais desta teoria, é que a aprendizagem passa para além das experiências pessoais, passando pela observação dos outros e dos resultados das suas acções.

Trata-se de facto de uma teoria bastante complexa, angariando um conjunto de conceitos-chave: *determinismo recíproco* significando que o comportamento e ambiente são sistemas recíprocos com influência recíproca. O ambiente limita os comportamentos. Porém as pessoas não agem de forma passiva no processo, pois estas podem criar e até modificar os seus ambientes. Por

sua vez o conceito de *capacidade comportamental* abarca que uma pessoa tem necessidade de saber o que fazer e como fazê-lo, sendo para tal necessárias instruções claras e além disso, algum treino. As *expectativas* são aquilo que as pessoas esperam obter de determinada acção. Bandura considera como conceito-chave *auto-eficácia*, como o aspecto mais importante do senso de *self* que determina o esforço do indivíduo para mudar de comportamento, e a auto-confiança nas suas próprias capacidades, para realizar algo com sucesso (Glanz, 1999).

Por exemplo, os jovens sexualmente activos, para usarem preservativo e se protegerem de infecções sexualmente transmissíveis, necessitam de saber que tipo de preservativo é mais eficaz e como usá-lo correctamente (competência comportamental). Precisam ainda de acreditar que os potenciais parceiros sexuais não irão rejeitar e por isso adquirir uma forte confiança em si próprios, para estabelecerem de forma clara os seus desejos, antes e durante os encontros amorosos (auto-eficácia).

A aprendizagem por observação é geralmente referida como a construção de um modelo, o que significa que as pessoas interiorizam o que aprenderam através das experiências dos outros. Este tipo de aprendizagem torna-se mais eficaz, quando a pessoa observada é poderosa, respeitada ou considerada parecida com o observador.

O reforço é uma resposta ao comportamento do indivíduo que determina se o comportamento irá ser ou não repetido. Por sua vez os programas de saúde promovem recompensas e encorajam a auto-recompensa, motivando as pessoas a estabelecerem hábitos positivos. Porém, recompensas externas para ajudar a motivar a mudança do comportamento, devem ser usadas com precaução, para evitar o desenvolver de dependências a este tipo de reforços.

A *auto-eficácia* assume igualmente grande importância nas Teorias de Aprendizagem Social, por isso os meios utilizados para a aumentar devem ser tidos em conta. As vantagens de maior auto-eficácia geram uma elevada motivação para vencer obstáculos e criam melhores hipóteses para persistir, por um período de tempo, fora de supervisão formal. Existem três estratégias que podem ser utilizadas para aumentar a auto-eficácia e que coexistem com outros aspectos da Teoria da Aprendizagem Social: estabelecer objectivos pequenos e progressivos, aquisição comportamental e a instrução e reforço.

Modelos de educação para a saúde

De acordo com Campos *et al.* (2000 citado por Carvalho, 2006, p. 26), “no desenvolvimento da EpS podem observar-se três gerações que progridem em paralelo com as alterações sociopolíticas e a evolução dos factores de risco”.

A primeira geração “EpS informativa” corresponde ao “foco divulgativo” da tipologia de Santos (2000 citado por Carvalho, 2006, p.26), sendo que a premissa básica desta é a de que os hábitos e os comportamentos não saudáveis têm origem na falta de informação.

Uma das críticas que o autor faz a este “foco divulgativo” é o facto deste considerar que a informação é suficiente para mudar as atitudes e comportamentos.

A segunda geração proposta por Campos *et al.* (2000 citado por Carvalho, 2006), considera uma EpS “centrada no comportamento” (p.27), em que o principal objectivo é a promoção de comportamentos saudáveis, funcionando a informação como um mero elo do processo. Esta geração considera os factores sociais e culturais e analisa as motivações e resistências aos instrumentos educativos e persuasivos para a mudança de comportamentos. Porém, segundo a tipologia de Santos (2000 citado por Carvalho, 2006, p.27), a geração “centrada no comportamento” corresponde ao “foco comportamental” e este engloba o conjunto de modelos, centrados em modificar comportamentos-problema, ou seja, a saúde neste foco é considerada resultante do comportamento do indivíduo, determinado por estímulos do meio onde está inserido. As principais críticas dirigidas a este “foco comportamental” é o de tratar-se de uma abordagem adaptativa, que pretende atingir a melhor adaptação ao meio, sem implicar as pessoas afectadas na modificação do seu meio ambiente.

Quanto à terceira geração de EpS “crítica”, emerge dos *deficits* apresentados pelas abordagens anteriores. Esta terceira abordagem pretende introduzir alternativas de mudanças sociais, ambiciona reduzir as desigualdades e potenciar a participação comunitária Campos *et al.* (2000 citado por Carvalho, 2006, p.28).

Na mesma perspectiva, Santos (2000), apresenta o “foco integral”, salientando que a EpS deve ter um papel abrangente, influenciando o ambiente e as instituições, através de intervenções sobretudo junto da comunidade. O seu objectivo fundamental é envolver os cidadãos no processo de transformação dos factores que interferem no processo de saúde. O “foco integral”, assenta sobretudo nas seguintes correntes e teorias: psicologia cognitivista, humanista, psicologia de grupo, teoria crítica do ensino e modelo dialógico de Paulo Freire. Os maiores obstáculos desta abordagem

são: a amplitude da sua estrutura e a exigência de um compromisso prévio de todos os implicados no processo de EpS. Esta abordagem, porém, é a que mais se adequa ao novo paradigma de saúde. É um modelo que pode ser aplicado no sistema educativo, mas de difícil aplicação nos serviços de saúde.

Alguns modelos de educação e promoção de saúde têm vindo a ser desenvolvidos nos últimos anos e nesse sentido passaremos a abordar alguns deles:

O Modelo biomédico (Tones & Tilford, 1994 citado por Carvalho, 2006, p.29) enquadra-se na geração de “EpS informativa”. Este encara o corpo da pessoa como uma mecânica, sendo a função da medicina reparar essa máquina como já tínhamos referido anteriormente. Uma das grandes críticas a este modelo é o facto de este contribuir para a “medicalização da sociedade”.

O Modelo de crenças de saúde (Anderson *et al.*, 1998, citado por Carvalho, 2006, p.31) baseia-se na convicção de que as tomadas de decisões são altamente influenciadas pelas crenças e que o comportamento resulta de um conjunto de crenças centrais que tem vindo a ser alteradas ao longo dos anos. Neste modelo, as variáveis demográficas e psicossociológicas são consideradas factores que influenciam a mudança de comportamentos.

O modelo de Avaliação diagnóstica dos factores predisponentes, reforçadores, facilitadores e causas adicionais (PRECEDE) é utilizado para diagnosticar e planear praticas educativas que parte da análise dos factores predisponentes, facilitadores, e reforçadores do comportamento. Deste constam sete fases (Carvalho, 2006, p.32): a primeira fase designa-se por diagnóstico social, tendo como objectivo a identificação de indicadores de qualidade de vida individuais e comunitários; a segunda fase corresponde ao diagnóstico epidemiológico e permite identificar indicadores de saúde, necessários para a caracterização do estado de saúde da comunidade; na terceira fase faz-se o diagnóstico comportamental, tanto dos prestadores de saúde como da população ou grupo alvo; na quarta fase procede-se ao diagnóstico educacional, que pretende a identificação dos factores considerados predisponentes, facilitadores e reforçadores que influenciam os comportamentos; na quinta fase realiza-se o ordenamento dos factores referidos de acordo com as suas prioridades; a sexta refere-se ao diagnóstico administrativo do programa de EpS; a ultima fase consiste na avaliação do programa no diz respeito ao processo.

Os Modelos críticos e participativos emergiram devido ao aparente fracasso dos modelos anteriores. Estes pretendem incutir mudança social, promovendo a participação do indivíduo e do grupo. Carvalho (2006), fala da importância do “ajudar as pessoas a desenvolverem competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis...” (p.33). Esta abordagem

baseia-se em princípios democráticos e de negociação e deste modo, a EpS desenvolve-se em situações sociais concretas em que o técnico ocupa o lugar de facilitador no grupo, apoiando na formulação e concretização de objectivos.

Os Modelos cognitivo-comportamentais: segundo Glanz (1999) os modelos actuais de comportamento relativo à saúde, a nível individual e interpessoal, geralmente, estão incluídos numa categoria mais vasta de teorias cognitivo-comportamentais. Sendo que, existem dois conceitos que são transversais a ambas as teorias: considera-se que o comportamento é mediado por cognições, ou seja, aquilo que conhecemos e pensamos afecta o nosso comportamento; e, o conhecimento é necessário mas não suficiente para produzir alterações no comportamento. Assim, as percepções, motivações, aptidões e factores do ambiente social também desempenham um papel importante.

O Modelo de Informação, Motivação e capacidades comportamentais (IBM) de mudança do comportamento de risco da SIDA (Fisher & Fisher, 1993) foi desenvolvido e validado para servir como conceptualização geral para a compreensão e promoção da mudança de comportamentos de risco em relação à SIDA. O modelo IBM propõe que a *informação* que é directamente relevante para o comportamento preventivo relativo à SIDA, a *motivação* para agir relativamente a esta informação, e as *capacidades comportamentais* para agir sobre ela eficazmente são determinantes para o comportamento preventivo relativamente à SIDA. De acordo com o modelo IBM, a informação sobre a prevenção da SIDA e a motivação para a prevenção da SIDA trabalham através das capacidades comportamentais para a prevenção de forma a afectar a iniciação e a manutenção de comportamentos preventivos relativamente à SIDA. O modelo IBM propõe que a informação sobre a prevenção da SIDA e a motivação para a prevenção da SIDA possam também ter efeitos directos no comportamento de prevenção, quando tal comportamento não exige o desempenho de actos comportamentais complicados ou novos. As propostas do modelo IBM que dizem respeito à relação entre a informação sobre a prevenção da SIDA, a motivação, as capacidades comportamentais, e o comportamento têm sido consistente e fortemente confirmadas na investigação conduzida através de amostras de homens homossexuais, de estudantes universitários heterossexuais (Fisher, Fisher & Malloy, 1994) e estudantes heterossexuais do ensino secundário de etnias diversas (Fisher, Fisher & Malloy, 1998).

Para além de especificar as determinantes do comportamento de prevenção da SIDA, o modelo IBM fornece uma abordagem fortemente generalizável no que respeita ao projecto, implementação, e avaliação das intervenções para a redução do risco da SIDA, que são empiricamente dirigidas às necessidades de populações específicas em risco. São três as fases de

actividade envolvidas na aplicação do modelo IBM para o projecto, desenvolvimento e avaliação das intervenções para a redução do risco da SIDA. Primeiro, é levada a cabo investigação de eliciação, através do uso de estratégias de avaliação abertas e fechadas, de forma a determinar, nas populações alvo, os níveis existentes, numa população alvo, de informação para a prevenção da SIDA, da motivação, das capacidades comportamentais. Seguidamente, são construídas *intervenções dirigidas*, para tratar os deficits e capitalizar os pontos fortes que tenham sido identificados na investigação de eliciação e criadas mudanças de modo a facilitar a alteração do comportamento de risco para a SIDA. Em terceiro lugar, é conduzida uma *investigação de avaliação* para determinar até que ponto as intervenções resultaram em mudanças, na informação, na motivação e no comportamento. O modelo IBM tem sido usado com sucesso como base de investigação de eliciação e como base de intervenção e avaliação em amostras de estudantes universitários, heterossexuais; as descobertas têm demonstrado que as intervenções com base neste modelo resultaram em mudanças significativas relativamente à informação, à motivação e às capacidades comportamentais, sendo que nestas houve melhorias significativas, como por exemplo, em relação ao uso de preservativo (Fisher, Fisher, Misovich, Kimble, & Malloy, 1996).

Modelo de Nível Individual: o indivíduo apresenta-se como o nível mais básico da prática de promoção da saúde. Todos os outros níveis de promoção da saúde, incluindo grupos, organizações, comunidades e nações são compostos por indivíduos. Desta forma, este modelo pode ser parte de níveis mais alargados. No que respeita ao modelo de nível individual, são de salientar três tipos, respectivamente: o Modelo das Fases de Mudança, o Modelo da Crenças na Saúde e o Modelo do Processamento da Informação e do Consumidor.

O Modelo das Fases de Mudança desenvolveu-se a partir do trabalho realizado nas intervenções relacionadas com a dependência do tabaco, do álcool e das restantes drogas, tendo sido posteriormente aplicado a outros comportamentos de saúde. Tem como princípio base o facto de a mudança de comportamento constituir como um processo e não como um acontecimento. Há que ter em conta que os indivíduos têm níveis diferentes de motivação, ou de disposição para a mudança. Este modelo tem em conta o facto de os indivíduos, nos diferentes pontos do processo de mudança poderem beneficiar de intervenções diferenciadas e adequadas à fase em que se encontram.

O Modelo das Fases de Mudança apresenta cinco etapas: a pré-contemplação, contemplação, decisão, acção e manutenção; é um modelo do tipo circular e não linear: os

indivíduos passam pelas mesmas fases, quando utilizam métodos de auto-ajuda ou auto-gestão, quando procuram ajuda profissional ou quando se inscrevem-se em programas organizados.

Quadro 3 – Etapas da Mudança

Conceito	Definição	Aplicação
Pré-contemplação	Não estar consciente do problema, não ter pensado na mudança	Aumentar a consciência da necessidade de mudar, personalizar a informação sobre os riscos e as vantagens
Contemplação	Pensar em mudar num futuro próximo	Motivar, encorajar e elaborar planos específicos
Decisão/Determinação	Elaborar um plano para o futuro	Dar assistência ao desenvolvimento dos planos de acção concreta, estabelecer metas graduais
Acção	Implementar planos de acção específicos	Dar assistência com <i>feedback</i> , apoio social e reforço
Manutenção	Continuar com acções positivas, ou repetir periodicamente passo (s) recomendados	Dar assistência ao confronto com situações, memorandos, encontrando alternativas, evitando deslizes ou recaídas (consoante os casos)

Fonte: Glanz, 2000

O Modelo de Crença na Saúde refere-se à percepção que um indivíduo tem da ameaça que um problema de saúde representa, e ao reconhecimento de comportamentos recomendados para prevenir ou gerir o problema.

Foi introduzido na década de 50 por psicólogos, tendo como principal objectivo aumentar a utilização dos serviços preventivos então disponíveis. Partiram do pressuposto de que os indivíduos temiam as doenças e de que as acções de saúde eram determinadas em função do grau de medo.

O Modelo de Processamento de Informação do consumidor não foi originalmente concebido para o estudo dos comportamentos relacionados com a saúde, nem para ser aplicado em programas de promoção da mesma; tinham porém muitas aplicações úteis na sua área.

As teorias de Processamento de Informação do Consumidor reflectem uma combinação de ideias motivacionais e racionais.

As considerações centrais do Processamento de Informação do Consumidor assentam no facto de as pessoas terem limites na quantidade de informação que conseguem processar. Assim como o intuito de aumentar a disponibilidade de informação, combinam partes de informação em grupos e criam regras de decisão, conhecidas como heurísticas, para tomar decisões de forma mais rápida e mais fácil.

Por conseguinte, independentemente da oportunidade de uma intervenção transversal, porque não, uma proposta de metodologias educativas organizadas de um modo especial, ao longo de todo o ensino.

3. Metodologias educativas e pedagógicas

As estratégias planeadas dependem em grande medida da orientação e do modelo de educação para a saúde existente. São numerosos os autores que debatem e reflectem sobre as diferentes formas de orientar as actividades de Educação para a Saúde, dependendo de critérios como o foro ideológico ou questões técnicas relacionadas com a forma de planear e desenvolver as actividades.

Assim, em função da metodologia utilizada, da ideologia subjacente e dos objectivos traçados, podem diferenciar-se três grandes orientações nas actividades de Educação para a saúde: a prescritiva, a radical e a orientada para a capacitação de pessoas e grupos.

A orientação prescritiva é a forma mais convencional de orientar as actividades educativas em relação com à saúde. De acordo com Tones (1986), corresponde ao chamado modelo preventivo e baseia-se nos seguintes princípios: a realidade sócio-económica e cultural constituem um factor importante nos problemas de saúde e é difícil de alterar; assim sendo, as actividades de Educação para a Saúde devem dirigir-se a indivíduos, incrementando a sua responsabilidade no cuidado de saúde pessoal e colectiva e os profissionais de saúde são quem melhor conhece os hábitos e comportamentos que favorecem a saúde; desta forma, são eles quem deve aconselhá-los.

É nossa convicção de que a Educação para a Saúde, para ser profícua, deve realizar-se desde o início da formação escolar e tanto a capacidade pedagógica como a de comunicação deve fazer parte dos conhecimentos e aptidões que um docente deve possuir.

Além disso pensamos que a educação do estudante, relativamente ao comportamento antes do aparecimento da doença (SIDA), assim como as numerosas campanhas de informação e de persuasão sobre hábitos saudáveis, bem como programas de divulgação sobre a saúde que se realizam através de meios de comunicação, podem caber nesta forma de entender a Educação para a Saúde.

A segunda grande orientação nas actividades de Educação para a Saúde é a radical. Para os profissionais que entendem a Educação para a Saúde, numa perspectiva de uma realidade social, económica e cultural, responsável pelos problemas de saúde de uma população, Tones (1994) diz que os esforços educativos devem tentar consciencializar as pessoas sobre a necessidade de transformar essa mesma realidade. Para o conseguir, já em 1983, Freire defendia que a Educação para a Saúde deveria ser um processo de mudança social que melhorasse as

condições de vida das pessoas, processo esse que terá a ver com medidas políticas que reduzissem as desigualdades e procurassem um desenvolvimento orientado por uma consciência crítica.

A insuficiência do modelo prescritivo, assim como as limitações do modelo radical devem-se ao facto de não se obterem mudanças significativas nos comportamentos e na auto-responsabilização das pessoas em relação à sua saúde, de modo a produzir uma mudança social, económica e cultural que promovam a mesma. Tais factos, deram origem a uma terceira orientação nas actividades de Educação para a Saúde.

Surge então a orientação para a capacitação baseada, segundo Revuelta & Díaz (2001), em dois objectivos: obter das pessoas capacidade para torná-las auto – suficientes na tomada de decisões em relação à sua saúde e implicá-los na participação do processo educativo.

Os mesmos autores destacam os seguintes princípios, nesta forma de orientação das actividades de Educação para a Saúde: consideram a estrutura sócio-económica como um factor determinante na Saúde, estimulando a capacidade das pessoas para a sua análise; diferenciam claramente entre prescrever regras e instruções (para que as pessoas adoptem determinado comportamentos) e educar (entendendo que a educação consiste em ajudar as pessoas no seu desenvolvimento individual e na sua autonomia); o papel dos educadores deve ajudar a comunidade a adquirir conhecimentos e analisar situações, proporcionando-lhe uma informação verídica, completa e sem dramatismos. Deste modo, as pessoas aparecem como verdadeiros protagonistas de um processo completo, dirigido às suas capacidades e com estas orientações, os profissionais que desenvolvem Educação para a Saúde, conseguem alcançar conhecimentos, atitudes e aptidões relacionados com o trabalho de equipa, assim como uma conseguirão uma comunicação assertiva, garantindo uma interdisciplinaridade no desenvolvimento das suas actividades.

Após análise destas três orientações anteriores, deve referir-se que todas contêm vantagens e dificuldades, mas na prática todas elas coexistem e apresentam elementos úteis e vantajosos de forma a programar as actividades de Educação para a Saúde.

Do ponto de vista psicossocial, conhecemos técnicas e estratégias na Educação para a Saúde (Lemos, 2002), como a discussão estruturada, *brainstorming*, clarificação de valores, *roleplay*, resolução de problemas e tomada de decisão que favorecem determinadas competências. São métodos que possibilitam o envolvimento pessoal e a abordagem de questões fulcrais, como a sexualidade, as emoções, os afectos e a intimidade.

Contudo e devido às diferentes características sociais e culturais das pessoas e grupos onde podem realizar-se actividades de Educação para a Saúde, torna-se necessária uma planificação cuidadosa dessas mesmas actividades.

Nesse sentido, Revuelta & Díaz (2001) destacam a importância de realizar um diagnóstico cuidadoso da situação, analisando os recursos disponíveis, obstáculos previsíveis, necessidades de saúde e nível de conhecimentos, atitudes e crenças existentes.

Acreditamos que o processo de planificação pode ser também enriquecido se, desde o início, se envolverem as pessoas ou grupos que se pretendem capacitar e as actividades realizadas seguirem o esquema estabelecido previamente.

Quadro 4 - Fases de um programa de educação para a saúde

Diagnóstico	
<input type="radio"/>	Primeira aproximação ao problema
<input type="radio"/>	Implicação da comunidade
<input type="radio"/>	Criação de um grupo de trabalho
<input type="radio"/>	Identificação de fontes de dados
<input type="radio"/>	Análise de recursos
<input type="radio"/>	Análise dos problemas (condicionantes, consequências, etc.)
<input type="radio"/>	Análise do meio social, cultural, etc.
Programação e avaliação	
<input type="radio"/>	Formulação de objectivos
<input type="radio"/>	Sectores de intervenção
<input type="radio"/>	Metodologia educativa
<input type="radio"/>	Integração com outras actividades
<input type="radio"/>	Cronograma
<input type="radio"/>	Implementação
<input type="radio"/>	Monitorização e seguimento
<input type="radio"/>	Avaliação

Fonte: Revuelta & Díaz (2001, p. 72)

A variedade de locais onde podem ser realizadas as sessões de educação para a saúde, bem como as diferentes características sociais e culturais das pessoas ou grupos que podem assistir, faz com que exista uma necessidade intrínseca de uma planificação cuidada dessas actividades.

A prática diária revela contudo que a insuficiente avaliação dos programas e actividades de educação para a saúde constitui um dos principais obstáculos à melhoria das intervenções ou a um maior reconhecimento deste campo de acção.

Remón (2001) concorda com esta apreciação e vai mais longe, admitindo que a avaliação na educação para a saúde é um processo de recolha de informação e argumentos, que se realiza com o fim de propiciar um debate crítico sobre um programa específico, tanto para compreender as

mudanças ocorridas, como para determinar em que grau as actividades desenvolvidas foram eficientes e efectivas.

No campo da promoção da saúde e da prevenção da doença encontramos a actuar grupos muito diversos, desde ONG's, entidades de cidadania e sociais, entre outros que, assumindo-se como educadores, representam na prática um importante desenvolvimento técnico profissional na educação para a saúde.

Com base nesta perspectiva e de acordo com Martínez *et al.* (2000), as acções educativas para a saúde foram pressionando o sistema social em geral, bem como o da saúde em particular, a descobrirem as necessidades dos grupos em que era necessário intervir, promovendo acções de investigação sobre os factores sociais, familiares e psicológicos que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos face à doença.

Perante as abordagens apresentadas, consideramos que a pluralidade de agentes educativos pode ser positiva e fornecerá a autonomia e a concretização de determinados programas e de certas intervenções na comunidade.

Nesta linha de pensamento, está também Martínez *et al.* (2000) ao admitir que a diversidade de agentes educativos deve coexistir num equilíbrio de formação e de investigação pedagógica suficiente, assim como de capitalização de experiências obtidas que permitam generalizar um saber-fazer de qualidade. De outro modo, o mais provável é que essa diversidade fique reduzida a actividades pontuais, sem continuidade no espaço e no tempo.

Parece-nos importante referir que, neste contexto, apesar de verificarmos no nosso dia-a-dia uma certa anarquia metodológica no sector da saúde, assim como dificuldades estruturais, e um défice de respeito e pertinência relativamente à Educação para a Saúde, consideramos que a mesma surge dentro de uma estratégia para a consecução do objectivo que é o bem-estar individual e social. Para tal achamos oportuno e prioritário, no campo da saúde, a promoção de competências técnico-pedagógicas dos educadores de saúde.

Mahler, afirmava na sua qualidade de Director Geral da OMS em 1998, que era necessário existir "tecnologia apropriada" para se fazer face à progressão da infecção VIH/sida. Definia esta tecnologia na área das ciências sociais e do comportamento, tendo em conta factores sociais, culturais e educacionais.

Lucas (1993), partilha da opinião de que não é com campanhas de informação por si só, transmitidas nos meios de comunicação, ou com palestras desinseridas da estrutura social e afectiva, que se obtém a mudança das percepções, crenças e atitudes favorecedoras de

comportamentos seguros, mas na relação interpessoal, em que os professores têm o privilégio de uma acção continuada e realizada através de uma abordagem “biopsicossocial”.

Contudo, para se avançar nesta direcção é necessário, que se evite a normalização e a medicalização (prescrição) das acções, e que se adoptem métodos de trabalho educativos com rigor, participativos e comunitários, tendo como referência os valores da liberdade, responsabilidade, desenvolvimento e prazer, pois o objectivo da educação para a saúde não é negar o risco que é inerente à vida humana, mas saber dominá-lo e geri-lo (Martínez *et al.*, 2000).

Segundo Ayres (2002), no que respeita às estratégias de prevenção, deve atender-se aos seguintes princípios: devemos pensá-las menos em termos de “grupos populacionais” e mais no que podemos chamar de “contextos de intersubjetividade”, isto é, delimitar espaços de interacção, geradores de vulnerabilidade e, de modo articulado, criar os contextos intersubjetivos favoráveis à construção de respostas para a redução dessas vulnerabilidades; a efectiva substituição da atitude modeladora por uma atitude emancipadora nas nossas práticas educativas e não centrar as políticas, programas e acções nos grupos ou comportamentos de risco, mas nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos sujeitos sociais e suas interdependentes e cambiantes identidades.

Na mesma linha, a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida (2007), defende que em Portugal, desde a identificação dos primeiros casos na década de 80, a prevenção da infecção, tem-se revelado um desafio extraordinário: os indicadores epidemiológicos e sociais deixam a sociedade portuguesa num lugar preocupante na lista dos países da Europa ocidental, exigindo respostas integradas e eficazes. Assim, e face aos elevados impactos sociais e económicos da infecção sobre cada indivíduo sobre a sua família e sobre a sociedade, coube à Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida a responsabilidade de coordenar as actividades de prevenção da infecção no país.

De facto, há um conjunto de princípios que devem estar bem esclarecidos nestes programas e para Lopes (2006, p.152) “para se desenvolver um programa-tipo destinado a jovens este deve incluir: numa primeira fase uma análise cognitivo/comportamental dos antecedentes, dos hábitos dos companheiros e das consequências imediatas das actividades sexuais. Numa segunda fase, o programa deve incluir o resultado da informação obtida na análise dos aspectos cognitivo-comportamentais, identificando: situações de alto risco; as pressões para se envolverem em actividades sexuais ou outras (fumar, droga, álcool); situações de *role playing*, em que se

identifiquem imagens de pressão do grupo, que os jovens referiram; palavras, frases e a sintaxe da sua linguagem e semelhanças e diferenças de género e etnias.

Numa terceira fase, aplicando os resultados obtidos aos princípios da Teoria Social Cognitiva e às estratégias de implementação e de correcção criativas, deve investir-se também nos suportes sociais, como por exemplo, na formação dos pais, professores, líderes da comunidade e profissionais dos meios de comunicação” (p. 152).

Na abordagem centrada na relação propõe-se aos intervenientes trabalhar a educação para a saúde baseada na confiança, na auscultação e no respeito mútuos, sendo esta prática denominada “Aconselhamento” em prevenção. O “Aconselhamento” é uma relação entre duas pessoas ou, em grupo, entre um indivíduo e outros participantes, visando encontrar soluções para os seus problemas.

Desta forma, compreende-se que as abordagens baseadas no aconselhamento tenham tendência a desenvolver-se no âmbito da acção social, da educação e da prevenção. Contudo nas estratégias preventivas, não se implementam teorias mas sim programas elaborados com base nessas teorias.

Dirigindo-se especificamente aos programas preventivos, o mesmo autor refere, que são em elevado número e diferenciam-se uns dos outros consoante a teoria ou modelo subjacente à sua elaboração. Assim, apesar de terem objectivos preventivos comuns, aplicam-se de diferentes formas, resultando também em diferentes estratégias preventivas, (de referir porém que a eficácia dos programas difere). Apesar de quase todos demonstrarem resultados positivos, os mais significativos são os derivados das teorias integradoras e compreensivas uma vez que valorizam diferentes conceitos.

É o caso do papel dos “Programas de Educação Sexual de 4ª Geração”, que se baseiam em currículos intitulados de “Redução do Risco” (Hubbard, 1998). Trata-se de programas interactivos, dinâmicos, centrados em objectivos comportamentais, que levam os indivíduos a desenvolver capacidades e destrezas, a desenvolver a assertividade, a par de uma informação o mais completa possível.

Ainda segundo Lemos (2002), nos programas mais avançados, devem constar uma extensa lista de conteúdos para informação/formação, as metas a atingir e a definição de um pequeno grupo de objectivos comportamentais.

Na verdade, o ser humano não é estático; movimenta-se por vários estádios, experiências e contextos, os quais contribuem todos para a forma como esse desenvolvimento se processa. Como

tal, o risco do VIH/sida não é uma situação de uma determinada fase da vida e é também muito mais do que um encontro de um indivíduo com um vírus. Numa perspectiva desenvolvimental, podemos analisar a SIDA não como um resultado, mas como uma construção entre o indivíduo, o ambiente e a dinâmica existente entre os factores de risco e de protecção.

A resiliência e a prevenção são consideradas uma herança, não por condições genéticas mas pela microcultura familiar e ambiental.

Em sintonia com o autor citado, concluímos que hoje dispomos de um conjunto significativo de conhecimentos validados, empirica e teoricamente, dos factores de risco e de protecção em relação ao VIH, que possibilitam a formação de estratégias preventivas eficazes. As mesmas podem e devem ter como aliadas as escolas, onde se podem trabalhar componentes como as emoções, valores, cognições, comportamentos, por forma a que os indivíduos se organizem face à realidade exterior, tendo adquirido controlo sobre várias dimensões como a componente afectiva/emocional que permita a adesão, por exemplo, à utilização do preservativo como factor protector da infecção.

As estratégias preventivas deverão ser continuadas, face a este problema complexo (SIDA); não existe uma solução simplista nem imediata. Para termos uma avaliação positiva é necessário que as intervenções de agora se repercutam nas gerações futuras.

É então natural que as estratégias preventivas sejam aplicadas à comunidade, devendo estas intervenções produzir mudanças não só a nível individual, bem como ao nível das escolas e das famílias.

As escolas são contextos chave para a educação das crianças/jovens relativamente ao VIH/sida e para travar a infecção pelo VIH. Para haver nesta educação terá de se chegar às crianças e aos jovens adultos a tempo de reforçar positivamente comportamentos saudáveis. As escolas chegam às crianças e jovens entre os 5 e os 18 anos de idade e têm excelentes recursos: professores habilitados; um processo educacional interactivo que decorre ao longo do tempo; uma variedade de oportunidades de aprendizagem; materiais e métodos; e a capacidade de envolver os pais na aprendizagem dos seus filhos (Pereira, 2004).

A escola tem a grande responsabilidade de ensinar aos jovens a infecção e a retransmissão a outros, servindo como um catalisador para o desenvolvimento de políticas relacionadas com o VIH. Ao fazê-lo, as escolas têm a oportunidade de contribuir para substanciais melhorias na saúde global.

As actividades de Educação para a saúde que se realizam nas instituições educativas podem classificar-se, de acordo com Rémon (2001), em dois grupos: I – as que se realizam no

contexto da entrevista clínica, por meio do aconselhamento do profissional e II – as relacionadas com as actividades de apoio e outras iniciativas de Educação para a saúde e sua promoção, destacando-se a colaboração com grupos de auto-ajuda, com actividades educativas provenientes da comunidade (organizações não governamentais, grupos juvenis, etc.) e particularmente com aquelas desenvolvidas no sector educativo, nos órgãos de participação comunitária e nos serviços de saúde.

Para Stott (1986), as actividades de promoção e educação para a saúde realizam-se desde o primeiro nível assistencial. Contudo, as acções educativas através do aconselhamento profissional podem e devem ser relevantes a outros níveis assistenciais.

Com o objectivo de complementar a eficácia deste aconselhamento, Locker (1986), Borrell (1989) e Guayta (1995), realçam a importância do profissional ter em consideração alguns aspectos:

Conhecer globalmente os problemas do estudante, analisando as suas crenças, atitudes, opiniões, sendo que para isso é necessário possuir capacidades comunicacionais para estabelecer um clima de cordialidade e respeito mútuo; possuir informação clara, completa e específica sobre os objectivos da intervenção educativa e sobre os benefícios que dela se esperam; procurar utilizar diferentes combinações de recursos educativos (meios diversos, materiais didácticos de apoio, etc.) em função da capacidade de aprendizagem do educando; avaliar a efectividade da intervenção e reforçar a aprendizagem e fazer o seguimento e controlo do processo de mudança e ter como objectivo que o estudante seja capaz de tomar as suas próprias decisões (Pereira, 2004).

Quadro 5 - Formas de orientar a educação para a saúde para os estudantes

	Tradicional	Capacitante
Atitude profissional	Prescritiva	Dialogante/negociadora
Papel do estudante	Passivo Dependente	Activo Independente
Metodologia	Planificada para o estudante Prescritiva Centrada em necessidades objectivas Determinada pelo profissional	Planificada com o estudante Participativa Centrada nas necessidades sentidas Consensual com os estudantes
Objectivos	Cumprimento da mensagem	Acordo sobre a mudança possível Autonomia

Fonte: Revuelta & Díaz (2001, p. 67)

Embora tenhamos uma variedade de formas educativas, a metodologia educativa deve estar relacionada com o grau de maturidade e capacidade de aprendizagem dos receptores. Os recursos didácticos devem promover, maior participação e maior grau de aprendizagem. Contudo

qualquer recurso só deve ser utilizado após análise das suas vantagens e suas limitações e em função das características do grupo (Pereira, 2004), como se pode constatar no quadro que segue:

Quadro 6 - Recursos para a aprendizagem

Actividade	Recursos
Escutar	Conferências, rádio, etc.
Ler	Livros, folhetos, periódicos, revistas, cartazes, etc.
Ver	Fotografias, cartazes, etc.
Ouvir e ver	Filmes, vídeos, programas de TV, etc.
Ouvir e falar	Debates, colóquios, conversa informal, etc.
Ouvir, falar e ler	Estudo de situações, discussão de artigos, etc.
Ouvir, falar, ler e ver	Dramatizações, <i>role-playing</i> , jogos, simulações, concursos, CD-ROM interactivos, etc.
Fazer e utilizar	Modelos, esquemas, preparação de materiais, vídeos e folhetos.

Fonte: Revuelta & Díaz (2001, p. 71)

Os materiais são, sem dúvida, um dos recursos mais frequentemente valorizados na Educação para a Saúde. Na realização de material impresso, devem apresentar-se mensagens chave de percepção fácil, usando o primeiro parágrafo para comunicar os benefícios que se desejam; reportar histórias verdadeiras ou fictícias sobre pessoas que, em acções concretas, obtiveram resultados interessantes; descrever acções, etapas, com palavras e ilustrações adequadas que identifiquem estilos de vida. A aprendizagem a partir de materiais impressos, se estes estiverem bem elaborados e de acordo com os níveis de literacia dos estudantes, economizar tempo.

Existem aspectos a que o professor não pode ser indiferente. O conhecimento das competências reais de leitura, escrita e cálculo da população adulta, deve constituir uma das suas preocupações aquando da selecção dos recursos a utilizar como instrumentos de apoio das sessões educativas.

Deparamo-nos hoje com um novo analfabetismo – o funcional, em que estas incapacidades se traduzem em aprendizagens insuficientes e mal sedimentadas. Isto fragiliza as pessoas em relação às exigências sociais, profissionais e pessoais, no decurso da sua vida.

O reconhecimento da não existência de correspondência linear entre os graus de escolarização de uma população e o seu nível de literacia, deve ter consequências nas metodologias a adoptar. Esta problemática foi abordada por Benavente *et al.* (1996) na sua obra, reportando sérias dificuldades em utilizar na vida quotidiana materiais impressos ou outros suportes de informação escrita (e.g. cartazes) que tanto predominam na área da prevenção da SIDA.

Despontamo-nos portanto, com uma nova problemática no combate à SIDA: a preocupação com a literacia, isto é, com as capacidades de uso da informação escrita. A tradução do conceito literacia, deve-nos conduzir a estratégias metodológicas de educação para a saúde múltiplas.

O ensino superior deve ser parceiro activo da restante comunidade escolar, na formação e informação dos educadores/professores sobre medidas relacionadas com a educação para a saúde e o VIH/sida. Para tal deve formar educadores/professores com treino profissional na área do VIH/sida que se envolvam activamente em parecerias na escola/comunidade. Os métodos de ensino eficazes utilizados na educação sobre a prevenção do VIH/sida diferem das disciplinas mais tradicionais. Os professores têm de adquirir capacidades adicionais, métodos e modelos de instrução, e talvez modificar algumas das suas formas de ensino.

A implementação de programas de educação para o VIH/sida é semelhante à introdução de qualquer inovação dentro da escola. Os professores podem sentir-se ameaçados, testados, preocupados e desconfortáveis no seu novo papel. Para além terem de dominar novas técnicas de ensino, têm de lidar, quer como professores quer como indivíduos, com sentimentos de desconforto e tentar ultrapassar alguns preconceitos e parcialidades. Para que os agentes educativos possam ser capazes de ensinar a sexualidade humana e a prevenção do VIH/sida aos jovens de forma segura e competente, é necessário que eles sejam treinados e formados.

Como já pudemos analisar a prevenção do VIH e a anti-discriminação são assuntos complexos. Exigem educadores com experiência e formação específica que lhes permitam ser agentes eficazes da alteração de comportamentos nas escolas. Numa investigação geral sobre educação para a SIDA, descobriu-se que os professores, inicialmente relutantes em ensinar a prevenção do VIH/sida ultrapassaram esta barreira durante as sessões de formação. As vantagens/méritos do desenvolvimento de formação em agentes educativos para o VIH/sida de reflectem-se em: bons níveis de comunicação, respeito e confiança mútuos com os alunos; capacidade de conduzir discussões abertas e francas; capacidade de identificação e demonstração de grande sensibilidade com os alunos; ter consciência da própria sexualidade e da sexualidade dos outros; um vasto conhecimento sobre o VIH/sida; abertura; sinceridade; sentido de humor.

Os professores podem também aumentar a sua preparação e eficiência como educadores para a prevenção da SIDA, através da: aquisição de informação mais actualizada e relevante sobre o VIH, as suas formas de transmissão e prevenção e as consequências sociais da doença; assim como da abordagem da dimensão dos direitos humanos à volta do VIH/sida: discriminação dos infectados e doentes; criação de ambientes de apoio para alunos infectados e a criação neles dum sentimento de inclusão e o direito das pessoas infectadas a viverem, trabalharem e estudarem.

Colocação em prática de métodos participativos com grupos de alunos, antes de os usar com toda a turma.

Compreensão das próprias atitudes, valores e comportamentos relativamente ao VIH/sida e desenvolver confiança nas mensagens que pretende passar aos seus alunos.

Trabalhar nestes assuntos em equipa com um ou mais colegas na escola, é sempre melhor que trabalhar sozinho (Basch, 1989; Gingiss & Basen-Enquist, 1994; Kirby, 1995; Schenker & Greenblatt, 1993).

Integrar a educação para a SIDA como parte de um programa abrangente de educação para a saúde é importante. O sucesso dos currículos da prevenção do VIH/sida é possível, quando é exaustivo e quando integra outros aspectos de redução dos riscos, tais como o abuso de drogas, o álcool, a sexualidade e a anti-discriminação. Nas escolas onde não existem políticas claras de prevenção, até os professores motivados consideram, frequentemente, difícil dar aulas sobre o VIH/sida aos seus alunos. Desenvolver parcerias com outros profissionais dentro do ambiente escolar (por exemplo, outros professores, enfermeiros, psicólogos) e construir equipas multidisciplinares facilita uma melhor difusão de aulas inovadoras e assegura a sua sustentabilidade.

Uma equipa de pessoas, trabalhando juntas de uma forma coordenada, pode desenvolver e monitorizar políticas e actividades relacionadas com a educação para o VIH/sida dentro da escola, dando, desta forma, força e apoio aos que conduzem a educação para a prevenção na sala de aula. Esta equipa pode incluir diversos membros da comunidade, tais como professores, técnicos da área da saúde, assistentes sociais e psicólogos. A equipa deve também estar activamente interessada, empenhada e bem treinada, com formação na prevenção do VIH/sida nas instituições escolares.

A educação escolar para o VIH/sida deve focar-se na população escolar específica de cada escola, mantendo laços próximos com a comunidade mais alargada. Estes laços permitem o reforço das influências protectoras dos jovens tanto na escola como nos seus espaços de acção; eles também ajudam os professores a ganhar apoios na introdução e sustentabilidade da educação para a prevenção do VIH/sida.

As organizações comunitárias (organizações não governamentais, hospitais, sindicatos e associações de professores, grupos religiosos, grupos de jovens, grupos desportivos, entre outros) podem providenciar apoios, informação actualizada e assistência prática a iniciativas formativas sobre a educação para a prevenção do VIH/sida. Para isso é necessário: desenvolver uma parceria com pelo menos mais do que uma pessoa dentro da instituição (recomenda-se o trabalho em equipa); descobrir organizações e serviços envolvidos na prevenção e cuidados relativos ao VIH/sida na sua comunidade. Dialogar com os seus representantes e descobrir como podem apoiá-

los com informação, auxiliares de ensino e outros recursos. E ainda, sugerir um documento de políticas sobre a educação para a prevenção do VIH/sida na instituição. Usar os recursos para desenvolver uma orientação e plano de trabalho que seja discutido e partilhado com os colegas, dirigentes da instituição e líderes comunitários (Centers for Disease Control, 1988; Kelly, 2000; Schenker, 2001; Education International/World Health Organization, 2001).

É hoje consensual que fornecer aos estudantes informação sobre o VIH/sida e sobre a sua prevenção é essencial para que eles desenvolvam atitudes com significado e aprendam as capacidades necessárias que os ajudem a continuar não infectados. Para que a educação do VIH atinja os seus objectivos, os métodos de ensino têm de evoluir, para métodos de ensino mais participativos, em que os alunos desempenham um papel activo no processo de aprendizagem.

A educação para a prevenção do VIH/sida não pode ser eficaz, se o medo e a incerteza rodearem a doença. Estes medos, atitudes, sentimentos e ansiedades podem inibir a aprendizagem dos estudantes, sendo que, para ultrapassar este problema, podem ser usadas estratégias interactivas que promovam a participação da audiência/público. Estas estratégias têm provado ser eficazes ao facilitarem a aprendizagem em todos os domínios, assim como no encorajamento de mudanças de comportamentos desejáveis. Ajudam também os alunos a explorar os seus sentimentos e a terem consciência das suas próprias atitudes, valores e percepções.

Os métodos de ensino e aprendizagem participativos e interactivos são essenciais para mudar de programas educacionais apenas baseados na informação, para programas educacionais baseados nas capacidades. Estes últimos, demonstraram ter mais sucesso ao ajudar os alunos a desenvolver as capacidades para comportamentos adaptativos e positivos que lhes permitem lidar eficazmente com exigências e desafios da prevenção do VIH/sida. Os métodos participativos incluem pequenos grupos de trabalho, discussões, dramatizações, debates, artes, ofícios, entre outros.

Vários manuais e outros recursos (tais como a internet) podem ser usados para ajudar o estudante a familiarizar-se com o ensino e aprendizagem participativos. Ajudar os estudantes a tornarem-se parceiros na procura de informação, na análise e discussão da epidemia e nas formas de prevenção da infecção. E ainda, encorajar as questões, a discussão e a adopção de novas ideias (Education International/World Health Organization, 2001; World Health Organization, 1999).

É certo que ensinar a prevenção do VIH/sida e a anti-discriminação levanta vários desafios aos agentes educativos. Um dos desafios primários envolve a capacidade de discutir abertamente assuntos controversos com os estudantes na sala de aula. Os agentes educativos que se sentem

confortáveis com a sua sexualidade, que aderem aos valores dos direitos humanos e que os respeitam, são mais bem sucedidos quando discutem assuntos importantes e controversos relativos aos VIH/sida, tais como a revelação do estado do VIH, sexo pré-marital, homossexualidade e uso de drogas. Os factores S (VSE) – shame (vergonha), silence (silêncio) e stigma (estigma) – estão entre as razões básicas dos medos continuados relacionados com o VIH/sida que levam à negação, culpa e discriminação, adiando desta forma a acção positiva. O educador necessita de reconhecer estes factores na sua comunidade escolar por forma a abordá-los nas suas sessões lectivas. O desenvolvimento de uma atmosfera aberta e honesta entre professor e estudante é essencial para a educação para a SIDA.

Não obstante, discutir abertamente assuntos como sexo, uso de drogas e VIH/sida nas sessões lectivas, não significa ser-se vulgar ou diminuir as crenças sociais e os valores de ninguém. Uma boa capacidade comunicativa permite aos educadores analisar várias opções comportamentais e discuti-las, com respeito e franqueza, com os seus estudantes.

Estudos recentes têm demonstrado, que os programas de educação sexual não levam nem à actividade sexual, nem a um aumento desta entre os jovens. Pelo contrário, intervenções escolares neste âmbito têm constituído uma forma eficaz de reduzir comportamentos de risco associados ao VIH/sida e as infecções sexualmente transmissíveis (IST's) entre adolescentes e jovens adultos.

Falar abertamente sobre VIH/sida na aula, significa também ajudar os jovens a não se sentirem isolados ou excluídos em relação aos seus pares, caso resistam à pressão ou não revelem comportamentos de risco, mesmo que os seus pares o façam.

Ao lidar com a sexualidade e a prevenção do VIH, podem considerar-se várias opções, nomeadamente: abstinência de relações sexuais; adiar o mais possível o início da actividade sexual; monogamia com um parceiro não infectado; sexo sem penetração e fundamentalmente o uso do preservativo.

Já ao lidar com o uso de drogas e com a prevenção do VIH, podem considerar-se as seguintes opções: abstinência em relação ao uso de drogas; a não partilha de agulhas intravenosas e a esterilização meticulosa e utilização única de agulhas (Crosby, 1996; UNAIDS, 1997).

Também, para que a educação para a SIDA, seja eficaz, a mesma não pode ser baseada numa única abordagem. A experiência com os programas de sucesso, sugere que passar pelo menos quatro horas na sala de aula durante um certo período de tempo é essencial, para atingir um impacto mínimo do conhecimento dos estudantes, nas suas atitudes e nas suas intenções de

alteração de comportamentos; subsequentemente, dez a catorze sessões, fornecerão melhores resultados.

Um outro aspecto fundamental é que as metodologias/estratégias preventivas sobre o VIH/sida devem ser reconhecidas como diferentes. O uso de vários meios (por exemplo histórias, lições, auto-testes) fornece uma oportunidade para que os estudantes participem activamente no processo de aprendizagem. Outros meios que podem contribuir para o ensino inovador desta disciplina incluem apresentações em vídeo, pesquisa na Internet, visitas a hospitais (laboratórios virológicos) e outras instituições de saúde, e discussões de turma e debates.

A repetição eficaz de mensagens básicas sobre a SIDA requer clareza, consistência e variedade suficiente. A aprendizagem cooperativa é outra estratégia que fornece uma oportunidade para a participação activa do estudante, para o melhoramento das capacidades sociais, para a retenção aumentada de conhecimentos e ainda para uma aprendizagem com prazer.

A educação para a prevenção do VIH/sida não devem ser responsabilidade de um único sector da comunidade. Envolver organizações de saúde, pais, instituições com impacto na comunidade, líderes religiosos locais, professores, associações comunitárias e juvenis, e os próprios jovens assegurará que a educação para a prevenção é culturalmente relevante e consistente com os valores culturais, religiosos e sociais.

Solicitar o envolvimento em todas as fases da intervenção para a prevenção do VIH/sida promove o lado relacionado com o marketing, potencia a sua credibilidade e aumenta a aprendizagem dos participantes e a mudança de comportamentos (Ragon, 1995; Siegel, 1996).

Usando um enquadramento voltado para o desenvolvimento, os currículos para a educação do VIH/sida podem ser estruturados em relação à forma como os jovens de diferentes idades compreendem a definição, a causa, o tratamento e as consequências da infecção.

Os agentes educativos devem ter em conta as normas comunitárias e os valores quando desenvolvem estratégias de prevenção. Trabalhar de forma próxima tanto com o grupo alvo de jovens como membros da comunidade durante o desenvolvimento, planeamento, implementação, avaliação e redefinição dos currículos para a educação do VIH/sida pode dar aos estudantes uma perspectiva mais alargada. A intenção é ajudá-los a assumir a responsabilidade do problema do VIH e das suas soluções. Para além disso, prestar atenção às normas, valores e tradições da população alvo permitirá uma melhor distribuição das mensagens. Existem outras tensões entre o ambiente social e as crenças nas quais as comunidades operam. As influências externas (frequentemente

meios de comunicação modernos tais como a televisão, a rádio, e a internet) escapam aos mais idosos mas atingem em massa os jovens.

Os programas de prevenção desenvolvidos localmente são frequentemente mais eficazes, uma vez que incorporam tradições locais, assim como métodos de ensino e linguagens conhecidas. Se os programas foram desenvolvidos noutra parte, especialistas locais deverão adaptá-los cuidadosamente através de: registos do conhecimento, atitudes, crenças, valores, capacidades e serviços da sua comunidade que influenciem positivamente comportamentos e condições mais relevantes para o VIH/sida e IST (Infecção Sexualmente Transmissível) e fornecimento de exemplos concretos da sua própria cultura ao discutir a prevenção do VIH com os estudantes (Denson *et al.* 1993; Schenker & Sabar-Friedman, 1996).

De facto e por isso, as atitudes e comportamentos locais são influências importantes no desenvolvimento dos jovens. Se a comunidade enfatizar e apoiar comportamentos saudáveis, então a probabilidade da manutenção desses comportamentos aumenta. A pressão por parte da comunidade pode influenciar a acção e o apoio do grupo torna-se necessário para reforçar e manter as acções responsáveis.

Ao fazer uso das influências sociais, do modelo de consenso social, da educação de pares e das discussões em pequenos grupos, valores e normas de grupo desejáveis podem ser aprendidos. Dada a natureza do VIH e a controvérsia que rodeia a sua discussão, a intervenção para a SIDA pode ser ajudada se tentarmos chegar a uma audiência/público mais alargada. Isto pode levar a uma atitude mais saudável relativamente ao VIH/sida quanto ao comportamento sexual dos jovens nas comunidades. Promover fóruns únicos para a discussão aberta e para a troca de informação promotora de saúde, encoraja a criação de normas de grupo que promovam o sexo seguro e a prevenção do uso de drogas.

Para além disso, o facto de os estudantes se influenciarem uns aos outros sobre o VIH também funciona. A educação pelos pares pode servir como modelo a seguir na redução das falsas crenças e no início da discussão de comportamentos preventivos. Preconiza-se então: o desenvolvimento de espaços (seguros) para discussões abertas na aula. Encorajar os estudantes a apoiarem-se mutuamente na aprendizagem sobre a prevenção do VIH, falando dos riscos que se correm; o reconhecimento da existência de normas de grupo e tentar influenciar a sua direcção no apoio de estratégias eficazes para o sexo seguro e para a prevenção da SIDA e do uso de drogas. Assim como, o uso da liderança para envolver os pares positivos como educadores para a SIDA, lado a lado com o seu ensino (Cenelli, 1994; Janz & Zimmerman, 1996).

Para além de conferir informação e conhecimentos precisos e ainda desmistificar medos e juízos errados sobre a SIDA, o enquadramento teórico desenvolvido em anos recentes enfatiza, o que vários autores haviam já identificado no início dos anos 90: os currículos para a educação para a SIDA devem fornecer aos estudantes capacidades de resolução de problemas, capacidades para a tomada de decisões, capacidades de recusa e de negociação, assim como capacidades que os ajudem a evitar o uso de drogas e álcool. Capacidades específicas, tais como a gestão de conflitos e a capacidade de recusar sexo de forma bem sucedida, necessitam de maior atenção e inclusão. Desenvolver a auto-suficiência pode ajudar os indivíduos a tornarem-se mais motivados e agir de forma mais saudável.

A investigação educacional e comportamental demonstrou, que ter os estudantes a participar em dramatizações que demonstrem hábitos de vida saudáveis ajuda-os a levar a cabo esses comportamentos ao longo das suas vidas e que, frequentemente, os nossos comportamentos são reforçados através da observação das consequências positivas e negativas que decorrem das acções dos outros. O trabalho em grupo cooperativo, na sala de aula, ajuda ao entendimento dos estudantes em relação às normas e valores dos outros. Os pares têm o poder de influenciar e ajudar a manter comportamentos positivos e quando trabalham em contextos apropriados, podem, frequentemente, regular-se mutuamente em direcção a comportamentos mais saudáveis e mais positivos, tais como a abstinência ou adiamento das relações sexuais, o uso de preservativos, e a não utilização de drogas e de álcool.

Porém, a eficácia da educação das capacidades para a prevenção do VIH/sida está ligada a três factores: a abordagem dos estágios de desenvolvimento (físico, emocional e cognitivo) pelos quais os jovens passam e as capacidades de que necessitam à medida que se aproximam da idade adulta; os métodos académicos participativos e interactivos e a utilização de actividades de aprendizagem que sejam culturalmente relevantes e sensíveis ao género, dentro de um ambiente seguro e aberto.

Mas para que as mudanças de comportamento ocorram, os estudantes necessitam ter em primeiro lugar conhecimento suficiente e em segundo lugar capacidades para desenvolver atitudes que derivem desse conhecimento, no sentido de mover-se numa direcção que os leve a decisões positivas e saudáveis ao longo das suas vidas. Para isso as instituições de ensino superior deverão: promover uma educação promotora das capacidades que tenham como alvo, capacidades para a vida (negociação, firmeza, recusa, comunicação); capacidades cognitivas (resolução de problemas, pensamento crítico, tomada de decisões); capacidades de gestão (gestão do stresse, aumentar a

capacidade interna de controlo) e capacidades práticas (uso de preservativo) (Ashworth *et al.*, 1992; Ogletree *et al.*, 1995; Whitman, 2001).

Monitorização e avaliação

As questões que rodeiam a avaliação das intervenções no ensino superior de prevenção do VIH/sida só recentemente têm sido consideradas. No passado, estas questões ou não se colocavam ou eram consideradas menos importantes na missão dramática de travar a pandemia mundial. Hoje em dia, entende-se a necessidade de incluir a monitorização e a avaliação como parte integrante do planeamento de qualquer intervenção educacional para o VIH/sida.

O agente educativo que individualmente faz educação para a prevenção do VIH/sida no ensino superior deverá realizar a monitorização e avaliação que lhe permitirá medir os sucessos das instruções sobre o VIH/sida em contexto formativo. Podem também monitorizar o progresso quer em turmas individuais quer na instituição, em geral. Esta informação é valiosa na determinação da eficiência dos currículos actuais e do planeamento de melhores métodos de acção no futuro.

O resumo ou avaliação de resultados é sempre difícil em qualquer programa que esteja dirigido para a alteração de comportamentos e poderão ser precisos muitos anos para determinar o sucesso dos programas de educação para a saúde; para além disso, é quase impossível controlar algumas variáveis situacionais o que torna mais difícil a avaliação do nível de sucesso. A investigação actual indica, no entanto, que embora a monitorização e avaliação não constituam objectivos fáceis de atingir, nos estudos, estes devem constituir uma parte regular do desenvolvimento de qualquer intervenção cujo objectivo é proteger os estudantes de contraírem o VIH.

Os agentes educativos podem estimar o nível de sucesso na educação para o VIH/sida ao desenvolverem testes que comparem os comportamentos, capacidades, atitudes e conhecimento do mesmo aluno antes e depois do programa. Documentar as mudanças ocorridas é um procedimento fundamental para ajudar a determinar os programas que são mais eficazes e que devem ser usados no futuro. Este tipo de avaliação/estimativa ajuda a assegurar que os agentes educativos e as instituições de ensino superior saibam que os currículos que oferecem aos estudantes são administrados da forma mais eficaz, apropriada, actualizada e politicamente correcta que é possível, enquanto, ao mesmo tempo, respeita os valores comunitários no que respeita aos conteúdos educacionais. Este processo de avaliação pode verificar os seguintes tópicos relativos a um determinado currículo: a eficácia do currículo na abordagem das necessidades específicas dos

estudantes; a abrangência e qualidade das componentes dos currículos (princípios relativos às instruções, conhecimento funcional, atitudes sociais, envolvimento dos pais/grupo de pares/pessoa significativa, capacidades e duração); o grau de confiança entre o currículo e a sua aplicação e o impacto do currículo no conhecimento do estudante, nas suas atitudes e no seu comportamento.

Mas para que esse processo seja eficaz, terá de haver um conjunto de desenvolvimentos anteriores que passam por: planificar de forma a incluir as componentes da monitorização e da avaliação como parte integrante do seu programa de intervenção. Reter e analisar as questões e comentários colocados por colegas e estudantes em relação a acontecimentos especiais; desenvolver e administrar questionários de pré-testes e pós-testes após formação sobre o VIH/sida. Deverá depois, determinar o sucesso da acção comparando os pré-testes e pós-testes de cada estudante, avaliando assim os níveis de compreensão da matéria que foi abordada. Estes testes podem incluir afirmações relacionadas com a transmissão do VIH, testes de despistagem, comportamentos de risco, atitude para com pessoas que vivem com o VIH/sida, auto-susceptibilidade à infecção pelo VIH, uso de preservativos e a negociação ou recusa da relação sexual. Usar a informação oferecida pelos especialistas para determinar se os currículos oferecidos são eficazes e apropriados; transmitir as conclusões ao responsável pela instituição. Os dados obtidos pelos programas educacionais sobre a prevenção do VIH/sida são importantes para um maior desenvolvimento de actividades já existentes e futuras e para a defesa da causa (Israel, 1995; Kirby *et al.*, 1994; Popham, 1992).

Inverter o caminho da epidemia do VIH/sida, constituindo-se este num objectivo para o sector da educação, actuando em parceria com outros sectores (por exemplo, o sector da saúde). Para os professores que estão individualmente empenhados em ensinar sobre a prevenção do VIH/sida, esta é uma tarefa a longo prazo em que a recompensa pelo sucesso é o salvar de vidas.

Em Portugal e à semelhança de outros países, "não tem havido um programa de ataque organizado à SIDA, que permita determinar dados mais elaborados sobre a epidemia, e que permita compreender o fenómeno para além da evolução da doença já sobejamente constatada" (Barros, 2004, p.6). Acrescentamos ainda que, quanto aos números que apontam entre 20 a 40 mil infectados em Portugal (UNAIDS), a dimensão desse intervalo dá-nos bem a dimensão da nossa ignorância.

O termo agente educativo usado neste trabalho, não se refere exclusivamente a professores. Pelo contrário, a tarefa de educar os estudantes para a prevenção do VIH/sida pode ser eficazmente levada a cabo por profissionais de diversos sectores (como por exemplo

professores, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, estudantes de medicina, entre outros). É essencial que sejam tenham formação, uma boa capacidade comunicativa e o desejo de fazerem da prevenção do VIH/sida a sua tarefa primordial. De seguida apresentamos as estratégias propostas de prevenção do VIH/sida.

Reportando-nos à realidade nacional, em Portugal foi criado, o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida, para vigorar entre 2007 a 2010, tendo como quadro de referência as orientações que decorrem da Declaração do Milénio, da Declaração de compromisso sobre VIH/sida (sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, 2001), da Declaração de *Dublin* e da Declaração de *Vilnius*. Este documento foi elaborado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida no ano de 2006. Com ele assume-se o compromisso de combate a uma infecção que ameaça toda uma sociedade e é uma das maiores ameaças da sociedade moderna.

As Estratégias definidas neste Plano são: diminuir o risco de infecção (atrasar a expansão da epidemia). A primeira orientação estratégica reconhece que há comportamentos e situações individuais (riscos específicos) que aumentam a probabilidade de um indivíduo se infectar. A maioria das intervenções de luta contra o VIH/sida procura a diminuição do risco na população em geral e em cenários prioritários, de acordo com as fases de vida; diminuir a vulnerabilidade à infecção (reduzir o risco e o impacto). A segunda orientação estratégica considera as causas determinantes da infecção por VIH/sida. As condições exteriores aos indivíduos e às comunidades, geradoras de vulnerabilidade à doença, decorrem de factores de índole social e económico. O combate às desigualdades económicas e às daí resultantes, asseguram o direito à educação, ao emprego e à formação profissional que, por sua vez, reduzem o estigma associado à infecção e às situações que esta determina; diminuir o impacto da epidemia (diminui a vulnerabilidade). A terceira orientação estratégica reconhece que o impacto da epidemia em Portugal atinge primordialmente os adultos jovens (idade produtiva e reprodutiva). Para além do impacto directo nos indivíduos e suas famílias, a infecção compromete o desenvolvimento das comunidades, ao enfraquecer o sector da população que assegura a produção de riqueza e o equilíbrio demográfico. O esforço pela sobrevivência requer uma elevada e estruturada alocação de recursos no apoio a infectados e afectados, que será particularmente sentido no longo prazo.

As linhas que orientam as acções para que os objectivos do plano sejam alcançados, devem ser praticadas e implementadas a nível nacional, para que o programa chegue a todas as populações sem excepção e seja assim uma referência. As suas linhas de orientação na acção consistem em: conhecer a dinâmica e as determinantes da infecção; prevenir a transmissão da

infecção, sendo esta temática direccionada para as populações mais vulneráveis; generalizar o acesso precoce à detecção da infecção e à referenciação adequada; garantir o acesso ao tratamento de acordo com o estado da ART (Antiretroviral Treatment – tratamento antiretroviral); assegurar a continuidade dos cuidados e apoio social; reduzir o estigma e a discriminação; partilhar responsabilidades com as pessoas envolvidas no projecto; assegurar formação; fomentar a investigação e a cooperação e relações internacionais.

Metas

O programa apresenta ainda as metas a alcançar até ao seu término, distinguindo duas: a primeira relacionada com a diminuição da expressão da epidemia no país e a segunda, relativa ao contributo nacional para a diminuição da dimensão da pandemia a nível mundial. As metas terão portanto que resultar de um trabalho progressivo, sem com isso perverter a prossecução do programa ou fugir à responsabilidade de responder a desafios não medidos mas inequivocamente sentidos.

Desta forma e até 2010, pretende-se que o programa Nacional de prevenção e controlo da infecção VIH/sida consiga:

- a) Reduzir em Portugal o número de novas infecções por VIH, e diminuindo assim pelo menos em 25% o número de novos casos e de mortes por SIDA;
- b) Contribuir internacionalmente para a redução da transmissão do VIH e melhorar os cuidados e o apoio aos doentes com infecção por VIH ou com SIDA, através da ajuda pública ao desenvolvimento.

Implementação

A implementação do programa para ser eficaz deve passar por três componentes estratégicas, a saber: a participação das pessoas infectadas e afectadas o que é importante para conhecimento de experiências; a excelência dos cuidados obtida através da elaboração e adopção de normas e recomendações cuja implementação assentará em processos de formação regionalizados e que constituirão os padrões para avaliar a qualidade dos procedimentos instituídos; os processos de informação, educação e comunicação específicos para os grupos alvo. Uma componente de informação, educação e comunicação envolverá todo o programa, sendo dirigida particularmente às diferentes populações vulneráveis e centrando-se, na promoção dos

comportamentos seguros, nomeadamente não partilhar material de injeção e utilizar consistentemente o preservativo, bem como a promoção do teste.

Contudo já várias estratégias estiveram e continuam a ser implementadas no terreno. Tendo decorrido entretanto vários estudos com diferentes populações e objectivos distintos. Preocupámo-nos em ter a noção através da utilização de descritores relacionados com o nosso estudo qual o estado da arte em termos nacionais e internacionais.

4. Estudos nacionais e internacionais

Com a elaboração deste capítulo, pretendemos expor e analisar alguns estudos encontrados sobre a temática da nossa investigação, quando utilizámos como descritores a educação para a saúde e jovens adultos, no sentido de fundamentar por um lado e possibilitar futuras comparações por outro. Utilizamos a ordem cronológica, quer nos estudos nacionais, quer nos estudos internacionais, como estratégia para a sua apresentação.

Estudos Nacionais

Desenvolvimento de competências no âmbito da promoção dos comportamentos sexuais saudáveis e prevenção de VIH/sida/DST

O estudo realizado por Dias & Gonçalves, em 1998, na área geográfica da grande Lisboa, contou com a participação de grupos com uma média de doze formandos, sendo a maioria deles jovens, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos.

Foram criados grupos para o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção de comportamentos sexuais saudáveis e prevenção de DST/SIDA/VIH.

A criação destes grupos teve como finalidade a transmissão de informação o desenvolvimento de valores, a desmistificação de crenças e mitos, a definição de comportamentos de risco e a necessidade de adopção de comportamentos de prevenção, promovendo-se uma saúde sexual no seio da comunidade.

Com cada grupo foram realizadas dez sessões, com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos cada. Nas sessões foram trabalhados temas como sexualidade, planeamento familiar/métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção de VIH/sida e utilização de preservativo.

Todas estas sessões obedeceram a procedimentos comuns e realizaram-se em vários locais do bairro. Além disso, ao longo das sessões, foram utilizados vários questionários e foram avaliados os trabalhos executados nas diversas actividades propostas.

No início da actividade de grupo verificou-se que, quanto ao desempenho na utilização do preservativo, a maioria dos participantes não sabia usá-lo correctamente. Posteriormente, verificou-se que o trabalho desenvolvido contribuiu para a aquisição de conhecimentos importantes relativos a este tema.

Numa avaliação verbal os participantes salientaram terem apreciado muito as informações, recebidas que aumentaram os seus conhecimentos sobre os temas e gostaram que tenha sido promovido o diálogo na comunidade sobre a sexualidade.

As intervenções realizadas ao longo das sessões contribuíram para o aumento dos conhecimentos sobre SIDA/DST e suas formas de prevenção sensibilizaram os participantes para uma desmistificação de certas crenças em relação à sexualidade, contribuindo assim para o crescimento e desenvolvimento pessoal dos participantes.

Quanto a sugestões, a opinião manifestada pelos participantes foi de que estas sessões deveriam ter continuidade e ser enriquecidas com testemunhos reais nos debates.

Assim para que os níveis de conhecimentos nestas matérias se mantivessem elevados e outros aspectos relacionados com o tema fossem mais explorados, deveria haver formação contínua proporcionada por profissionais capacitados e com sólida experiência.

Conhecimentos, opiniões e comportamentos face à SIDA de uma população universitária

Este estudo foi realizado por Freitas, em 2002 e caracteriza-se por ser um estudo descritivo e transversal, com uma amostra da população universitária da universidade do Minho e da Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian. Os dados foram conseguidos através de um inquérito por questionário estruturado com perguntas fechadas e abertas.

A população era de 8829 indivíduos, inscritos nas duas instituições do ensino superior, no ano lectivo de 2002/2003 e a amostra constituída por 312 indivíduos.

O objectivo principal do estudo era identificar o nível de conhecimentos, fontes de informação, opiniões e comportamentos referidos pelos estudantes da Universidade do Minho, face ao VIH/sida.

Os resultados demonstraram que: relativamente à divulgação da informação sobre a SIDA, a grande maioria dos indivíduos consideram que deve ser feita pelos serviços de saúde (76.4%),

seguida dos grupos de jovens (61.8%), professores (45.1%) e por fim família (38.6). Verifica-se que a fonte de informação mais importante é a imprensa escrita e TV (media), seguida dos colegas, amigos e dos professores. Há diferenças no “nível de conhecimentos sobre a SIDA” entre indivíduos dos cursos da saúde e não saúde ($p=0,006$), sendo este mais alto nos primeiros. No meio universitário, 50.8% dos indivíduos consideram como “BOM” o seu nível de conhecimentos sobre SIDA. O nível de conhecimentos dos estudantes universitários sobre a SIDA é independente da idade, do sexo, da sua proveniência (meio rural ou urbano) e do ano curricular. São também independentes do nível de escolaridade dos pais, do nível socioeconómico da família, e do nível de conhecimentos reais nessa área, ainda que em todas estas hipóteses a análise estatística revele algumas diferenças.

Relativamente à percepção da vulnerabilidade perante a SIDA, cerca de 51% dos estudantes referiram estar “pouco” preocupados com o facto de poderem vir a ter SIDA.

No que respeita à dificuldade na utilização do preservativo na próxima relação sexual, 56.9% dos inquiridos responderam “nenhuma” ou “muito pequena”. Constata-se ainda que a dificuldade para impor o uso do preservativo é maior no estrato “não saúde” do que nos indivíduos do estrato “saúde”.

Ainda 63.4% considera que os seus conhecimentos sobre a SIDA condicionam uma alteração de comportamentos e práticas sexuais.

Constata-se ainda que os jovens universitários consideram que a divulgação da informação sobre a SIDA, deveria ser feita pelos serviços de saúde, seguida pelos grupos de jovens. Contudo, na realidade, a fonte de informação que aparece com maior peso são a imprensa escrita e a TV, seguida dos colegas. Estes dados reflectem a necessidade de uma maior intervenção dos serviços de saúde junto deste grupo.

No que respeita à percepção da vulnerabilidade perante a SIDA os resultados revelam uma baixa percepção da vulnerabilidade dos indivíduos.

As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/sida

Este estudo intitulado “Implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/sida” teve como investigadores Cláudio & Sousa e foi realizado na cidade de Lisboa no ano de 2003.

A finalidade consistia em delinear uma comparação entre as atitudes e crenças perante o VIH/sida, entre jovens do sexo masculino e feminino.

A amostra era composta por 1000 sujeitos, sendo 506 do sexo feminino e 494 do sexo masculino. Alguns frequentavam o ensino superior (63.2%), nomeadamente o Instituto Superior de Psicologia Aplicada e Instituto Superior Técnico, e outros o ensino secundário (36.8%) na Escola Secundária Gil Vicente.

Foi igualmente utilizado um questionário composto por questões de associação livre, questões abertas e questões fechadas.

Neste estudo os investigadores concluíram que a maioria dos sujeitos da amostra já tiveram a sua primeira relação sexual, tendo esta ocorrido em média aos 16 anos. Este facto vem reforçar a importância da prevenção junto dos jovens, quer dos que estão nas escolas quer dos que estão fora do contexto educativo.

Este estudo revela também diferenças significativas nas crenças e atitudes em relação ao VIH/sida, entre os dois grupos, o que leva a pensar em programas de prevenção diferenciados para ambos os sexos.

Os jovens da amostra deste estudo apresentam crenças que podem conduzir a comportamentos de risco em relação ao VIH, já que estes consideram a existência de grupos mais propensos à infecção.

É de referir também que a principal fonte de informação da amostra deste estudo é a comunicação social.

Comportamentos de estudantes aumentam risco de contágio do VIH

Este estudo foi realizado por Araújo (2004), nas Universidades Portuguesas, com uma amostra de 4693 universitários, com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos. Tinha como objectivo compreender se o comportamento dos estudantes aumentava o risco de contágio do VIH/sida.

As conclusões mostram que: 83.4% já tiveram relações sexuais, sendo que destes, 5.7% tiveram relações antes dos 15 anos e 18% com 5 ou mais parceiros; 98.7% sabem que o risco de transmissão do VIH é menor se usarem preservativo, no entanto 40% afirma que não o utilizaram na última relação sexual e 75.5% já tiveram aulas de informação e esclarecimento sobre a doença.

Estudo sobre a transmissão do vírus da SIDA entre os estudantes universitários

O estudo realizado pelos especialistas (Baptista *et al.*, 2005), abrangeu um total de 1018 estudantes universitários (411 do sexo masculino e 607 do sexo feminino) da região de Lisboa, com o objectivo de estudar os conhecimentos e comportamentos de risco na transmissão do VIH. A média de idade dos estudantes é de 24 anos.

Foram aplicados dois inquéritos: um para avaliar os conhecimentos sobre VIH/sida e outro para avaliar os comportamentos de risco.

No questionário de avaliação dos conhecimentos do VIH/sida, apenas 2.9% dos rapazes e 3.5% das raparigas responderam correctamente a todas as perguntas.

No questionário de avaliação dos comportamentos de risco apenas 16 participantes (4.9%) do sexo masculino e 46 do sexo feminino (7.6%), confirmaram não ter comportamentos de risco.

Os resultados mostraram que, apesar do conhecimento sobre o modo de transmissão do vírus ser relativamente elevado (sem diferenças entre os sexos), os comportamentos de risco mantêm-se elevados (mais no sexo masculino, que no sexo feminino). A relação encontrada entre o conhecimento e o comportamento foi baixa, sendo esta nula nos homens e positiva nas mulheres.

Índices de comportamento de risco elevados, estão associados a níveis mais elevados de conhecimentos, o que indica que quem opta por comportamentos de risco sabe o que está a fazer e por outro lado a informação não tem na prática as implicações que se esperavam.

Verifica-se ainda um maior índice de comportamentos de risco no sexo masculino, o que significa que os principais vectores de transmissão VIH/sida (como a actividade sexual desprotegida e o consumo de drogas) são praticados por jovens sobretudo do sexo masculino. Paralelamente existem estudos internacionais a revelar que são os homens (mais do que as mulheres) a infectar os parceiros sexuais com o vírus do VIH.

Apesar de alguma contradição nestes resultados para os autores, os comportamentos de risco em conjunto com a sua informação devem continuar a ser um tema de intervenção, quer por parte dos técnicos, quer por parte dos professores. Além disso os conhecimentos e comportamentos de risco, em Portugal, necessitam de uma maior intervenção.

Contudo corroboramos a opinião de Baptista (2005), quando afirma que não bastam campanhas como as que têm sido feitas a nível nacional, mas é necessária a elaboração de programas educativos, dirigidos mais para grupos pequenos, com informação específica para cada grupo a que se dirige.

Tendo em conta as limitações metodológicas referidas no estudo, verifica-se que a amostra do mesmo tem uma discrepância, entre o sexo feminino (607) e o sexo masculino (411) de 196, o que pode pôr em causa os resultados, bem como a sua extrapolação.

Estes dados remetem-nos para a necessidade de uma nova abordagem do tema, com a construção de novas intervenções na sociedade e com a mudança de estratégias de sensibilização; passa por mudar o público-alvo, ou seja a formação tem que começar em idades mais precoces, para que haja uma verdadeira interiorização da importância de assumir comportamentos seguros face ao sexo.

Os adolescentes e o VIH/sida: estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao VIH/sida

A investigação foi desenvolvida por Almeida *et al.* em 2005, durante um período de três meses, com a avaliação dos conhecimentos, atitudes e comportamentos de 826 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos que frequentavam o 10º, 11º e 12º anos das Escolas Secundárias de Oliveira Frades e de Vouzela, que se encontram inseridas em meio não urbano, e a Escola Secundária Emídio Navarro de Viseu em meio urbano. Colocou-se como hipótese que: “Há diferenças estatisticamente significativas entre os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre VIH/sida dos adolescentes que frequentam a escola inserida em meio não urbano e os daqueles que frequentam a escola inserida em meio urbano”.

Dos 826 adolescentes, 55% frequentava a escola inserida em meio urbano e 45% frequentava as escolas inseridas em meio não urbano. A idade média dos adolescentes era de 16,5 anos, sendo 58% do sexo feminino. O número de inquiridos por ano de escolaridade variou entre 39% para o 11º, 39% para o 10º e 22% para o 12º ano.

Sobre a percepção da SIDA como ameaça grave, 34% achavam que é muito possível que tal venha a acontecer, 6% considerava ser pouco possível e 1% manifestou ter dificuldade em prever o que pudesse vir a passar-se nesta matéria.

Relativamente à percepção da vulnerabilidade individual à SIDA, 37% referem estar mesmo muito preocupados 33% um tanto preocupados.

Relativamente à transmissão da SIDA via sexual, 81% afirma que existe essa hipótese no caso de haver relações sexuais com pessoa infectada, 73% através das relações sexuais; 66% através de seringas usadas por outros, e nos hospitais, 64% por transfusão de sangue e 62%, através de lâminas/elementos cortantes.

Sobre os riscos de contágio da SIDA, 81% aponta as relações sexuais com pessoas infectadas e apenas 1% considera que tal situação não representa nenhum perigo. 78%, reconhece que é muito perigosa a utilização de seringas já utilizadas por outros, 1% considera que tal situação não representa nenhum perigo.

Relativamente à adopção de comportamentos preventivos, 53% dos adolescentes fazem-no, 42% não. 35% dos inquiridos deram a conhecer terem mudado hábitos e comportamentos sexuais por causa da SIDA.

Pode concluir-se acerca da mudança de hábitos sexuais que 59% não os alterou pelo facto de existir a doença da SIDA e 35% deram conta explicitamente de os terem mudado.

Analisando a atitude face ao grau de segurança do preservativo, verificamos que 28% dos inquiridos o consideram muito seguro, 65% julgam-no relativamente seguro e 6% dos inquiridos consideram-no pouco seguro.

Sobre a atitude face ao uso do preservativo nas relações ocasionais, 95% diz que quem tem relações com parceiros diferentes deve preocupar-se em usar preservativo em qualquer circunstância, 4% referem preocupar-se em usá-lo quando suspeitam de infecção.

Este estudo mostra que os conhecimentos dos adolescentes sobre as formas de transmissão da SIDA não são elevados, não havendo mesmo nenhum adolescente que apresente conhecimentos profundos. Os conhecimentos sobre as formas de transmissão da SIDA são independentes do meio em que os adolescentes estão inseridos. A generalidade dos adolescentes apresenta conhecimentos modestos sobre os riscos de contágio da SIDA e alguns nem apresentam qualquer conhecimento.

A grande maioria dos adolescentes afirma ter alterado os seus comportamentos sexuais face ao VIH/sida; contudo, muitos deles adoptou comportamentos de risco.

Face aos resultados observados, é urgente uma maior contribuição de todos na prevenção da SIDA, proporcionando uma informação adequada e persistente, que permita aos adolescentes optar por estilos de vida mais saudáveis.

Estudos internacionais Impacto de um curso universitário de SIDA nos conhecimentos e atitudes: educação interdisciplinar como intervenção de saúde pública

O aparecimento e a disseminação do VIH têm levantado muitas questões sociais, étnicas e clínicas.

Este estudo foi realizado por Strauss *et al.*, (1989), em São Francisco, nos Estados Unidos da América. O estudo baseia-se num curso universitário que fornece informação detalhada sobre a infecção pelo VIH. Este curso foi leccionado por dentistas, médicos, enfermeiros e farmacêuticos. O método utilizado neste estudo foi a comparação das respostas a um teste, aplicado aos estudantes antes do curso e as respostas ao mesmo teste mas aplicado depois do curso com a base de dados nacionais (EUA) sendo a amostra deste de 2194. A amostra para o pré-teste foi de 339 estudantes entre os 18 e os 29 anos, sendo a amostra do pós-teste de 245. Foi feita uma comparação de médias das respostas ao pré-teste e das respostas ao pós-teste, utilizando o teste *t* e o qui-quadrado. Através deste estudo pôde perceber-se que após o contacto com a lista de comportamentos de risco, 6% dos estudantes identificaram-se como estando no grupo de risco e no fim do curso mais 3% incluíram-se no grupo de pessoas que têm comportamentos de risco. Após o curso houve ainda uma diminuição significativa da percentagem de estudantes que defendem que médicos (-13.7%) e enfermeiros (-13.5%) têm o direito de recusar tratar pessoas com VIH. Além disso, verificou-se ainda uma diminuição da percentagem de estudantes com falsas crenças sobre o VIH/sida, como por exemplo os meios de contágio serem a troca de saliva (- 11%) ou ser picado por insectos (-6%).

Este estudo demonstra que o curso ajudou à mudança de mentalidades e atitudes e aumentou a compreensão e tolerância dos estudantes perante indivíduos seropositivos. Por outro lado, demonstra que não basta apresentar os dados aos estudantes pois, como pudemos ver, após serem confrontados com uma lista de comportamentos de risco, 6% dos estudantes incluíram-se nesse grupo, embora alguns deles só após o curso perceberam que também estavam incluídos nesse mesmo grupo. Este projecto indica ainda que houve mudanças significativas nos conhecimentos e atitudes dos estudantes após o curso, donde se conclui que mais deveria ser investido na acção de prevenção e educação dos estudantes e das comunidades. Por outro lado o facto deste estudo ter sido restrito a esta faixa etária (18 a 29 anos), num universo de características muito específicas como é o ensino superior, deixa dúvidas quanto à possível aplicação do método em comunidades heterogêneas como são as do séc. XXI. Ao compararmos os estudantes deste curso, mesmo antes de realizarem o mesmo, com a base de dados do país, notam-se grandes diferenças ao nível da informação.

Por fim, não podemos esquecer que este estudo tem quase vinte anos e que as crenças e atitudes em relação ao VIH/sida já se alteraram bastante, principalmente devido á informação veiculada. Todavia a conclusão principal deste estudo é intemporal: a Educação para a Saúde de

carácter interdisciplinar, de forma organizada e num determinado espaço de tempo, é eficaz e importante para a mudança de comportamentos e atitudes.

Diferença na prevenção da SIDA entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo

Este estudo cujo título original é “Diferença na Prevenção de VIH Entre Homens e Mulheres Jovens de Escolas Públicas em São Paulo”, foi realizado por Antunes *et al.* no município de São Paulo em 1994.

Trata-se de um estudo longitudinal de intervenção, em quatro escolas da região central do Município de São Paulo, SP, divididas aleatoriamente em dois grupos: intervenção e controle.

O objectivo deste estudo consistia em estudar as práticas sexuais de risco para a infecção pelo VIH de estudantes adultos jovens (18 a 25 anos) de escolas públicas nocturnas e avaliar as diferenças de género e o impacto de um programa de prevenção de VIH/sida (“Oficinas de Sexo Mais Seguro”).

Uma amostra de 394 estudantes participou no estudo, e 77% da amostra completaram o questionário pós-intervenção. Após a aplicação do questionário, realizaram-se “Oficinas de Sexo Mais Seguro” para discutir o simbolismo da SIDA, a percepção de risco, influências das normas do género, nas atitudes, informações sobre SIDA, corpo erótico e reprodutivo, prazer sexual e negociação do uso do preservativo.

Foi utilizado desenho experimental com grupo-controle e grupo de intervenção, com uma medida pré-intervenção e duas medidas pós-intervenção baseadas no Modelo de Redução de Risco em VIH/sida.

Foram feitas três aplicações de um mesmo questionário, com um intervalo de aproximadamente seis meses entre cada uma.

O questionário colocava questões baseadas no Modelo de Redução de Risco em VIH/sida, e outros itens desenvolvidos para medir a adesão às normas tradicionais para os géneros como: dados sócio-demográficos, práticas sexuais, capacidade de negociação, percepção de auto-eficácia, capacidade de comunicação sobre sexo e SIDA, adesão às normas de género (concordância com afirmações sobre normas tradicionais dos papéis masculinos e femininos, responsabilidade sobre o cuidado dos filhos, sustento da casa, diferenças de poder implícitas na relação sexual e na negociação do sexo seguro).

Neste estudo verificou-se que o uso consistente do preservativo foi baixo (33%); houve também diferenças significativas referentes à sexualidade e à prevenção de VIH/sida, entre os homens e as mulheres. Após a intervenção, ocorreram mudanças significativas principalmente em relação às mulheres, que relataram uma maior adesão ao sexo seguro entre outros aspectos relacionados com prevenção de VIH/sida. Contudo, em relação aos homens, as mudanças não foram significativas.

Uma outra conclusão que se pode tirar é que o risco de transmissão do VIH/sida pode ser diminuído se forem tidas em conta as diferenças de género e dos seus respectivos papéis sexuais através dos programas de prevenção, uma vez que a percepção sobre vários aspectos desta temática é diferente consoante o sexo.

Este estudo confirma a ideia de que mudar as práticas sexuais é uma tarefa mais complexa do que se pensava no início da epidemia da SIDA.

As abordagens que realçam a necessidade de estimular os indivíduos a tornarem-se agentes responsáveis na sua vida sexual, por meio de actividades em grupos reduzidos, parecem promissoras, comparadas com programas que se limitam à distribuição de informação em palestras e vídeos.

Factores que influenciam o contágio do VIH/sida entre estudantes da Universidade do Botswana

Um outro estudo, com o título de "Factors That Influence the Spread of VIH/AIDS Among Students of the University of Botswana" foi realizado por Seloilwe, em 1999 e teve como objectivo conhecer o que os estudantes do Botswana consideravam ser os factores que mais contribuíam para o contágio do VIH/AIDS.

Para a sua concretização foi obtida uma amostra aleatória, estratificada, por anos de escolaridade. As técnicas de amostragem foram aplicadas em 1999 e repetidas em 2002. Nesta amostra, a focagem do estudo foi primeiro categorizar os estudantes em vários grupos afim de criar depois programas de intervenção destinados a esses mesmos grupos. Os resultados presentes neste estudo dizem respeito à amostra inicial de 1999.

A Universidade do Botswana tem seis anos de escolaridade. Em cada nível, a amostra foi executada proporcionalmente ao tamanho da turma.

Era requerida uma grande amostra para conseguir perceber as dinâmicas de padrões de comportamento, por isso os investigadores decidiram duplicar o tamanho da amostra para aumentar o nível de confiança. Um total de 1374 estudantes respondeu ao questionário.

A análise deste estudo demonstra que os resultados indicam vários factores que contribuem para o contágio do VIH/sida. Para estes estudantes, o abuso de álcool e drogas foram referidos como sendo os factores que mais contribuem para o contágio do VIH/sida. No entanto, de acordo com a OMS (2008), os factores que mais contribuem para o contágio são o sexo desprotegido e a partilha de seringas. É pois importante que o controlo do contágio se faça através dos comportamentos de risco. Logo são necessários mais programas para educar as pessoas no que diz respeito aos comportamentos de alto-risco.

Medidas preventivas contra a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área da saúde

Gir *et al.*, em 1999, em Ribeirão Preto, desenvolveram um estudo com o objectivo de identificar os conhecimentos adquiridos por universitários da área da saúde (Enfermagem, Odontologia e Farmácia), acerca da contaminação pelo VIH e outras doenças sexualmente transmissíveis, identificando eventuais diferenças significativas entre as citações, tendo em conta o sexo dos sujeitos.

A amostra foi constituída por 182 sujeitos (número que corresponde a 15.37% do total de universitários das áreas atrás referidas e do Campus de Ribeirão Preto em estudo), sendo 110 do sexo feminino e 72 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 17 e 34 anos.

As medidas preventivas contra a AIDS e DST, citadas pela maioria dos estudantes universitários de ambos os sexos, enquadram-se dentro das medidas importantes para o seu autocuidado, enquanto pessoas e enquanto prestadores de cuidados de saúde. As medidas preventivas mais citadas foram: o “uso de preservativo”, “reduzir o número de parceiros”, “ter parceiro fixo”, fazer uso individual de seringas e agulhas descartáveis ou esterilizadas”.

Após a análise feita tendo em conta as citações mais frequentes, torna-se preocupante, uma vez que a maioria revela conhecimentos precários.

Outro aspecto também importante a realçar prende-se com o facto da amostra ser constituída por universitários da área da saúde. De facto os resultados não mostram que estes tenham uma grande preocupação com os riscos profissionais de contaminação, uma vez que as medidas que foram citadas são em número reduzido, sendo elas “ter cuidado com o manuseio de

sangue, hemoderivados e secreções”, “usar luvas, máscara, gorro, óculos”, “ter cuidado com o manuseio de material cortante” e “ter cuidado com os acidentes de laboratório”.

Relativamente ao segundo objectivo - “identificar as diferenças entre os itens mencionados segundo o sexo” - verificou-se, através do teste qui-quadrado, que tanto em relação à AIDS como às DST's não houve diferenças estatisticamente significativas (AIDS $p=0,71$ e DST $p=0,18$), o que levou à conclusão de que há conhecimentos semelhantes entre os sujeitos de ambos os sexos. Além disso verificou-se ainda que quanto maior era o nível de instrução dos indivíduos, em relação à AIDS, menor era o cuidado em relação à sua auto-protecção.

A análise sumária destes resultados (considerando-se a amostra em questão) leva-nos a inferir que há necessidade de formar os futuros profissionais de saúde, para que no futuro evitem os preconceitos e tornem as suas práticas adequadas.

Não obstante as conclusões expostas dos estudos e não pondo em causa a sua veracidade e o seu carácter científico, é de realçar o facto de que apenas 15.37% do total dos universitários foram inquiridos, o que não corresponde a uma “amostra significativa” da população, podendo-se questionar o alargamento dos resultados obtidos.

Prevenção da SIDA entre estudantes universitários: existe influência dos pares?

Gil & Temporini (2000) realizaram um estudo transversal analítico, com o objectivo de verificar percepções dos estudantes de São Paulo acerca de comportamentos de risco assumidos pelos seus pares, grau de risco dos colegas de contrair SIDA, sua competência para usar preservativo e situações em que aceitam a influência de seus pares na prevenção da SIDA.

Foi elaborado um questionário auto-aplicável, após estudo exploratório. A amostra foi constituída por 1039 estudantes universitários, solteiros, de instituições particulares de ensino da Região da Grande São Paulo, obtida por critério de conveniência. Apresentou as seguintes características: 495 homens (47.6%) e 544 mulheres (52.4%); com idades compreendidas entre 17 e 38 anos, sendo a média de 21,7 anos para o sexo masculino e 20,2 anos para o sexo feminino.

Em relação a comportamentos de risco assumidos por colegas, 56.2% dos homens e 56.4% das mulheres referem uso de preservativo. Sexo com muitos parceiros foi admitido por 12.2% dos homens e 5.7% das mulheres. Quanto ao próprio risco de contrair SIDA, foi baixo o grau de percepção e menos acentuado entre as mulheres.

Apesar de reconhecerem o uso de preservativo pelos pares a fim de evitar a SIDA, parece haver alguma incoerência nas percepções próprias acerca dos riscos de contrair SIDA, e nas dos colegas.

Os estudantes foram solicitados a revelar a percepção tida em relação a possíveis comportamentos de risco do colega com quem mais se relaciona: sexo sem preservativo, sexo com muitos parceiros, sexo com pessoas que têm muitos parceiros e uso de drogas injectáveis.

A percepção acerca do comportamento de risco dos colegas varia em função do sexo. Nota-se, porém, que essa percepção é bastante influenciada pelos padrões reconhecidos como socialmente mais adequados. Em relação às mulheres 75.9% admitem que as suas colegas nunca adoptam esse comportamento, contra apenas 41.2% dos rapazes. Também a percepção acerca da prática do sexo com pessoas que apresentam muitos parceiros é diversa entre raparigas (75.9%) e rapazes (49.6%). Já em relação ao uso de drogas injectáveis, que é recriminado, independentemente do sexo, as percepções são bastante semelhantes: 98.9% das raparigas e 96.1% dos rapazes admitem que seus pares nunca adoptam esse comportamento.

Na percepção desses estudantes, os colegas apresentam comportamento de risco em relação ao uso de preservativo, visto que, mais de metade afirma que eles ou elas praticam o sexo sem o mesmo, sempre ou pelo menos ocasionalmente. As percepções acerca da prática do sexo com muitos parceiros ou com pessoas que têm muitos parceiros indicam comportamento de menor risco, embora os resultados indiquem, também, que os pares devam manter esses comportamentos não regularmente.

É interessante notar as diferenças de percepção, considerando a variável sexo. Em relação à prática do sexo com preservativo e o uso de drogas injectáveis, as percepções são muito semelhantes. No que se refere ao sexo com muitos parceiros e com pessoas que têm muitos parceiros sexuais, as raparigas tendem a admitir que suas colegas envolvem-se menos em situações de risco.

Essas diferenças de percepção explicam-se, possivelmente, por diferenças de conduta que a sociedade brasileira estabelece para os sexos, já que, tradicionalmente, confere-se maior liberdade ao homem do que à mulher no que se refere ao número de parceiros.

A percepção acerca do consumo de drogas injectáveis pelos colegas é bastante favorável, pois grande maioria admite que seus colegas não fazem uso delas. Cabe considerar, entretanto, que, de todos os comportamentos considerados, este é o que apresenta maior conotação anti-social, já que admite inclusive a possibilidade de sanções penais.

A percepção do risco a que os colegas estão submetidos em relação à SIDA distribui-se numa proporção relativamente reduzida de estudantes (11.1% dos homens e 7.6% das mulheres) que admite que os seus colegas correm alto risco ou muito alto de contrair SIDA. O risco percebido situa-se entre os graus baixo e médio para os rapazes (2.28), enquanto que para as raparigas é menor (1.89).

Os dados referentes à percepção de risco dos pares mostram como o risco de contrair SIDA parece ser pequeno, quando se trata de considerar o grupo social mais próximo. Isso indica, não apenas que a SIDA é entendida como “doença dos outros”, mas sobretudo como de “outros que estão distantes”. Resultados semelhantes foram obtidos em pesquisas realizadas, no Brasil, com populações diversas, como estudantes do 2º grau e universitários. A maioria dos estudantes de ambos os sexos acredita que seus colegas sabem usar preservativo e conseguem convencer o parceiro a usá-lo, embora um número expressivo de estudantes tenha declarado desconhecimento.

Por outro lado, os estudantes informam serem influenciados pelos colegas quanto à conduta preventiva em relação à SIDA. O que mostra bastante coerência com as teorias que realçam a importância dos factores de natureza social, tanto para o conhecimento quanto para o desenvolvimento de acções preventivas de saúde. Ao adoptarem comportamentos específicos, esses estudantes são influenciados por grupos de referência. Fazendo o que os colegas fazem ou pensando como eles, sentem-se aprovados socialmente, pelo menos em relação ao grupo social com que mais se identificam, que é o de seus colegas. Assim, se esses colegas adoptam comportamentos de risco ou manifestam atitudes que os predispõem a adoptá-los, tendem igualmente a adoptá-los.

No que se refere a ouvir o que dizem, respeitar as opiniões e discutir o assunto, a grande maioria respondeu “sempre”. Já no que se refere a fazer o que sugerem e fazem, a maioria respondeu “às vezes”. Note-se, ainda, que as raparigas declararam, com maior frequência que a dos rapazes, respeitar a opinião dos colegas; no entanto, com frequência menor, declararam fazer o que as demais fazem. A grande quantidade de respostas afirmando nunca fazerem o que os colegas fazem pode ser entendida como nível de confiança que os estudantes têm em relação à sua conduta preventiva ou à necessidade de auto-afirmação, característica deste grupo etário. À medida que admitem ser baixo o risco dos colegas contraírem SIDA e não fazerem o que eles fazem o seu risco pessoal tende a ser menor. Por outro lado, também parece razoável admitir que, ao afirmarem não fazer o que os colegas sugerem ou fazem, estão procurando afirmar a sua independência, o que constitui importante valor na cultura juvenil.

A influência dos pares em conduta de risco requer aprofundamento. As teorias a esse respeito são limitadas nos seus objectivos e apresentam fracas evidências empíricas. No entanto, os resultados deste estudo, associados a outros, tais como os citados, permitem sugerir que programas de prevenção da SIDA entre jovens deverão incluir estratégias de preparação de lideranças para participarem das actividades de orientação dos seus pares. Essa forma de aproximação poderá contribuir para a diminuição da exposição ao risco de contrair o VIH.

Grau de conhecimento e comportamento de universitários gaúchos em relação à VIH/Aids

Estudos realizados também no Brasil em 2001 abrangendo uma amostra de 670 pessoas com idades compreendidas entre os 17 e os 38 anos a frequentar a universidade no estado de Rio Grande do Sul. Os autores do estudo são Piccoli *et al.* A hipótese colocada nesta investigação consistia em “Verificar, num grupo de universitários, o grau de conhecimento das formas de contágio de comportamento VIH/sida frente à situação de risco de contágio pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)”.

A maioria dos estudantes conhece as principais vantagens do uso do preservativo, sendo que sexo seguro foi citado por 96.7% e anticoncepcional por 89.2% dos alunos, sem haver diferenças no índice de respostas relativamente ao sexo.

Dos seiscentos e sessenta e seis alunos que responderam à questão de “sexo não seguro com parceiro desconhecido”, 76.6% disseram que não manteriam essa relação sexual, contudo, 155 alunos não excluíram esta possibilidade. Destes, 139 eram do sexo masculino (89.7%) e 16 do sexo feminino (10.3%), $p < 0,001$. Em hipótese o sexo masculino apresentou 12,7 vezes maior probabilidade do que o sexo feminino de ter sexo inseguro (RC=12,7, IC.95%= 7,1-22,8).

Os alunos apresentam um risco 4,9 vezes maior do que as alunas de se exporem à situação de sexo não seguro (RC = 4,9, IC 95% = 3,5-7,0).

Ao serem questionados sobre “se o risco de contágio pelo VIH é o mesmo em uma relação sexual com alguém com SIDA ou com alguém apenas portador do vírus VIH”, a maioria dos alunos, 71.3%, respondeu, correctamente, que o risco é o mesmo. Entretanto 11.3% responderam que o risco não é o mesmo e 17.4% apresentou incertezas na resposta.

Assim a maioria dos alunos possuía informações correctas sobre as formas de contágio; havia maior desinformação de risco real no que diz respeito à tatuagens, conhecido apenas por 58.8% dos alunos.

Vários alunos, entretanto, assinalaram como sendo fonte de contaminação opções erradas, como doação de sangue que foi indicada por 54.2%; o beijo por 5.7%; o contacto social com uma pessoa VIH positiva por 1.6% e a utilização de casas de banho públicas por 1.2%.

Somente 127 alunos (18.9%) marcaram hipóteses correctas de contaminação do VIH, sendo que 57 (44.9%) eram do sexo masculino e 70 (55.1%) eram do sexo feminino, $p = 0.09$.

Este estudo retrata o quadro de conhecimentos sobre a docença destes estudantes universitários que, embora tendo investido numa formação académica superior, denotam possuir algumas lacunas na informação sobre o VIH/sida.

Estes resultados reforçam também a ideia de que é necessário um maior investimento na formação dos jovens, pois a informação que possuem muitas vezes é errada e deficiente. É importante adquirir conhecimentos sobre a infecção do VIH/sida para que se impulsione a mudança de comportamentos.

Testemunhos sexuais de mulheres: uma análise longitudinal de participantes numa intervenção/ prevenção de um género específico VIH/sida

Este estudo foi realizado na cidade de Nova Iorque, Estados Unidos da América por Dworkin, *et al.* (2005). O título original era "Sexual Scripts of Women: A Longitudinal Analysis of Participants in a Gender-Specific VIH/STD Prevention Intervention". A população que integrou este estudo é composta por mulheres heterossexuais activas numa área de prevalência de VIH. A amostra era constituída por 360 mulheres que estavam inscritas numa clínica em Brooklyn, "Planned Parenthood" com idades entre os 18 e os 30 anos e com prática de actividade heterossexual no ano anterior. Para fazer parte desta amostra, as mulheres tinham ainda de ser:

- a) VIH-negativas ou não ter conhecimento do seu estado serológico;
- b) Não ter história de transfusão sanguínea entre os anos de 1980 e 1985;
- c) Não podiam estar grávidas ou estar a planear ficar grávidas;
- d) Além disso, não podiam ter história de uso de drogas endovenosas no ano anterior e tinham de estar à vontade com a língua inglesa falada.

As mulheres seleccionadas foram aleatoriamente distribuídas por três grupos: um grupo recebeu 8 sessões de intervenção, outro recebeu 4 sessões de intervenção e o último não recebeu nenhuma sessão (grupo de controlo). Para o estudo, foram seleccionadas 15 mulheres de cada grupo que foram entrevistadas antes do início das intervenções e durante um ano de follow-up, sendo comparados os dados das entrevistas um, seis e doze meses após as intervenções. Ao longo

deste estudo, os investigadores perceberam uma grande similaridade de respostas entre os grupos sujeitos a intervenção, pelo que, para efeitos de comparação, passaram a ser um só grupo.

Neste estudo foram analisados os domínios: iniciação sexual; actividade sexual; tomada de decisão sexual; comunicação sobre as necessidades sexuais; resposta à pergunta: “o preservativo estraga o sexo?” e tempo de introdução do tema preservativo durante o encontro amoroso.

Um ano após as intervenções (tanto entre os grupos de controlo como no grupo experimental) os resultados mostraram modificações nos domínios da iniciação sexual e tomada de decisão sexual porém, a alteração de comportamentos que gostaríamos de salientar foi a da resposta à pergunta: “o preservativo estraga o sexo?” e o tempo de introdução do preservativo durante o encontro amoroso. Podemos perceber que de acordo com este estudo, o grupo de controlo, ou seja, o que não foi sujeito às sessões de entrevista, modificou de forma mais evidente o seu comportamento. A percentagem de mulheres que considerava que o preservativo estragava o sexo, no grupo de controlo, passou de 7% para 0%, enquanto a percentagem do grupo experimental que alterou a forma de pensar sobre este assunto foi 3%. Por outro lado, a percentagem do grupo de controlo que respondeu que o preservativo não estraga o sexo passou de 93% para 100%. No grupo experimental a alteração foi de apenas 3%. Tanto no grupo experimental como no de controlo, os resultados também mostraram que os participantes da prova passaram de uma tardia introdução do tema preservativo para a introdução do mesmo aquando do encontro. Neste ponto podemos perceber que, mais uma vez, houve uma maior alteração de comportamento no grupo de controlo, onde 38% das mulheres deixaram de introduzir o tema preservativo apenas imediatamente antes da penetração, para passar a fazê-lo antes dos estímulos sexuais preliminares ou muito antes de começar a relação sexual. Por outro lado, no grupo experimental, apenas se verificou a mesma mudança em 23% da amostra.

As mudanças nos testemunhos sexuais após um ano de acompanhamento ocorrem em ambos os grupos e é provavelmente reflexo da medida em que a morosa entrevista de avaliação torna mais confortável a discussão de novos comportamentos sexuais, até para participantes do grupo de controlo que não foram alvos de intervenção. Por outro lado pode dizer-se que este tipo de intervenção, *workshops* ou oficinas, apesar de eficazes para a mudança de comportamentos, não se revela um meio de intervenção de eleição, uma vez que o grupo de controlo, não sujeito à intervenção prolongada, apresentou alterações de comportamento e atitude mais efectiva. Contudo, os dados não nos permitem dizer se foi o tipo de intervenção ou o conteúdo que condicionou os resultados e, desta forma não podemos extrapolar conclusões baseadas apenas nesta realidade.

Percepção dos estudantes universitários não participantes em acções de prevenção do VIH/sida no Botswana

Este estudo foi realizado no Botswana, em 2006, por Sabone, sendo o título original "Perceptions of undergraduate students not participating in VIH/AIDS prevention activities in Botswana". Este relatório faz parte dos estudos conduzidos por uma universidade para avaliar a eficácia de uma iniciativa de prevenção de VIH/sida posta em prática e apontada para alterar os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos estudantes. Para o estudo entrevistaram-se quatro grupos, sendo que os dados relatados neste estudo são os resultantes do grupo de estudantes que não tinham tirado o curso nem frequentavam o Centro de Bem-Estar e, conseqüentemente, não fizeram o Curso de VIH/sida fornecido pelo mesmo.

A amostra era de 19 estudantes divididos em dois grupos: um grupo com 1 indivíduo do sexo feminino e 6 indivíduos do sexo masculino e outro grupo com 3 indivíduos do sexo feminino e 9 indivíduos do sexo masculino com idades compreendidas entre os 19 e os 24 anos sendo a média de idade de 21,5 anos.

Os participantes relataram os seguintes problemas que na sua óptica contribuíam para o insucesso dos programas de prevenção do VIH: problemas com a mensagem ABC: Abstinência, ser fiel (*Be faithful*) e uso do preservativo (condomize); recintos universitários permissivos; falta de entretenimento; percepções dos estudantes sobre o VIH/sida e a sua própria vulnerabilidade.

Quanto aos problemas com a mensagem ABC, o estudo concluiu que, em relação à abstinência sexual, apesar dos estudantes reconhecerem que pode ser uma boa forma de prevenção da transmissão do VIH/sida, este não é um método realista pois encontram-se numa fase de desenvolvimento na qual é difícil suprimir a sua actividade sexual. No que diz respeito ao "ser fiel", os estudantes admitiram que, tal como a abstinência, é uma forma eficaz de prevenção da transmissão do vírus, porém é algo que é difícil de pôr em prática, devido ao ambiente universitário que os confronta com pressões dos pares. Quanto ao uso do preservativo masculino este é bastante diminuto entre estes estudantes e o número de situações de gravidez é elevado. As razões enunciadas pelos mesmos para este facto são: a tomada de decisões relacionadas com o sexo serem predominantemente assumidas pelo homem e, por vezes, a mulher nem sequer sabe se o parceiro usou ou não o preservativo; estudantes a sair com homens mais velhos, externos à universidade, e serem incitadas a passear em carros caros, em troca de sexo desprotegido; discordância dos parceiros sobre quem retiraria o preservativo depois da relação sexual. Os homens não se sentiam confortáveis em ter que tocar nos fluidos da mulher, nem as mulheres se

sentiam confortáveis em tocar na genitália do parceiro. Desta forma muitos optam por não usar o preservativo; o uso do preservativo era mais comum nas relações sexuais casuais quando os parceiros ainda não haviam desenvolvido confiança mútua e os mitos relacionados com o preservativo como por exemplo, a alta taxa de insucesso, proibições religiosas e ainda a ocorrência de alergias.

Muitos estudantes referem-se também ao facto de o ambiente universitário representar “liberdade”, principalmente para os oriundos dos meios rurais que não tinham liberdade para falar com os pais de assuntos relacionados com sexo. Outros estudantes indicam como causas o facto do campus universitário oferecer pouco entretenimento, levando muitos deles a passar o tempo a consumir álcool e a ter relações sexuais desprotegidas. Muitos dos participantes do estudo sugeriam um incremento de actividades, sendo estas mais restritas aos universitários.

Relativamente às percepções dos estudantes sobre o VIH/sida e da sua própria vulnerabilidade pode perceber-se que não vêem o VIH/sida como um problema deles, mas sim como dos outros, uma vez que nunca viram nenhum familiar ou pessoa próxima morrer com essa doença. Por outro lado, muitos referiram que o receio de uma falha na confidencialidade faça com que não queiram realizar o teste do VIH. Além disso, um resultado negativo no teste, em vez de fazer com que o estudante adoptasse atitudes responsáveis, tornava-se um indicador de que poderiam continuar a ter relações sexuais desprotegidas.

Em conclusão, este estudo mostrou que a mensagem sobre o VIH, de um modo geral, é bem difundida entre os estudantes, porém esse conhecimento não altera os seus comportamentos. Um dos motivos apontados refere-se ao conteúdo da mensagem e à forma como é difundida, como por exemplo, quando o conteúdo da mensagem é irrealista para os estudantes (a abstinência sexual). Por outro lado mostra-nos que a educação para a saúde deve ser direccionada para aquilo que faz mais sentido para os estudantes, como por exemplo o uso do preservativo. Neste sentido, talvez seja mais proveitoso desmistificar o uso do mesmo. Além disso, o facto de os estudantes não associarem a doença a pessoas próximas dá-lhes uma sensação de distância em relação a esta problemática, pelo que seria importante que a educação para a saúde incluísse o contacto e interacção com pessoas infectadas com o VIH.

Não basta fazer educação para a saúde, mas é também necessário apostar/direccionar a mensagem e torná-la real para os estudantes, fazendo-os perceber de forma efectiva como podem proteger-se, e que o VIH/sida não é um problema só dos outros.

O conhecimento de jovens universitários sobre AIDS e sua prevenção

O estudo cujo título original é "Young academic knowledge about aids and its prevention" foi realizado por Cano *et al.*, em 2006, com uma amostra de 300 estudantes de uma Universidade privada do estado de São Paulo, com idades compreendidas entre os 17 e 24 anos.

No que respeita aos conhecimentos dos alunos, 95% demonstra conhecer a doença e o modo de transmissão. 92% dos entrevistados sabem que a doença é transmitida por um vírus e 95% sabem que é sexualmente transmissível.

Em relação à via de transmissão, 90% dos entrevistados citaram as drogas injectáveis e 84% o sangue como veículo de transmissão, sendo que as secreções sexuais aparecem em 67% das respostas.

Quanto ao uso do preservativo 66 % admitiram usá-lo e os restantes distribuíram-se pelo "não", "às vezes" ou "depende". Os motivos apontados para não usar preservativo foram parceiro fixo, casamento e confiança no parceiro.

Quanto à dificuldade de usar o preservativo cerca de 60% disseram não ter nenhuma, contudo 40% relatam dificuldades do tipo: colocação (3.3%), perda de sensibilidade (19.6%), incómodo (11.6%) entre outros.

Este estudo permite concluir que a maioria dos estudantes conhecem a doença e o seu modo de transmissão e estão despertos para a possibilidade da sua transmissão através de drogas injectáveis, sangue e secreções sexuais.

No que respeita ao uso do preservativo e apesar de toda a informação já veiculada sobre VIH/sida, o conhecimento adquirido pelos estudantes sobre o modo de transmissão, ainda não permitiu aos jovens uma mudança de comportamento. Assim, é importante que os programas preventivos contemplem o contexto psicossocial do indivíduo e as diferenças de género.

Avaliação do Efeito de uma Campanha de Educação para a Saúde do VIH usando o método do Processo Analítico Hierárquico.

Este estudo foi idealizado, na China, por Xiaodong *et al.* (2007) para compreender o estado do conhecimento, atitude e prática relativa ao VIH/sida (KAP – Knowledge- Conhecimento, Attitude – Atitude, Practice – Prática) entre diferentes populações e providenciar evidências científicas úteis para outras investigações na área da educação para a saúde. Foram executados três momentos de aplicação de questionários a trabalhadores da área de serviços, num total de 655 participantes

(funcionários de hotéis, empregados de salões de beleza e camionistas de longo curso) que foram seleccionados através do sistema de registos numa cidade chinesa, através de amostragem estratificada em cacho (10%).

Os dados recolhidos foram analisados usando o processo analítico hierárquico. Todos demonstraram, genericamente, elevados níveis de KAP. Os índices de pontuação sintéticos dos três questionários foram acima dos 75%. No entanto, o nível de respostas correctas nas questões relacionadas com o facto de a picada do mosquito poder transmitir o VIH /sida na relação entre as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o VIH, foi insatisfatório (inferior ao esperado): também as suas atitudes relativamente às pessoas que vivem com o VIH e a SIDA necessitavam de ser melhoradas. Para além disso, o efeito da educação para a saúde nestes grupos foi pouco claro. Os autores concluíram que, o processo analítico hierárquico é um método válido para estimar o efeito genérico da educação para a saúde do VIH /sida.

A educação para a saúde do VIH foi implementada na China há muitos anos; no entanto, a avaliação do efeito da educação para a saúde é normalmente feito através do índice único. Confiar em métodos únicos de avaliação tem as suas desvantagens, pois pode não atingir resultados integrados. Assim sendo, é necessário avaliar o efeito integrado da educação para a saúde de uma forma que incorpore variáveis, incluindo o conhecimento, atitude e prática. O objectivo deste estudo foi estabelecer um método de avaliação integrado de forma a avaliar o real efeito da educação para a saúde entre diferentes populações. O processo analítico hierárquico (AHP) é aplicado para estabelecer o modelo de avaliação integrado.

Os conteúdos do questionário incluíram as características gerais dos participantes do estudo e o seu conhecimento, atitude e prática relativamente ao VIH. A campanha de educação para a saúde foi iniciada após a investigação inicial. A educação para a saúde incluiu a exibição de posters, treinos/formação intensiva, colunas em jornais e revistas, espaços na rádio, promoções televisivas e SMS (mensagens de texto). O mesmo questionário foi colocado no início e administrado após uma semana, bem como às 24 semanas.

O processo analítico hierárquico (AHP), tem sido uma ferramenta eficaz para estruturar e modelar os problemas relacionados com os objectivos múltiplos. A comparação é baseada na opinião de um especialista e na experiência adquirida através da observação e da aprendizagem contínua do sistema de comportamento. É construída uma matriz de preferência, a partir da qual os pesos de cada variável será avaliado.

Os resultados gerais do KAP relativo ao VIH entre trabalhadores de serviços são bons. Os índices de avaliação integrada (IAI) das três investigações estão acima dos 75%. O IAI subiu significativamente após a educação para a saúde e o efeito desta foi mantido. Apesar de o nível de conhecimento da maioria das questões estar de acordo com o standard Chinês (acima dos 75%), existem ainda muitas falhas que têm de ser colmatadas. Por exemplo: apenas 52.4% das pessoas sabiam que as picadas de insecto não transmitem o HIV. Apesar de o nível de conhecimento relativo às picadas de mosquito ter aumentado significativamente após a educação para a saúde, baixou para o nível primário/inicial (56.3%) seis meses depois. Os resultados relativos à atitude para com os doentes de SIDA e os portadores de HIV não são ideais e a educação para a saúde demonstrou não ser eficaz na mudança dessa mesma atitude. Para além disso, o resultado de uma relação vaga entre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e o VIH é mostrada em termos de prática dos sujeitos: apenas 51.3% das pessoas sabiam que as IST's deveriam ser tratadas de forma a prevenir a transmissão do VIH.

Quando todas as variáveis são incorporadas no modelo de avaliação integrado, o AHP pode ser um método útil para avaliar de forma abrangente as campanhas de educação para a saúde. Os valores de IAI das três investigações foram obtidos através do uso do AHP para reflectir os resultados de todas as questões sobre o conhecimento da SIDA, a atitude e a prática. Em comparação com os resultados de avaliações descritos por outros investigadores, concluímos que este método de avaliação integrada é um método mais útil, razoável e aceitável para a avaliação da eficácia da educação para a saúde.

A partir destes resultados, podemos deduzir que alguns aspectos devem ser ainda mais trabalhados e reforçados em futuros programas de educação para a saúde, de forma a prevenir e controlar eficazmente a epidemia do VIH.

*
* *
*

Foram referidos estudos a nível nacional e internacional acerca da infecção VIH/sida, os quais identificaram um aumento considerável desta problemática, apesar das várias campanhas mundiais de combate a este flagelo. Foi igualmente referido que os jovens adultos porque activos sexualmente constituem uma população de risco e um grupo etário onde se deve implementar estratégias de acção preventivas.

Foram igualmente referidos alguns programas de sucesso a nível de educação para a saúde. Contudo muito ainda há para fazer no campo da prevenção, especialmente ao nível da

correcta informação sobre VIH/sida. Nesse sentido achamos ser necessário, útil e pertinente que novos estudos e investigação sejam realizados tendo em vista a identificação de fontes de conhecimentos, bem como estudar as estratégias, de educação para a saúde utilizadas por jovens do ensino superior. O nosso contributo empírico que a seguir se apresenta pretende ser um singelo contributo para a maior compreensão e intervenção nesta área.

PARTE 2: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

Capítulo 4: Metodologia

A segunda parte desta pesquisa constitui a contribuição pessoal que se inicia com as considerações metodológicas. Neste capítulo, procuramos definir as estratégias para estudarmos o problema da Educação para a Saúde relacionada com a Sida/VHI entre os estudantes do ensino superior da região norte e centro do país.

Assim, tendo por base o quadro teórico elaborado definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar resposta às questões que inicialmente formulámos. Iremos deste modo, descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatístico que se irão realizar.

1. Enquadramento e desenho do estudo empírico

No processo da tomada de decisão dos sujeitos, grupos, comunidades, políticos e profissionais, intervêm uma grande variedade de elementos, como por exemplo a cultura, os costumes, a ideologia, os custos, a informação disponível, entre outros aspectos.

A investigação constitui uma actividade que pode produzir conhecimentos úteis para as tomadas de decisão, e nesse sentido o seu objectivo é a aquisição de conhecimentos que conduzam à melhoria da sua prática. Pérez & Revuelta (2001), referenciando a OMS, esclarecem que a investigação para o desenvolvimento das políticas de saúde na Europa deveria orientar-se no sentido de conhecer melhor os sistemas e serviços de saúde, as desigualdades em saúde, a participação da comunidade e a colaboração intersectorial pelo que deveria ter em consideração alguns aspectos próprios, como: a saúde global como recurso que se produz ou se perde no contexto da vida diária; a saúde multifactorial desde o ponto de vista dos seus determinantes (tanto individuais como sociais); a orientação da acção para a mudança dos factores determinantes para a saúde e a participação na acção de todos os protagonistas (políticos, técnicos e população).

Se perguntássemos o que é a Educação para a Saúde, não teríamos uma resposta imediata e tal questão poderia implicar a existência de respostas diversas, quando não divergentes.

Em relação aos programas de Educação para a Saúde no nosso país é escasso o seu desenvolvimento, estando de acordo com os referentes históricos e epistemológicos dos mesmos.

A infecção VIH/sida, como doença crónica, influencia a vida diária do indivíduo em diversos domínios, nomeadamente nos psicossociais e conseqüentemente a sua qualidade de vida. Surge como uma das formas de prevenção da doença a educação para a saúde.

A educação para a saúde, por sua vez é um conceito vago de difícil mensuração, que incorpora as múltiplas dimensões e aspectos da vida do indivíduo, como as suas atitudes, crenças, conhecimentos e o auto-conceito.

Foi neste contexto que optamos por desenvolver um estudo sobre educação para a saúde relacionada com a infecção VIH/sida. A escolha metodológica teve por base o tipo de estudo, os objectivos e as questões de investigação e a fundamentação teórica que realizámos.

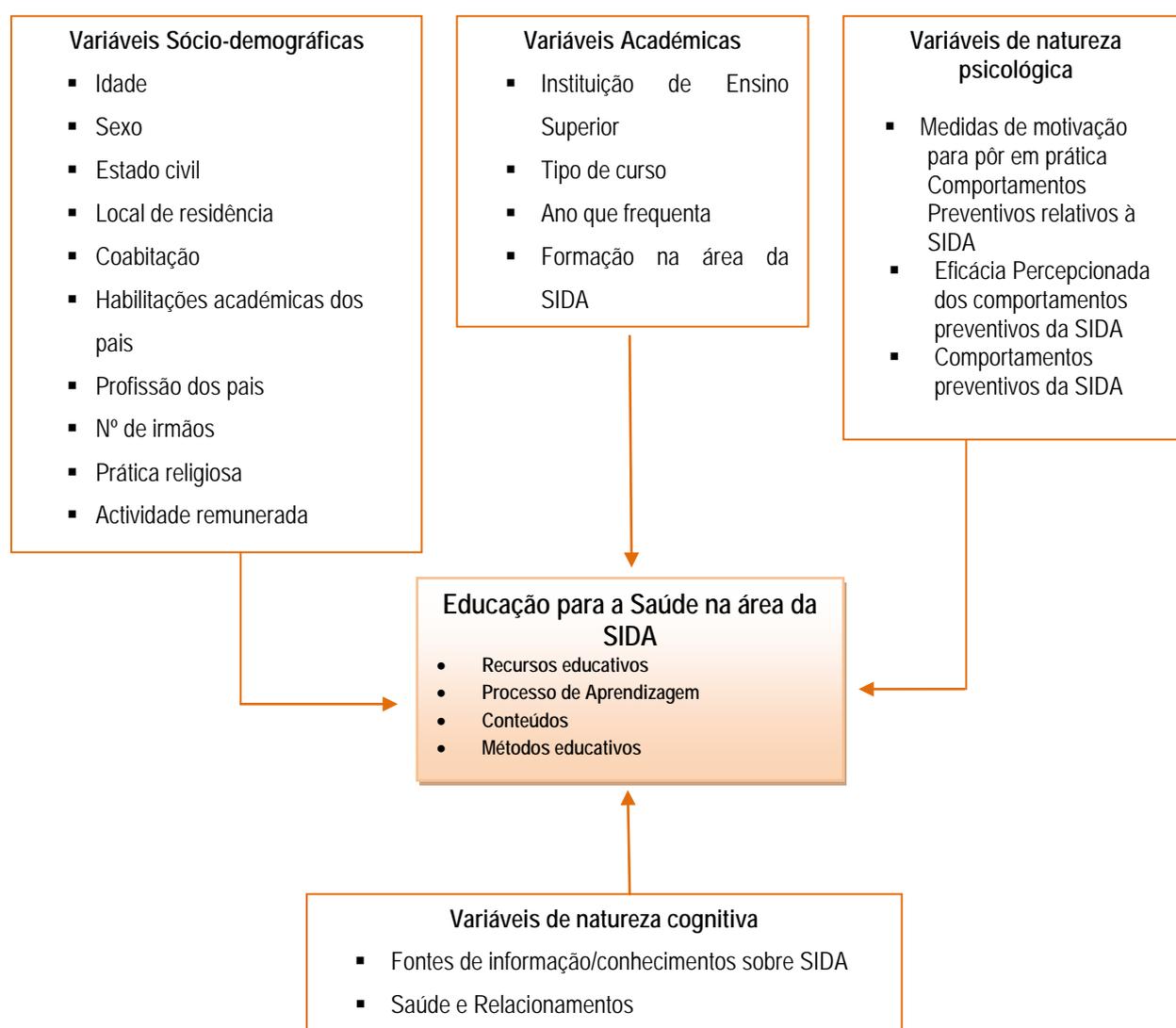
O estudo empírico realizado, enquadra-se no tipo de pesquisa transversal, não experimental, possuindo as características dos estudos descritivos, correlacionais e explicativos. Compartilha porém algumas características estruturais e de planificação com a investigação quase experimental, mas em virtude da ausência de manipulação das variáveis independentes cria dificuldades na determinação de relações causais (Polit & Hungler, 1995), o que leva a correr o risco de cometer erros tipo I (Kiess & Bloomquist, 1985; Polit & Hungler, 1995), embora não seja impeditiva de fazer predições pois, tal como referem os autores citados, a finalidade deste tipo de estudos é o de descrever os comportamentos dos sujeitos tal qual se manifestam nos seus ambientes naturais de vida e de identificar a inter-relação entre as variáveis dependentes e independentes, sendo também nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno. É com base neste pressuposto que se tornou possível avaliar a eficácia preditiva de algumas variáveis em estudo como as fontes de informação, a saúde e relacionamentos e a percepção de comportamentos seguros em relação à avaliação da educação para a saúde na área da SIDA.

A utilização do método descritivo e correlacional deveu-se ao facto de ser o mais adequado para atingir alguns dos objectivos que nos propusemos. Este tipo de estudos se por um lado permitem recolher informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisam especificando as suas propriedades e características e oferecem ainda a possibilidade de fazer predições, por outro têm como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (Sampieri *et al.* 2003) ou como refere Fortin (1999) assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha activamente para influenciar essas variáveis.

É um estudo explicativo, já que o seu propósito é o de responder às causas dos eventos, sucessos e fenómenos físicos e sociais, ou seja, o seu interesse centra-se em explicar as razões porque ocorre uma boa ou má informação acerca da Educação para a Saúde na área da sida e como esta variável se relaciona com variáveis de natureza sócio-demográfica, académica, cognitiva e psicológica.

Nesta perspectiva elaboramos a representação esquemática que procura dar a conhecer a inter-relação que se pretende estabelecer entre a variável dependente e independentes dos estudantes que participaram no estudo.

Esquema 3 – Esquema geral da investigação



2. Questões e objectivos do estudo

A investigação e a intervenção psicológica tem vindo, ainda que lentamente a dar um importante contributo não só para a compreensão dos factores comportamentais associados à SIDA e à infecção do HIV, mas também para as intervenções dirigidas para a educação e prevenção junto de diversos grupos e comunidades. Com efeito os estudos realizados têm centrado a sua atenção mais nos grupos que têm as taxas mais elevadas de incidência da SIDA e HIV e que emergem como grupos de risco, enquanto que, outro lado, são escassos os estudos dirigidos para a mudança de atitudes e comportamentos de grupos que se podem considerar de “baixo risco”, mas que são potenciais grupos de “alto risco”. É o caso por exemplo, dos jovens adultos heterossexuais com múltiplos parceiros sexuais ou dos adolescentes na fase de experimentarem a sexualidade que acabaram por descobrir.

Não admira por isso que nos últimos anos, se tenha vindo a assistir a um reconhecimento consensual da necessidade de dirigir mais a atenção dos investigadores e especialistas para a investigação junto de populações não relacionadas directamente com a SIDA e mais concretamente junto dos adolescentes e jovens adultos heterossexuais. Por outro lado, tem vindo a ser comprovada a sua resistência a campanhas educativas e preventivas que se deve em parte aos valores e atitudes características e associadas ao período desenvolvimental em que se encontram e que podem inibir ou dificultar a mudança de comportamentos. Alguns estudos recentes sugerem que a mudança de comportamentos entre estudantes adolescentes e jovens adultos é muito pequena ou mesmo inexistente. Face ao exposto questionamo-nos:

1. De que forma as variáveis socio-demográficas e académicas se repercutem na avaliação da educação para a saúde?
2. Em que medida os estudantes do ensino superior participaram/foram alvo de uma prática estruturada de educação para a saúde no âmbito da SIDA?
3. De que forma os estudantes avaliam as práticas da educação para a saúde de que foram alvo?
4. Quais as estratégias utilizadas pelos estudantes por forma a prevenir a infecção pelo VIH?

5. Que factores cognitivos e comportamentais interferem na percepção da avaliação da educação para a saúde na área da SIDA?

Ao conjunto de interrogações formuladas no âmbito desta pesquisa, procurámos analisar a relação existente entre as diferentes variáveis consideradas pertinentes para o nosso estudo sobre a Educação para a Saúde no contexto da Sida na região Norte e Centro do país. Neste sentido, delineamos um conjunto de objectivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja, procuram genericamente:

- Caracterizar as fontes de informação/conhecimento às quais os estudantes do ensino superior recorrem para esclarecimento;
- Identificar o nível de conhecimentos dos estudantes do ensino superior em relação à infecção VIH/sida;
- Conhecer áreas deficitárias na vertente da formação no âmbito da infecção VIH/sida;
- Classificar as estratégias da Educação para a Saúde já aplicadas, recursos utilizados e avaliação efectuada;
- Investigar os saberes dos intervenientes relacionados com a infecção VIH/sida e os seus comportamentos preventivos;
- Analisar os aspectos cognitivos (Fontes de informação/conhecimentos em relação à SIDA) e psicológicos (Medidas de motivação para pôr em prática Comportamentos Preventivos relativos à SIDA; Eficácia Percepcionada dos comportamentos preventivos da SIDA; Comportamentos preventivos da SIDA) face à percepção da educação para a saúde.

3. Hipóteses e variáveis do estudo

Como o nosso estudo pretende entre outros aspectos identificar alguns factores preditores que possam influenciar a avaliação da educação para a saúde no âmbito da SIDA, optámos pela elaboração de duas hipóteses complexas, pois estas guardam mais relação com o mundo real, em

que há multi-causalidade nos processos, embora no decurso do tratamento estatístico as mesmas são desdobradas em hipóteses simples ou como alguns autores referem em sub-hipóteses.

No nosso estudo pensamos encontrar relações entre a educação para a saúde e as diferentes variáveis independentes. Assim, no seguimento das questões e dos objectivos formulados anteriormente surgem as seguintes hipóteses:

H₁ - As variáveis socio-demográficas (idade, sexo e local de residência) e as variáveis académicas (curso, ano que frequenta e formação na área da SIDA) têm efeito significativo na avaliação da educação para a saúde na área da SIDA.

H₂ - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis de natureza cognitiva (fontes de informação e saúde e relacionamentos), as variáveis de natureza psicológica (medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos em relação à SIDA e a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e por fim os comportamentos preventivos identificados) e a variável dependente, educação para a saúde na área da SIDA.

Ao procurarmos estudar as ligações existentes entre estas variáveis, partimos do pressuposto de que a educação para a saúde afecta e é afectada por aspectos diversificados de ordem experiencial, social e cognitiva (por exemplo, a formação académica profissional, a informação, a formação, as atitudes, os comportamentos), estando estas dimensões presentes ao longo de toda esta investigação.

Como já referenciámos os estudos sobre esta temática em Portugal são muito escassos e daqueles que se conhecem, possivelmente, estão longe de revelarem a verdadeira dimensão do problema. Não é nossa pretensão dar resposta e encontrar soluções para um problema tão complexo, mas será mais um contributo a juntar a todos ou outros que pretenderam dar a conhecer e a compreender melhor as múltiplas implicações que factores externos tais como formação na área da sida, fontes de informação e conhecimentos sobre sida, saúde e relacionamento e factores internos como comportamentos preventivos da sida, mediadas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à sida, entre outros e podem influenciar o a Educação para a saúde na área da sida. Esperamos que esta investigação possa constituir um contributo valioso para a comunidade científica e possibilitar ajuda no delinear de estratégias preventivas minimizadoras das consequências aos diferentes níveis.

Na sequência das hipóteses formuladas, as variáveis que consideramos pertinentes para o estudo foram:

- **Variável dependente**

Educação para a saúde na área da SIDA

- **Variáveis independentes**

- **Variáveis socio-demográficas**

Idade

Sexo

Estado civil

Local de residência

Coabitação

Habilitações académicas dos pais

Profissão dos pais

Número de irmãos

Prática religiosa

Actividade remunerada

- **Variáveis académicas**

Instituição de Ensino Superior

Tipo de curso

Ano que frequenta

Formação na área da SIDA

- **Variáveis de natureza cognitiva**

Fontes de Informação/conhecimentos sobre a SIDA

Saúde e relacionamentos

- **Variáveis de natureza psicológica**

Medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA

Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA

Comportamentos preventivos da SIDA

Os objectivos por nós delineados e a fundamentação teórica remetem-nos para uma análise da relação existente entre todas as variáveis, no sentido de mapear o comportamento da variável principal. Descreveremos de seguida a população e procederemos à caracterização da amostra.

4. Amostra do estudo

Gostaríamos de assinalar, que este estudo poderia ter sido realizado em muitas instituições de ensino superior deste país. Selecionamos a zona Norte e Centro por ser mais próxima do local onde vivemos o que nos facilitou o contacto com a população estudantil.

Os seis estabelecimentos de Ensino Superior que contactamos abrangem diferentes realidades socioculturais ligados ao ensino público. A escolha destas instituições, também se deveu a imperativos profissionais (ser docente numa das escolas) para além de antevermos maior facilidade na autorização dos seus dirigentes, como a colaboração por parte dos estudantes.

Optamos por uma amostra não probabilística por conveniência constituída por estudantes, de ambos os sexos distribuídos por diferentes grupos etários, que na altura do preenchimento do instrumento de colheita de dados (I.C.D.) se encontravam em sala de aulas. A amostra foi seleccionada de forma não aleatória entre os estudantes do ensino superior tendo-se obtido um total de 2002.

Os estudantes que participaram no estudo apresenta uma idade média de 21,76 anos, com uma dispersão de 20% sendo que os valores mínimo e máximo oscilam, entre 17 e de 68 anos, respectivamente.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por idade e percentagem

	N	Média	Desvio	Coef.	Mínimo	Máximo
			Padrão	Varição		
Idade	2002	21.76	4.4	20%	17	68

No histograma e diagrama “*boxplot*” da caixa seguintes, ilustra-se a distribuição da idade. Como se observa as idades dos estudantes da amostra variam entre 18 e 24 anos, o que equivale a que cerca de 85% das idades se encontram nestes valores. Aliás, as idades superiores a 29 anos são consideradas como *outliers*.

Histograma 1 – Distribuição da idade na amostra

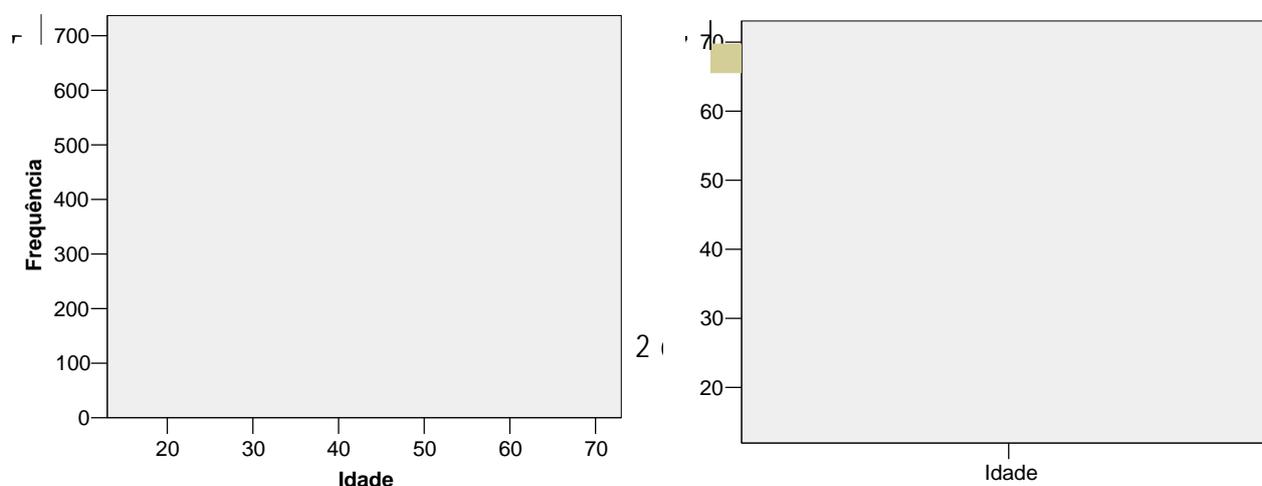


Tabela 2 – Distribuição da amostra por sexo e percentagem

Sexo	Nº	%
Masculino	786	39.3
Feminino	1216	60.7
Total	2002	100.0

5. Instrumentos de avaliação

O protocolo de avaliação utilizado é constituído por um questionário que permite a caracterização socio-demográfica, académica e formação na área da SIDA. Foram associadas as escalas de Fontes de informação/conhecimentos em relação à SIDA e Avaliação da educação para a saúde na área da SIDA (EAES), construídas para este estudo e ainda as escalas de Saúde e relacionamentos, Medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA, Escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e as subescalas que avaliam os Comportamentos preventivos da SIDA de Fisher, (1995).

Os instrumentos de avaliação referenciados foram construídos com base no modelo IBM: informação para a prevenção da SIDA, a motivação, as capacidades comportamentais e o

comportamento preventivo em relação à SIDA. Este questionário foi usado pelos autores como uma pré e pós-medida destes factores na intervenção (constituída por sessões múltiplas) para a redução do risco da SIDA, com os estudantes universitários anteriormente referidos (Fisher, *et al.*, 1996), e outras versões destas medidas têm sido usadas em estudos correlacionais dos determinantes do comportamento preventivo da SIDA entre homens homossexuais, estudantes universitários heterossexuais, e estudantes heterossexuais do ensino secundário, provenientes de diversas etnias (Fisher, *et al.*, 1994; Fisher, *et al.*, 1998).

Inicialmente o questionário foi projectado para ser usado com estudantes universitários heterossexuais e adultos heterossexuais pós-universitários, mas com modificações baseadas na investigação de eliciação apropriada, este questionário pode também ser adaptado para uso noutras populações, tais como: homens homossexuais, e estudantes heterossexuais do ensino secundário provenientes de diversas etnias. Todavia o questionário aqui presente e os dados e meios aqui referidos, são, no entanto, baseados numa versão do questionário projectada para o uso em estudantes universitários heterossexuais realizada no subgrupo dos participantes experimentais e de controlo (Fisher, *et al.*, 1996) que relataram estar envolvidos em relacionamentos sexuais durante o mês anterior à aplicação ao questionário.

A escolha destes instrumentos de medida no nosso estudo teve por base a revisão bibliográfica que efectuamos. Dado desconhecermos a existência de um instrumento de medida com validade e fiabilidade reconhecida que nos permitisse avaliar a educação para a saúde realizada aos sujeitos relativamente à SIDA, propusemo-nos fazer para a amostra em estudo a sua construção e avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas nomeadamente os estudos de fiabilidade e estudos de validade.

5.1 Questionário socio-demográfico e caracterização académica

Este questionário possibilita obter respostas sobre a idade, sexo, residência, estado civil, coabitação, habilitações académicas e profissões dos pais, o número de irmãos, o facto de trabalharem ou não, assim como a opção por uma prática religiosa.

Permitiu também ter acesso a dados sobre a instituição de ensino superior, curso e ano que o estudante frequenta. Colocou-se também uma questão no sentido de se obter informação se já

tinham sido alvo de uma formação formal e estruturada sobre conhecimentos e estratégias de prevenção da infecção VIH/sida e promoção de estratégias de vida saudável.

5.2. Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA

Para a construção desta escala baseamo-nos na literatura existente e o formato adoptado foi o usual em instrumentos de auto-avaliação. Para determinar a origem da obtenção dos conhecimentos elaboramos as questões em escala tipo Likert com 5 alternativas de resposta. Para cada questão foram apresentadas cinco categorias de resposta: 1-Nunca, 2-Raras vezes, 3-Às vezes, 4-Muitas vezes e 5-Sempre, em que cada sujeito obtém uma pontuação em cada item de 1, 2, 3, 4, ou 5 e uma nota global que corresponde ao somatório de todas as anteriores.

Consideramos que a informação/conhecimento e a formação acerca da SIDA se apresentam como um dos aspectos mais relevantes para a promoção de novas atitudes e comportamentos face aos indivíduos infectados pelo VIH/sida. A metacomunicação sobre essas mesmas atitudes e sobre as vivências que a elas se associam parece-nos que constituiria, também, um aspecto extremamente importante e interessante na forma de pensar e realizar a educação para a saúde no âmbito da SIDA. Construímos assim um instrumento de avaliação que visa determinarmos aonde e/ou a quem os estudantes habitualmente recorrem em caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimentos em relação à infecção VIH/sida.

Resultados psicométricos da escala fontes de informação/ conhecimentos em relação à SIDA no presente estudo

Iniciamos a avaliação das propriedades psicométricas da escala fontes de informação/conhecimentos em relação à SIDA através dos estudos de **fiabilidade** e estudos de **validade**. Os estudos de fiabilidade dizem respeito ao grau de confiança ou de exactidão que se pode ter na informação obtida. Procuram avaliar a estabilidade temporal ou fiabilidade teste reteste e a consistência interna ou homogeneidade dos itens.

A primeira medida referida não foi efectuada neste estudo na medida em que, sendo a escala um instrumento para medir um estado que pode modificar-se em qualquer instante, o teste-reteste não é relevante como medida de fiabilidade para o presente estudo.

A consistência interna diz respeito ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova. Deste modo procura-se avaliar

o grau com que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item. Para a sua concretização realizaram-se os seguintes passos:

- 1 Determinação do coeficiente de correlação de *Pearson* das diversas questões com a nota global. Indica a forma como cada item se define como um todo “operante” do “constructo geral” que pretende medir (Vaz-Serra, 1994).
- 2 Determinação do coeficiente alfa de Cronbach. - Mede a correlação entre cada item da escala com as restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo universo. Este indicador, permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de um factor pertencentes a uma mesma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0.80 a consistência interna é considerada de muito boa.
- 3 Determinação da correlação de *split-half* ou método das metades constitui uma forma de comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade.

Os **estudos de validade** referem-se a três aspectos fundamentais: validade de conteúdo, validade de critério, e validade de constructo. Dentro destes a validade de constructo, é a mais importante e procura encontrar resposta para a seguinte questão: “em que medida, este instrumento mede realmente o que procura medir?”.

Para a sua determinação utiliza-se a análise factorial dos itens e dos resultados. Este método que se tem revelado com maior uso e reconhecimento entre os diversos autores é, segundo Maroco (2007), “*uma técnica de análise exploratória de dados que tem por objectivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis inter-relacionadas de modo a construir uma escala de medida para factores intrínsecos que de alguma forma (mais ou menos explícita) controlam as variáveis originais*”. O mesmo autor refere ainda que “*o objectivo da análise factorial é o de atribuir um score (quantificação) a constructos ou factores que não são directamente observáveis*”. Consta de duas partes distintas.

A primeira consiste em criar uma matriz de correlações, com a qual se pretende verificar a existência de correlações significativas entre as variáveis. Existem vários métodos para o efeito, mas o mais utilizado é o designado por “método dos componentes principais” (Bryman & Cramer, 1992), que consiste em analisar toda a variância de um valor ou variável incluindo a variância única, sendo aquele que é preferível em estudos exploratórios.

Com o resultado deste procedimento obtemos o que se designa por matriz factorial (Polit & Hungler, 1994). A matriz assim determinada partilha o máximo de variâncias, tornando difícil a sua leitura e interpretação. Por esse motivo, efectua-se o que se designa por rotação de factores. É o segundo momento da análise factorial.

Existem dois tipos de rotação: a oblíqua, pouco usada porque os factores se correlacionam entre si, e a ortogonal, a mais usada porque mantém a independência dos factores. Por este último processo, as variáveis (itens) que se tomam para cada factor são as que se correlacionam mais fortemente com cada um deles. Uma vez seleccionados os factores procede-se à identificação dos constructos teóricos (Polit & Hungler, 1994).

Para se conseguir uma boa definição de factor convencionou-se que não se deveriam considerar os itens ou variáveis que tenham correlações " r " menores que 0,2 com a nota global, quando esta não contém esse item específico (Striener & Norman, 1989).

Ainda em relação à análise factorial, alguns autores são de opinião de que para haver precisão dos factores dela resultantes terá que se ter em consideração a dimensão da amostra. Embora não haja um consenso sobre a dimensão ideal, Bryman & Cramer (1992) referem que o " N " da amostra deve ser no mínimo igual a cinco vezes o número de itens da escala e nunca inferior a 100 indivíduos por análise.

Dado a dimensão da amostra (2002 elementos) utilizada para a efectivação da análise factorial e, tendo em consideração o número de itens que constituem as escalas do presente estudo, não se colocam problemas de validação.

Os procedimentos ora descritos serão seguidos para o estudo de todas as escalas que constituem o instrumento de avaliação.

Face ao exposto, vamos apresentar os resultados obtidos nas diferentes etapas, seguindo a ordem porque foram enunciados.

Consistência interna (homogeneidade dos itens)

A tabela 3 mostra-nos as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, o que nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global. Como verificamos, os valores médios oscilam entre 1,39 no item 21- "*Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro às ONG's (Organizações Não Governamentais)*"; e os 4,82 no item 1- "*Considero os assuntos relacionados com a infecção VIH/sida*

importante”; mas é o que revela menor variabilidade 2.6%. Deste modo o item 1, foi eliminado por apresentar um valor correlacional inferior a 0.2 o que levou a efectuar-se uma nova correlação.

As estatísticas dos restantes itens que constituem a escala revelam que os valores médios numa escala de 1 a 5 estão bem centrados pois situam-se acima do valor médio.

Do resultado desta nova correlação ressalta que todos os itens apresentavam um valor superior a 0.2, oscilando estes entre os 0.276 no item 2-“*Considero-me adequadamente preparado(a), para abordar tópicos relacionados com a educação para a saúde, na área da SIDA*” e o 0.618 no item 18-“*Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro ao gabinete de apoio da escola (psicólogos, professores, orientadores)*”.

Tabela 3 – Correlação de *Pearson* entre os diferentes itens e valor global da escala

	Média	Desvio Padrão	1º correlação <i>r</i>	2º correlação <i>r</i>
1 - Considero os assuntos relacionados com a infecção VIH/sida importantes;	4.82	0.46	0.162	
2 - Considero-me adequadamente preparado(a), para abordar tópicos relacionados com a educação para a saúde, na área da SIDA;	3.80	0.83	0.280	0.276
3 - Procuo manter-me informado acerca da infecção VIH/sida;	3.99	0.85	0.438	0.430
4 - Durante o último mês conversei com outros acerca da problemática da SIDA;	2.52	1.08	0.527	0.527
5 - Durante o curso tive formação na área de educação para a saúde, no que se refere ao problema da SIDA;	2.13	1.19	0.481	0.482
6 - Durante o secundário, participei em acções de formação relacionadas com a educação para a saúde no que se refere ao problema da SIDA;	2.48	1.13	0.426	0.427
7 - Obtive conhecimentos sobre a Sida nas consultas com Profissionais de Saúde (médico de família, infecciologista, enfermeiro);	2.22	1.14	0.532	0.532
8 - Frequentei Conferências / Jornadas / Seminários relacionados com a SIDA;	2.15	1.16	0.530	0.532
9 - Obtive conhecimentos sobre Sida através da leitura de material informativo (cartaz, panfleto, brochuras, revistas, livros);	3.74	0.78	0.338	0.334
10 - Obtive conhecimentos sobre Sida através de colegas, amigos e/ou namorado(a);	3.21	0.91	0.498	0.496
11 - Obtive conhecimentos sobre Sida através dos mass-media (programas de rádio, televisão, jornais);	3.58	0.81	0.312	0.311
12 - Obtive conhecimentos sobre Sida através da internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fóruns, blogs);	3.07	1.04	0.468	0.468
13 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro a colegas, amigos e/ou namorado(a);	2.70	1.01	0.465	0.466
14 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro à internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fórum, blogs);	2.94	1.10	0.419	0.418
15 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro ao(s) professor(es);	2.02	1.02	0.604	0.605
16 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro aos pais e familiares;	2.19	1.03	0.493	0.494
17 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro a equipas de Saúde (Centro de Saúde, Hospital, Clínicas);	2.21	1.10	0.521	0.522
18 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro ao gabinete de apoio da escola (psicólogos, professores, orientadores);	1.57	0.84	0.615	0.618
19 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro à consulta de Infecciologia no Hospital;	1.54	0.89	0.572	0.577
20 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro ao serviço social;	1.42	0.77	0.608	0.613
21 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro às ONG's (Organizações Não Governamentais);	1.39	0.77	0.590	0.595
22 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro ao CAD (Centro de Aconselhamento e detecção precoce do VIH);	1.55	0.92	0.607	0.611
23 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro à Comissão Distrital de Luta Contra a SIDA.	1.65	1.10	0.501	0.503

Procedemos de seguida ao estudo da análise factorial da escala e o primeiro passo consistiu em analisar o resultado do teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) que é um procedimento que afere a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise factorial. Dado o resultado obtido classificamo-lo de acordo com os critérios de Pestana & Gageiro (2005) de bom ($=0.864$). Não foi tido em consideração o teste de *Bartlett's*, uma vez que em grandes amostras leva a rejeitar a hipótese nula.

Entretanto, fomos verificar a proporção da variância de cada variável explicada pelos factores que é designada por comunalidade: A comunalidade inicial é para todos os itens igual a 1 e após a extracção podemos considerá-la razoável já que oscila entre os 0.400 no item 6 e 0.757 no item 23.

Quanto aos valores de *alfa de Cronbach* ao variarem entre 0.837 e 0.849 pode classificar-se de muito bons. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o item 2 é o que se apresenta em maior situação problemática dado que o valor mínimo é de ($r=0.201$) podendo não revelar-se por isso homogéneo face a outros itens, e a correlação máxima é obtida no item 18 ($r=0.565$).

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades *split-half* que se obtém dividindo a escala em duas metades e relacionando-a uma com a outra notamos que os valores de *alfa de Cronbach* se revelaram mais fracos, do que o *alfa* para a globalidade da escala (0.848) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.822 e para a segunda de 0.719 (cf. tabela 4). Aliás, este índice tem tendência a produzir valores de fiabilidade mais baixos uma vez que tem em consideração um número mais reduzido de itens. Contudo, continua a revelar-nos uma boa consistência interna.

Tabela 4 – Consistência interna da escala fontes de informação/conhecimentos em relação à SIDA

	Média	Desvio Padrão	Ritem-total (s/item)	α sem item	h^2
2 - Considero-me adequadamente preparado(a), para abordar tópicos relacionados com a educação para a saúde, na área da SIDA;	3.80	0.83	0.201	0.849	0.587
3 - Procuo manter-me informado acerca da infeção VIH/ SIDA;	3.99	0.85	0.361		0.544
4 - Durante o último mês conversei com outros acerca da problemática da SIDA;	2.52	1.08	0.447	0.841	0.420
5 - Durante o curso tive formação na área de educação para a saúde, no que se refere ao problema da SIDA;	2.13	1.19	0.389	0.844	0.438
6 - Durante o secundário, participei em acções de formação relacionadas com a educação para a saúde no que se refere ao problema da SIDA;	2.48	1.13	0.334	0.846	0.400
7 - Obtive conhecimentos sobre a Sida nas consultas com Profissionais de Saúde (médico de família, infecciólogista, enfermeiro);	2.22	1.14	0.448	0.841	0.407
8 - Frequentei Conferências / Jornadas / Seminários relacionados com a SIDA;	2.15	1.16	0.446	0.841	0.609
9 - Obtive conhecimentos sobre SIDA através da leitura de material informativo (cartaz, panfleto, brochuras, revistas, livros);	3.74	0.78	0.267	0.847	0.506
10 - Obtive conhecimentos sobre SIDA através de colegas, amigos e/ou namorado(a);	3.21	0.91	0.427	0.842	0.524
11 - Obtive conhecimentos sobre SIDA através dos mass-media (programas de rádio, televisão, jornais);	3.58	0.81	0.240	0.848	0.524
12 - Obtive conhecimentos sobre SIDA através da internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fóruns, blogs);	3.07	1.04	0.386	0.843	0.534
13 - Quando tenho dúvidas sobre infeção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro a colegas, amigos e/ou namorado(a);	2.70	1.01	0.387	0.843	0.469
14 - Quando tenho dúvidas sobre infeção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro à internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fórum, blogs);	2.94	1.10	0.327	0.846	0.410
15 - Quando tenho dúvidas sobre infeção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro ao(s) professor(es);	2.02	1.02	0.539	0.837	0.532
16 - Quando tenho dúvidas sobre infeção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro aos pais e familiares;	2.19	1.03	0.415	0.842	0.482
17 - Quando tenho dúvidas sobre infeção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro a equipas de Saúde (Centro de Saúde, Hospital, Clínicas);	2.21	1.10	0.440	0.841	0.640
18 - Quando tenho dúvidas sobre infeção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro ao gabinete de apoio da escola (psicólogos, professores, orientadores);	1.57	0.84	0.565	0.837	0.644
19 - Quando tenho dúvidas sobre infeção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro à consulta de Infecciólogia no Hospital;	1.54	0.89	0.516	0.839	0.695
20 - Quando tenho dúvidas sobre infeção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro ao serviço social;	1.42	0.77	0.564	0.838	0.737
21 - Quando tenho dúvidas sobre infeção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro às ONG's (Organizações Não Governamentais);	1.39	0.77	0.544	0.839	0.687
22 - Quando tenho dúvidas sobre infeção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro ao CAD (Centro de Aconselhamento e detecção precoce do VIH);	1.55	0.92	0.552	0.837	0.742
23 - Quando tenho dúvidas sobre infeção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro à Comissão Distrital de Luta Contra a SIDA.	1.65	1.10	0.419	0.842	0.757

No intuito de conhecermos as dimensões subjacentes a esta escala, realizamos com os 22 itens uma análise factorial de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo *varimax*.

Tabela 5 – Ordenações dos itens por factor

Itens	Factores				
	1	2	3	4	5
2- Considero-me adequadamente preparado(a), para abordar tópicos relacionados com a educação para a saúde, na área da SIDA;					0.759
3 - Procuro manter-me informado acerca da infecção VIH/sida;					0.676
4 - Durante o último mês conversei com outros acerca da problemática da SIDA;			0.456		
5 - Durante o curso tive formação na área de educação para a saúde, no que se refere ao problema da SIDA;			0.624		
6 - Durante o secundário, participei em acções de formação relacionadas com a educação para a saúde no que se refere ao problema da SIDA;				0.522	
7 - Obtive conhecimentos sobre a Sida nas consultas com Profissionais de Saúde (médico de família, infecciologista, enfermeiro);				0.409	
8 - Frequentei Conferências / Jornadas / Seminários relacionados com a SIDA;			0.724		
9 - Obtive conhecimentos sobre Sida através da leitura de material informativo (cartaz, panfleto, brochuras, revistas, livros);		0.621			
10 - Obtive conhecimentos sobre Sida através de colegas, amigos e/ou namorado(a);		0.598			
11 - Obtive conhecimentos sobre Sida através dos mass-media (programas de rádio, televisão, jornais);		0.665			
12 - Obtive conhecimentos sobre Sida através da internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fóruns, blogs);		0.709			
13 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro a colegas, amigos e/ou namorado(a);		0.491			
14 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro à internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fórum, blogs);		0.614			
15 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro ao(s) professor(es);			0.529		
16 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro aos pais e familiares;				0.635	
17 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro a equipas de Saúde (Centro de Saúde, Hospital, Clínicas);				0.707	
18 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/sida/sexualidade habitualmente recorro ao gabinete de apoio da escola (psicólogos, professores, orientadores);	0.580				
19 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro à consulta de Infecciologia no Hospital;	0.737				
20 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro ao serviço social;	0.811				
21 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro às ONG's (Organizações Não Governamentais);	0.798				
22 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro ao CAD (Centro de Aconselhamento e detecção precoce do VIH);	0.799				
23 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/ SIDA /sexualidade habitualmente recorro à Comissão Distrital de Luta Contra a SIDA.	0.677				

A solução factorial final, permitiu a selecção de 5 factores com raízes lactentes superiores a 1 que no seu conjunto explicam 55.78% da variância total (cf. tabela 6). O factor 1- Instituições de Saúde/Educação explica 16.38% da variância total e é constituído pelos itens 18, 19, 20, 21, 22 e 23. O factor 2- Meios de Comunicação/Educação pelos pares explica 11.44% da variância total, sendo constituído pelos itens 9, 10, 11, 12, 13 e 14. O factor 3- Formação explica 11.12% da variância total. No seu constructo entram os itens 4, 5, 8 e 15. O factor 4- Profissionais de saúde/Pais e familiares explica 9.86% da variância total, sendo constituído pelos itens 6, 7, 16 e 17. O factor 5- Interesses pessoais explica 6.96% da variância total e comporta os itens 2 e 3.

Tabela 6 – Valores da variância em relação aos factores

FACTORES	Eigenvalue	% Variância	% Variância acumulada
Factor 1 – Instituições de Saúde / Educação	3.603	16.380	16.380
Factor 2 – Meios de Comunicação / Educação pelos Pares	2.518	11.446	27.825
Factor 3 – Formação	2.447	11.123	38.948
Factor 4 – Profissionais de Saúde / Pais e Familiares	2.171	9.869	48.817
Factor 5 – Interesses Pessoais	1.355	6.969	55.786

Ainda no que se refere aos estudos de validade, determinamos os valores de *alfa de Cronbach* por cada subescala. Como podemos observar na tabela 7 os dois primeiros factores

apresentam valores classificados de bom, enquanto que o valor dos factores 3 e 4 são razoáveis e o factor 5 é baixo.

Tabela 7 - Valores de *alfa de Cronbach* por subescala

Factor	Alfa de Cronbach	N de Itens
Escala de Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA	.848	22
Factor 1 – Instituições de Saúde / Educação	.863	6
Factor 2 – Meios de Comunicação / Educação pelos Pares	.713	6
Factor 3 – Formação	.652	4
Factor 4 – Profissionais de Saúde / Pais e Familiares	.603	4
Factor 5 – Interesses Pessoais	.490	2

Uma contribuição para o estudo da validade da escala é a determinação da matriz de correlação entre os diversos factores e o valor global da escala. Refere Vaz-Serra (1994), que as correlações não devem ser demasiado elevadas pois este facto indica-nos que os itens são redundantes, sendo preferível existir uma correlação moderada entre si, facto que nos revela uma sensibilidade a aspectos diferentes do mesmo constructo.

De acordo com os resultados obtidos e que se apresentam na tabela 8, podemos verificar que as correlações entre os cinco factores com o valor global da escala, oscilam entre 0,165 (Factor 5 – Interesses Pessoais vs Factor 1 – Instituições de Saúde / Educação) e 0,749 (Factor 1 – Instituições de Saúde / Educação vs Escala de Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA) sendo altamente significativos. Entre os factores em questão bem como com o valor global da escala existe uma correlação positiva, o que significa que o aumento ou diminuição numa das dimensões da escala se encontra associado a aumentos ou diminuições nas restantes.

Tabela 8 - Matriz de correlação de *Pearson* entre os factores da escala e o valor global da escala

Factores	Instituições de Saúde/Educação	Meios de Comunicação/ Educação pelos pares	Formação	Profissionais de saúde/Pais e familiares	Interesses pessoais
Factor 2 – Meios de Comunicação / Educação pelos Pares	0.219 ***	-			
Factor 3 – Formação	0.463 ***	0.366 ***	-		
Factor 4 – Profissionais de Saúde / Pais e Familiares	0.460 ***	0.308 ***	0.444 **	-	
Factor 5 – Interesses Pessoais	0.161 ***	0.232 ***	0.301 ***	0.266 n.s.	-
Escala de Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA	0.749 ***	0.653 ***	0.762 ***	0.730 ***	0.435 ***

5.3. Escala de avaliação da educação para a saúde na área da SIDA (EAES)

O modo como interactivam ou se sobrepõem os diferentes itens que compõem a escala da avaliação da educação para a saúde é um dos motivos do nosso estudo, pois têm suscitado diferentes pontos de vista. Foi esta perspectiva que tivemos em atenção nesta investigação.

Resultados psicométricos da escala de avaliação da educação para a saúde no presente estudo

Apresentamos na tabela 9 as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global da escala de avaliação da educação para a saúde.

Apenas 1854 casos foram considerados no estudo desta escala ao que corresponde 92.60% do total da amostra. As estatísticas dos 42 itens que constituem a escala revelam que os índices médios obtidos num intervalo de 1 a 5 estão bem centrados pois situam-se acima do valor médio, oscilando entre 3.17 no item 22-“Foi apresentada uma ideia por parágrafo” e os 3.68 no item 40-“O conteúdo educacional estava actualizado”.

Quanto aos resultados da correlação de cada item com a nota global, ressalta que todos os indicados apresentam um valor positivo e significativo sendo superior a 0.2, razão pela qual não foi eliminado qualquer dos itens. O valor mínimo obtido foi de ($r= 0.413$) no item 1-“Prelecção e ensino programado” que explica 17.0% da sua variabilidade com a pontuação global e o máximo é de ($r=0.761$) no item 35-“Os exemplos utilizados contêm as características centrais das ideias e conceitos” que explica 57.91% de variabilidade.

Tabela 9 – Correlação de *Pearson* entre os diferentes itens e valor global da escala de avaliação da educação para a saúde

	Média	Desvio Padrão	Correlação <i>r</i>
1. Prelecção e ensino programado.	3.63	1.00	0.413
2. Discussão, simulação, jogos e dramatização.	3.57	1.01	0.479
3. Ensino de pares, jogos, dramatização.	3.42	1.04	0.437
4. Prelecção, questionamento, demonstração.	3.60	0.97	0.471
5. Discussão de classe, ensino de pares, projectores de grupo.	3.50	1.00	0.444
6. Dramatização, simulação, jogos e exercício.	3.36	1.04	0.472
7. Os objectivos de aprendizagem estavam claros para o grupo alvo.	3.57	0.99	0.741
8. Os objectivos da sessão abrangiam os pontos principais do material de educação para a saúde.	3.57	0.98	0.755
9. A relevância do conteúdo para o grupo alvo estava claramente definida.	3.52	0.98	0.745
10. As frases eram mantidas por ordem cronológica.	3.30	0.98	0.649
11. Os títulos e subtítulos eram claros e informativos.	3.58	0.96	0.753
12. Os desenhos e ilustrações estavam rotulados de modo claro.	3.63	0.98	0.729
13. O conteúdo foi apresentado sem preconceitos, respeitando a livre escolha por parte do grupo alvo.	3.75	1.02	0.740
14. O conteúdo foi apresentado de modo que relata e integra nova informação na que já era conhecida e compreendida pelo grupo alvo.	3.56	0.96	0.750
15. O conteúdo de ensino é apropriado para os padrões da comunidade.	3.48	0.97	0.739
16. O foco do material de educação para a saúde estava no cumprimento das tarefas de aprendizagem.	3.47	0.85	0.731
17. O conteúdo educacional estava escrito num estilo específico e centrado no estudante.	3.46	0.91	0.691
18. O conteúdo incluía descrições das sensações físicas que o grupo alvo pode experimentar durante os procedimentos de diagnóstico e de tratamento.	3.17	0.97	0.750
19. O vocabulário do material de educação para a saúde incidia em palavras usadas correntemente pelo grupo alvo.	3.44	0.91	0.702
20. As ideias e pontos importantes do conteúdo foram repetidas como reforço.	3.52	0.92	0.718
21. A informação mais importante para o grupo alvo foi apresentada primeiro.	3.41	0.93	0.659
22. Foi apresentada uma ideia por parágrafo.	3.17	0.88	0.603
23. Foram usadas frases pequenas e simples para incluir uma ideia de cada vez.	3.38	0.92	0.679
24. Foi incluída uma lista de recursos que fornece mais informação sobre o assunto.	3.29	0.96	0.627
25. Os termos de saúde foram definidos.	3.45	0.94	0.674
26. O conteúdo foi apresentado em termos concretos e não em conceitos e ideias abstractas.	3.48	0.91	0.719
27. A primeira frase de cada parágrafo era a frase tópico.	3.29	0.88	0.615
28. Foram dadas instruções específicas e precisas se se espera que o grupo alvo desempenhe algumas actividades de auto-cuidado.	3.44	0.94	0.691
29. Os desenhos e ilustrações eram reconhecíveis pelo grupo alvo com ou sem texto explicativo.	3.57	0.92	0.733
30. O conteúdo focava no que o grupo alvo deve fazer bem como no que necessitava de saber.	3.58	0.89	0.747
31. Os desenhos e ilustrações representavam o conteúdo com rigor para melhorar a compreensão do material.	3.51	0.90	0.691
32. Foram fornecidas oportunidades para o grupo alvo usar os novos conceitos.	3.25	0.90	0.628
33. Foi dada igual consideração ao sexo na utilização de pronomes.	3.28	0.89	0.637
34. A finalidade do material de educação para a saúde estava claro para o grupo alvo de formandos.	3.45	0.89	0.741
35. Os exemplos utilizados contêm as características centrais das ideias e conceitos apresentados.	3.48	0.90	0.761
36. Foram utilizados exemplos para ligar aquilo que o grupo alvo já sabe com o conteúdo a ser ensinado.	3.53	0.91	0.732
37. Os objectivos de aprendizagem e o conteúdo educacional relacionavam-se uns com os outros.	3.53	0.90	0.726
38. Foi utilizada a voz activa.	3.56	0.94	0.702
39. Os objectivos de aprendizagem do material de educação para a saúde estavam relacionados com o resultado pretendido.	3.54	0.90	0.747
40. O conteúdo educacional estava actualizado.	3.68	0.96	0.711
41. Foram incluídos resumos rigorosos e coerentes ao longo do material de educação para a saúde.	3.40	0.91	0.657
42. As ideias apresentadas estavam logicamente relacionadas e apresentavam uma estrutura coerente.	3.69	0.93	0.687

Depois de verificarmos o modo como cada item se correlaciona com o valor global da escala, iniciamos o estudo da análise factorial exploratória tendo o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO=0.981)

revelado um valor que é classificado de muito bom. Por sua vez a comunalidade após a extracção é razoável já que oscila entre os 0.478 no item 24 e 0.763 no item 2.

Os valores de *alfa de Cronbach* são classificados de muito bons pois variam entre 0.968 e 0.969 e os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o indicador menos favorável é o item 1 “Prelecção e ensino programado” um vez que é o que apresenta menor correlação ($r=0.201$) enquanto o indicador mais favorável para a educação é o item 35, ($r=0.746$) por apresentar a maior variabilidade de resposta (55.65%).

Também os índices de consistência interna obtido pelo método das metades “*split-half*” (cf. Tabela 10) se revelaram muito bons, sendo de 0.938 para a primeira metade e 0.955 para a segunda metade, enquanto o valor de *alfa* global foi de 0.969.

Tabela 10 – Consistência interna da escala de avaliação da educação para a saúde

	Média	Desvio Padrão	Ritem-total (s/item)	α sem item	h^2
1. Prelecção e ensino programado.	3.63	1.00	0.381	0.969	0.535
2. Discussão, simulação, jogos e dramatização.	3.57	1.01	0.449	0.969	0.763
3. Ensino de pares, jogos, dramatização.	3.42	1.04	0.404	0.969	0.745
4. Prelecção, questionamento, demonstração.	3.60	0.97	0.442	0.969	0.637
5. Discussão de classe, ensino de pares, projectores de grupo.	3.50	1.00	0.413	0.969	0.676
6. Dramatização, simulação, jogos e exercício.	3.36	1.04	0.441	0.969	0.643
7. Os objectivos de aprendizagem estavam claros para o grupo alvo.	3.57	0.99	0.723	0.698	0.684
8. Os objectivos da sessão abrangiam os pontos principais do material de educação para a saúde.	3.57	0.98	0.738	0.698	0.747
9. A relevância do conteúdo para o grupo alvo estava claramente definida.	3.52	0.98	0.727	0.698	0.722
10. As frases eram mantidas por ordem cronológica.	3.30	0.98	0.627	0.698	0.565
11. Os títulos e subtítulos eram claros e informativos.	3.58	0.96	0.737	0.698	0.714
12. Os desenhos e ilustrações estavam rotulados de modo claro.	3.63	0.98	0.710	0.698	0.647
13. O conteúdo foi apresentado sem preconceitos, respeitando a livre escolha por parte do grupo alvo.	3.75	1.02	0.721	0.698	0.683
14. O conteúdo foi apresentado de modo que relata e integra nova informação na que já era conhecida e compreendida pelo grupo alvo.	3.56	0.96	0.734	0.698	0.698
15. O conteúdo de ensino é apropriado para os padrões da comunidade.	3.48	0.97	0.721	0.698	0.658
16. O foco do material de educação para a saúde estava no cumprimento das tarefas de aprendizagem.	3.47	0.85	0.715	0.698	0.560
17. O conteúdo educacional estava escrito num estilo específico e centrado no estudante.	3.46	0.91	0.672	0.698	0.502
18. O conteúdo incluía descrições das sensações físicas que o grupo alvo pode experimentar durante os procedimentos de diagnóstico e de tratamento.	3.17	0.97	0.544	0.698	0.535
19. O vocabulário do material de educação para a saúde incidia em palavras usadas correntemente pelo grupo alvo.	3.44	0.91	0.684	0.698	0.551
20. As ideias e pontos importantes do conteúdo foram repetidas como reforço.	3.52	0.92	0.700	0.698	0.539
21. A informação mais importante para o grupo alvo foi apresentada primeiro.	3.41	0.93	0.638	0.698	0.480
22. Foi apresentada uma ideia por parágrafo.	3.17	0.88	0.581	0.698	0.538
23. Foram usadas frases pequenas e simples para incluir uma ideia de cada vez.	3.38	0.92	0.659	0.698	0.550
24. Foi incluída uma lista de recursos que fornece mais informação sobre o assunto.	3.29	0.96	0.604	0.698	0.478
25. Os termos de saúde foram definidos.	3.45	0.94	0.654	0.698	0.501
26. O conteúdo foi apresentado em termos concretos e não em conceitos e ideias abstractas.	3.48	0.91	0.702	0.698	0.557
27. A primeira frase de cada parágrafo era a frase tópico.	3.29	0.88	0.593	0.698	0.529
28. Foram dadas instruções específicas e precisas se se espera que o grupo alvo desempenhe algumas actividades de auto-cuidado.	3.44	0.94	0.672	0.698	0.515
29. Os desenhos e ilustrações eram reconhecíveis pelo grupo alvo com ou sem texto explicativo.	3.57	0.92	0.716	0.698	0.583
30. O conteúdo focava no que o grupo alvo deve fazer bem como no que necessitava de saber.	3.58	0.89	0.731	0.698	0.618
31. Os desenhos e ilustrações representavam o conteúdo com rigor para melhorar a compreensão do material.	3.51	0.90	0.672	0.698	0.566
32. Foram fornecidas oportunidades para o grupo alvo usar os novos conceitos.	3.25	0.90	0.606	0.698	0.487
33. Foi dada igual consideração ao sexo na utilização de pronomes.	3.28	0.89	0.616	0.698	0.490
34. A finalidade do material de educação para a saúde estava claro para o grupo alvo de formandos.	3.45	0.89	0.725	0.698	0.608
35. Os exemplos utilizados contêm as características centrais das ideias e conceitos apresentados.	3.48	0.90	0.746	0.698	0.639
36. Foram utilizados exemplos para ligar aquilo que o grupo alvo já sabe com o conteúdo a ser ensinado.	3.53	0.91	0.716	0.698	0.619
37. Os objectivos de aprendizagem e o conteúdo educacional relacionavam-se uns com os outros.	3.53	0.90	0.719	0.698	0.620
38. Foi utilizada a voz activa.	3.56	0.94	0.683	0.698	0.587
39. Os objectivos de aprendizagem do material de educação para a saúde estavam relacionados com o resultado pretendido.	3.54	0.90	0.731	0.698	0.641
40. O conteúdo educacional estava actualizado.	3.68	0.96	0.692	0.698	0.655
41. Foram incluídos resumos rigorosos e coerentes ao longo do material de educação para a saúde.	3.40	0.91	0.636	0.698	0.508
42. As ideias apresentadas estavam logicamente relacionadas e apresentavam uma estrutura coerente.	3.69	0.93	0.668	0.698	0.563

Entretanto a extracção dos factores pelo método dos componentes principais seguida de rotação ortogonal de tipo *varimax* reteve para os 42 itens da escala 4 factores com raízes lactentes superiores a 1 que explicam 59.84%% da variância total (cf. tabela 11).

Tabela 11 – Ordenações dos itens por factor da escala de avaliação de educação para a saúde

Itens	Factores			
	1	2	3	4
1. Prelecção e ensino programado.				0.708
2. Discussão, simulação, jogos e dramatização.				0.848
3. Ensino de pares, jogos, dramatização.				0.849
4. Prelecção, questionamento, demonstração.				0.763
5. Discussão de classe, ensino de pares, projectores de grupo.				0.799
6. Dramatização, simulação, jogos e exercício.				0.765
7. Os objectivos de aprendizagem estavam claros para o grupo alvo.		0.702		
8. Os objectivos da sessão abrangiam os pontos principais do material de educação para a saúde.		0.751		
9. A relevância do conteúdo para o grupo alvo estava claramente definida.		0.736		
10. As frases eram mantidas por ordem cronológica.		0.615		
11. Os títulos e subtítulos eram claros e informativos.		0.725		
12. Os desenhos e ilustrações estavam rotulados de modo claro.		0.671		
13. O conteúdo foi apresentado sem preconceitos, respeitando a livre escolha por parte do grupo alvo.		0.691		
14. O conteúdo foi apresentado de modo que relata e integra nova informação na que já era conhecida e compreendida pelo grupo alvo.		0.710		
15. O conteúdo de ensino é apropriado para os padrões da comunidade.		0.673		
16. O foco do material de educação para a saúde estava no cumprimento das tarefas de aprendizagem.		0.476		
17. O conteúdo educacional estava escrito num estilo específico e centrado no estudante.		0.478		
18. O conteúdo incluía descrições das sensações físicas que o grupo alvo pode experimentar durante os procedimentos de diagnóstico e de tratamento.			0.673	
19. O vocabulário do material de educação para a saúde incidia em palavras usadas correntemente pelo grupo alvo.			0.530	
20. As ideias e pontos importantes do conteúdo foram repetidas como reforço.	0.455			
21. A informação mais importante para o grupo alvo foi apresentada primeiro.			0.475	
22. Foi apresentada uma ideia por parágrafo.			0.652	
23. Foram usadas frases pequenas e simples para incluir uma ideia de cada vez.			0.569	
24. Foi incluída uma lista de recursos que fornece mais informação sobre o assunto.			0.535	
25. Os termos de saúde foram definidos.			0.469	
26. O conteúdo foi apresentado em termos concretos e não em conceitos e ideias abstractas.	0.515			
27. A primeira frase de cada parágrafo era a frase tópico.			0.621	
28. Foram dadas instruções específicas e precisas se se espera que o grupo alvo desempenhe algumas actividades de auto-cuidado.	0.511			
29. Os desenhos e ilustrações eram reconhecíveis pelo grupo alvo com ou sem texto explicativo.	0.607			
30. O conteúdo focava no que o grupo alvo deve fazer bem como no que necessitava de saber.	0.642			
31. Os desenhos e ilustrações representavam o conteúdo com rigor para melhorar a compreensão do material.	0.640			
32. Foram fornecidas oportunidades para o grupo alvo usar os novos conceitos.			0.509	
33. Foi dada igual consideração ao sexo na utilização de pronomes.			0.505	
34. A finalidade do material de educação para a saúde estava claro para o grupo alvo de formandos.	0.620			
35. Os exemplos utilizados contêm as características centrais das ideias e conceitos apresentados.	0.639			
36. Foram utilizados exemplos para ligar aquilo que o grupo alvo já sabe com o conteúdo a ser ensinado.	0.661			
37. Os objectivos de aprendizagem e o conteúdo educacional relacionavam-se uns com os outros.	0.679			
38. Foi utilizada a voz activa.	0.671			
39. Os objectivos de aprendizagem do material de educação para a saúde estavam relacionados com o resultado pretendido.	0.673			
40. O conteúdo educacional estava actualizado.	0.721			
41. Foram incluídos resumos rigorosos e coerentes ao longo do material de educação para a saúde.	0.580			
42. As ideias apresentadas estavam logicamente relacionadas e apresentavam uma estrutura coerente.	0.656			

O factor 1- "Recursos educativos", saturou os itens 40, 37, 39, 38, 36, 42, 30, 31, 35, 34, 29, 41, 26, 28 e 20 e explica 20.12% da variância total.

O factor 2- "Processo de aprendizagem", explica 16.24% da variância total, e é constituído pelos itens, 8, 9, 11, 14, 7, 13, 15, 12, 10, 17 e 16.

Na constituição do factor 3- "Conteúdos", que explica 12.95% da variância total entram os itens 18, 22, 27, 23, 24, 19, 32, 33, 21 e 25.

Finalmente o factor 4- "Métodos educativos", explica 10.43% da variância total, sendo constituído pelos itens 3, 2, 5, 6, 4 e 1.

Tabela 12 – Valores da variância em relação aos factores

Factores	Eigenvalue	% Variância	% Variância acumulada
Factor 1 – Recursos educativos	8.489	20.212	20.212
Factor 2 – Processo de Aprendizagem	6.823	16.245	36.456
Factor 3 – Conteúdos	5.442	12.956	49.412
Factor 4 – Métodos educativos	4.381	10.431	59.843

Completamos os estudos de validade apresentando nas tabelas 11 e 12 os valores de *alfa de Cronbach* por factores para a escala de avaliação da educação para a saúde e a matriz de correlação de *Pearson* entre cada sub-escala. No que se refere à primeira notamos que as quatro subescalas apresentam valores de *alfa* que são classificados de muito boas, já que oscilam entre 0.892 na sub-escala 3 e 0.948 na sub-escala 1 (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Valores de alfa de Cronbach por sub escala

Factor	Alfa de Cronbach	N de Itens
Escala de avaliação da educação para a saúde na área da Sida (EAES)	.969	42
Factor 1 – Recursos educativos	.948	15
Factor 2 – Processo de Aprendizagem	.943	11
Factor 3 – Conteúdos	.892	10
Factor 4 – Métodos educativos	.902	6

Quanto aos resultados obtidos com a matriz de correlação observamos pela tabela 14 que as correlações entre as quatro subescalas e valor global, se classificam entre o razoável e o bom uma vez que se situam entre ($r=0,556$) (Factor 4 – Métodos educativos vs Escala de avaliação da educação para a saúde na área da Sida) e ($r=0,943$) (Factor 1 – Recursos educativos vs Escala de avaliação da educação para a saúde na área da Sida). Entre as subescalas a maior correlação ($r=0.855$) observa-se entre (Factor 1 – Recursos educativos vs Factor 3 – Conteúdos) e a menor entre (Factor 3 – Conteúdos vs Factor 4 – Métodos educativos) sendo todas positivas e estatisticamente significativas, pelo que se pode afirmar que ao aumento ou diminuição nos valores duma escala corresponde aumento ou diminuição com a qual se correlaciona.

Tabela 14 - Matriz de correlação de *Pearson* entre os factores da escala avaliação da educação para a saúde na área da SIDA e o valor global

Factores	Recursos Educativos	Processo de Aprendizagem	Conteúdos	Métodos Educativos
Processo de Aprendizagem	0.810 ***	-		
Conteúdos	0.855 ***	0.748 ***	-	
Métodos Educativos	0.367 ***	0.425 ***	0.345 **	-
Escala de Avaliação e Educação para a Saúde na área da SIDA	0.943***	0.913 ***	0.898 ***	0.556 ***

5.4. Escala Saúde e relacionamento

O "Health and Relationship Survey", ou Inquérito sobre a Saúde e relacionamentos, designado neste estudo por Escala Saúde e relacionamento avalia os níveis de informação para a prevenção da SIDA do inquirido, em categorias que têm relevância para a prática do comportamento preventivo e que a investigação de eliciação em estudantes universitários heterossexuais e em populações adultas (Misovich, Pittman, Fisher. & Fisher, 1993) indica poder ser deficiente. Para os autores os itens 1 até 33 medem/avaliam áreas da informação para a prevenção da SIDA que são relevantes para o comportamento preventivo, e focam-se em tópicos, tais como o conhecimento acerca da eficácia dos preservativos na prevenção da SIDA, e conhecimento acerca da probabilidade ou improbabilidade dos vectores de transmissão do VIH. Os itens 34 a 37 referem-se à informação que é especificamente relevante para os estudantes universitários, cobrindo as taxas de infecção pelo VIH na população universitária, conhecimento relativo ao local onde se poderá adquirir preservativos no campus universitário, e ao facto de membros daquela população universitária e da mesma faixa etária poderem ser seropositivos sem demonstrarem quaisquer sintomas óbvios. Estes quatro itens podem ser substituídos por outros itens informativos que cubram os mesmos três tópicos, mas que sejam especificamente relevantes para diferentes populações igualmente em estudo. Os itens 38 a 45 medem/avaliam a defesa incorrecta de "informação heurística sobre a SIDA": regras de decisão simples, mas inválidas que os indivíduos invocam para fazer julgamentos rápidos mas incorrectos acerca do praticar ou não sexo seguro e que se descobriu estarem directamente relacionados com os níveis de comportamento de risco da SIDA (Misovich, Fisher, & Fisher, 1996, 1997).

A pontuação da escala de informação sobre a SIDA é conseguida através da dicotomização de cada item num valor de 1 (correcto) ou 0 (incorrecto), seguido da soma do valor dos itens. Para fazer os itens verdadeiros, respostas de 1 (*concordo bastante*) ou 2 (*concordo relativamente*) devem ser recodificadas como 1, e todas as outras respostas (incluindo valores omissos) devem ser recodificadas como 0. Para os itens falsos, respostas de 4 (*discordo relativamente*) ou 5 (*discordo muito*) devem ser recodificadas como 1, e todas as outras respostas devem ser recodificadas como 0.

Os itens devem, então, ser somados para formar uma escala de pontuação relativa à informação sobre a prevenção da SIDA. O *alfa de Cronbach* para esta escala, quando usada numa população de estudantes universitários, foi de 0.750, e a média para a amostra foi de 33.5.

Evidências relativas à validade são fornecidas por resultados que demonstram que as pontuações da informação para a prevenção da SIDA melhoraram significativamente em resposta a uma intervenção que sublinhou informação relevante para a prevenção da SIDA, mas não na condição de controlo desta intervenção (Fisher, *et al.*, 1996), e pelas descobertas que confirmam o papel da informação relativa à prevenção da SIDA, tal como especificado pelo modelo IBM, usando uma variedade de itens similares em diversas populações em risco (Fisher, *et al.*, 1994; Fisher, *et al.*, 1998).

Resultados psicométricos da escala saúde e relacionamento no presente estudo

As estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global da escala sobre saúde e relacionamentos são apresentadas na tabela 15. Esta escala ordinal tipo *Likert* de 1 a 5 é constituída por 45 itens que para efeitos de tratamento estatístico tal como indicações do autor foi recodificada tomando o valor 1 os inquiridos que responderam concordo totalmente ou concordo e o valor 0 (zero) quem optou pelas respostas “nem concordo nem discordo”, “discordo” ou “discordo totalmente” nas afirmações correctas. Assim, dos 2002 casos que foram considerados no estudo as estatísticas revelam que os índices médios na sua quase maioria estão bem centrados pois situam-se acima do valor médio. Os itens com índices médios mais baixos são o 17-“Nas relações sexuais, os homens podem transmitir o vírus da SIDA às mulheres com mais facilidade do que as mulheres aos homens” e o 44-“Se duas pessoas só têm sexo uma com a outra, não é necessário praticar sexo seguro”.

Efectuada a primeira correlação dos itens com a nota global, ressalta que todos os itens apresentam um valor positivo mas por serem inferiores a 0.2, foram eliminados os itens 11, 17, 34, 35, 42 e 44. Para os restantes indicadores o valor mínimo foi de ($r= 0.214$) no item 9 -“Não existem casos de pessoas que contraem o vírus da SIDA através de contactos de saliva” e o máximo no item 45 ($r=0.551$) “As pessoas de zonas urbanas devem seguir à risca as orientações sobre sexo seguro, mas as pessoas de zonas rurais não necessitam de o fazer.”

Deste modo realizamos uma segunda correlação e pelos resultados obtidos notamos que o valor de r mais baixo se situa no item 9 ($r= 0.217$) “Não existem casos de pessoas que contraem o vírus da SIDA através de contactos de saliva” e o mais elevado no item 45 ($r=0.562$) “As pessoas de zonas urbanas devem seguir à risca as orientações sobre sexo seguro, mas as pessoas de zonas rurais não necessitam de o fazer”, que explica 31.58% da sua variabilidade.

Tabela 15 – Estatísticas e correlação de *Pearson* entre os diferentes itens e valor global da escala de saúde e relacionamento

	Média	Desvio Padrão	1ª correlação <i>r</i>	2ª correlação <i>r</i>
1. A taxa mais elevada de vírus que causa a SIDA encontra-se no sangue e sêmen, mais do que noutros fluidos corporais.	0.84	0.369	0.358	0.344
2. Estima-se que mais de 53.000 Portugueses estão actualmente infectados com o vírus da SIDA.	0.38	0.485	0.246	0.221
3. Se não se usar preservativo, retirar o pénis imediatamente antes do orgasmo reduz o risco de contrair o vírus da SIDA, ao ponto de ser altamente improvável contrai-lo.	0.90	0.302	0.473	0.496
4. É pouco provável contrair o vírus da SIDA através da partilha de seringas de alguém que tem o vírus.	0.85	0.361	0.510	0.511
5. Actualmente, é pouco provável que uma transfusão sanguínea transmita o vírus da SIDA.	0.41	0.492	0.314	0.317
6. O sexo oral desprotegido é menos arriscado do que o sexo vaginal desprotegido, relativamente à transmissão do vírus da SIDA.	0.54	0.499	0.253	0.269
7. A maioria das pessoas que foram expostas ao vírus da SIDA mostra sintomas visíveis de doença grave.	0.53	0.499	0.459	0.460
8. O vírus da SIDA não se transmite através de espirros ou tosse.	0.77	0.422	0.459	0.460
9. Não existem casos de pessoas que contraem o vírus da SIDA através de contactos de saliva.	0.57	0.495	0.214	0.217
10. Pode estar-se infectado com o vírus da SIDA durante cinco ou mais anos sem desenvolver SIDA.	0.74	0.439	0.430	0.423
11. Muitas pessoas contraíram o vírus da SIDA através de transfusões sanguíneas.	0.50	0.500	0.196	
12. É pouco seguro usar fontes ou casas-de-banho públicas que possam ter sido usadas por alguém que tem o vírus da SIDA.	0.58	0.494	0.332	0.352
13. Algumas pessoas contraíram o vírus da SIDA através do suor de pessoas infectadas em ginásios ou health clubs.	0.81	0.389	0.483	0.502
14. Se se beijar alguém que tenha o vírus da SIDA, é provável que se contraia a doença.	0.81	0.394	0.422	0.437
15. Uma mulher grávida infectada com o vírus da SIDA não transmite o vírus ao filho.	0.73	0.445	0.440	0.440
16. O vírus da SIDA não se transmite através dos mosquitos.	0.38	0.484	0.307	0.301
17. Nas relações sexuais, os homens podem transmitir o vírus da SIDA às mulheres com mais facilidade do que as mulheres aos homens.	0.11	0.316	0.019	
18. Os lubrificantes à base de óleo, tal como a vaselina, devem usar-se para lubrificar os preservativos.	0.52	0.500	0.310	0.327
19. Os preservativos podem ser guardados com segurança na carteira por mais de dois meses.	0.61	0.488	0.456	0.444
20. Para que o preservativo reduza eficazmente o risco da SIDA, deve ser colocado antes da ocorrência de qualquer contacto sexual.	0.81	0.394	0.500	0.486
21. Os preservativos naturais feitos de produtos animais são tão eficazes quanto os de látex na prevenção do vírus da SIDA.	0.28	0.447	0.323	0.319
22. Os médicos especialistas acreditam que a maioria das pessoas infectadas com o vírus da SIDA vão eventualmente desenvolver SIDA.	0.57	0.495	0.230	0.226
23. Para que o vírus da SIDA seja transmitido de uma pessoa para outra, tem que existir contacto directo entre o sangue, secreções vaginais ou sêmen, com o sangue de outra pessoa.	0.84	0.366	0.260	0.266
24. Tal como os alimentos, os preservativos têm um prazo de validade, pelo que não se deve comprá-los quando a data de validade já tiver expirado.	0.84	0.362	0.469	0.452
25. Nonoxynol-9 (encontrado em alguns espermicidas e sabonetes), mostraram conseguir matar o vírus da SIDA.	0.50	0.500	0.350	0.360
26. Se se fizer um teste de SIDA "confidencial", tem que se dar o nome para o site de testes.	0.59	0.492	0.262	0.271
27. Pode contrair-se o vírus da SIDA através da comida que foi preparada por alguém que tenha o vírus.	0.81	0.389	0.536	0.549
28. As crianças que têm o vírus da SIDA podem espalhá-lo facilmente a outras crianças.	0.67	0.470	0.387	0.405
29. Não é seguro partilhar copos de bebidas e utensílios de cozinha com pessoas que têm o vírus da SIDA.	0.60	0.490	0.501	0.514
30. Muitos profissionais de saúde foram infectados por tratarem de pessoas com o vírus da SIDA.	0.45	0.497	0.254	0.278
31. Os animais domésticos podem transmitir o vírus da SIDA aos humanos.	0.57	0.495	0.331	0.348
32. Se se praticar sexo desprotegido e se o teste sanguíneo para o VIH feito duas semanas mais tarde der negativo, é certo que não se esteve exposto ao vírus da SIDA.	0.62	0.487	0.500	0.497
33. Quando usados devidamente, os preservativos de látex reduzem fortemente a hipótese de transmissão do vírus da SIDA.	0.80	0.402	0.508	0.496
34. De acordo com um estudo recente, 1 em cada 500 estudantes universitários já estiveram expostos ao vírus da SIDA.	0.27	0.444	0.120	
35. Há vários locais nos campus universitários onde se pode adquirir preservativos a qualquer hora da noite.	0.34	0.474	0.207	
36. A maioria dos estudantes universitários que contraem o vírus da SIDA na universidade sentem-se bem e não mostrarão sintomas de SIDA ao longo do seu percurso universitário.	0.30	0.460	0.273	0.253
37. Se se conhecer o percurso e estilo de vida sexual de alguém antes de se ter sexo com ele, não é necessário usar preservativo.	0.85	0.357	0.498	0.525
38. O modo como as pessoas se comportam connosco quando as conhecemos é provavelmente um bom indicador sobre se são ou não o tipo de pessoas que foram expostas ao vírus da SIDA.	0.79	0.410	0.428	0.454
39. Só é necessário usar preservativo nas relações "de uma noite".	0.91	0.288	0.515	0.540
40. Pode dizer-se se um potencial parceiro sexual corre o risco de ter SIDA através do modo como se veste e da sua aparência.	0.91	0.285	0.541	0.564
41. Quando se sente que se conhece bem alguém, já não é necessário praticar sexo seguro.	0.81	0.396	0.459	0.482
42. Perguntar ao parceiro sobre a história da sua vida sexual é uma boa maneira de perceber se é necessário ou não praticar sexo seguro com ele.	0.23	0.423	0.051	
43. Desde que não se pertença a um grupo de "alto risco", tal como os gays ou toxicodependentes, não é necessário preocupar-se com a possibilidade de eles nos contagiarem com o vírus da SIDA.	0.86	0.346	0.536	0.547
44. Se duas pessoas só têm sexo uma com a outra, não é necessário praticar sexo seguro.	0.16	0.365	0.070	
45. As pessoas de zonas urbanas devem seguir à risca as orientações sobre sexo seguro, mas as pessoas de zonas rurais não necessitam de o fazer.	0.88	0.321	0.551	0.562

O teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* ao apresentar um valor de ($KMO=0.926$) permite continuarmos com o processo de validação da escala. Nesse sentido determinamos a comunalidade inicial e após a extracção, que é razoável, dado que os valores encontrados se situam entre os 0.363 no indicador 36 -"A maioria dos estudantes universitários que contraem o vírus da SIDA na universidade sentir-se-ão bem e não mostrarão sintomas de SIDA ao longo do seu percurso universitário" e 0.709 no item 24 -"Tal como os alimentos, os preservativos têm um prazo de validade, pelo que não se deve comprá-los quando a data de validade já tiver expirado".

No que se refere aos índices de *alfa de Cronbach* estes oscilam entre 0.849 e 0.857 para um *alfa* global de 0.855. Já o índice de *split-half* apresenta-se com valores razoáveis, porque na primeira metade se registou um valor de 0.728 e na segunda de 0.796. Analisando os coeficientes de correlação item total corrigido observa-se que o indicador menos favorável é o item 9-"Não existem casos de pessoas que contraem o vírus da SIDA através de contactos de saliva", pois explica somente 2.10% enquanto o indicador mais favorável para a escala saúde e relacionamentos é o item 40-"Pode dizer-se se um potencial parceiro sexual corre o risco de ter SIDA através do modo como se veste e da sua aparência", ao explicar 28.51% da sua variabilidade (cf. Tabela 16).

Tabela 16 – Consistência interna da escala de avaliação da escala saúde e relacionamento

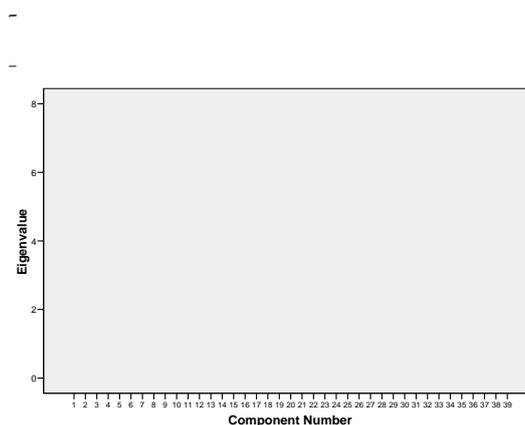
	Média	Desvio Padrão	Ritem-total (s/item)	α sem item	h^2
1. A taxa mais elevada de vírus que causa a SIDA encontra-se no sangue e sêmen, mais do que noutros fluidos corporais.	0.84	0.369	0.294	0.853	0.388
2. Estima-se que mais de 53.000 Portugueses estão actualmente infectados com o vírus da SIDA.	0.38	0.485	0.150	0.857	0.457
3. Se não se usar preservativo, retirar o pénis imediatamente antes do orgasmo reduz o risco de contrair o vírus da SIDA, ao ponto de ser altamente improvável contraí-lo.	0.90	0.302	0.460	0.850	0.519
4. É pouco provável contrair o vírus da SIDA através da partilha de seringas de alguém que tem o vírus.	0.85	0.361	0.469	0.850	0.558
5. Actualmente, é pouco provável que uma transfusão sanguínea transmita o vírus da SIDA.	0.41	0.492	0.248	0.854	0.423
6. O sexo oral desprotegido é menos arriscado do que o sexo vaginal desprotegido, relativamente à transmissão do vírus da SIDA.	0.54	0.499	0.198	0.856	0.505
7. A maioria das pessoas que foram expostas ao vírus da SIDA mostra sintomas visíveis de doença grave.	0.53	0.499	0.398	0.851	0.417
8. O vírus da SIDA não se transmite através de espirros ou tosse.	0.77	0.422	0.408	0.850	0.486
9. Não existem casos de pessoas que contraem o vírus da SIDA através de contactos de saliva.	0.57	0.495	0.145	0.857	0.522
10. Pode estar-se infectado com o vírus da SIDA durante cinco ou mais anos sem desenvolver SIDA.	0.74	0.439	0.367	0.851	0.294
12. É pouco seguro usar fontes ou casas-de-banho públicas que possam ter sido usadas por alguém que tem o vírus da SIDA.	0.58	0.494	0.284	0.854	0.427
13. Algumas pessoas contraíram o vírus da SIDA através do suor de pessoas infectadas em ginásios ou health clubs.	0.81	0.389	0.456	0.850	0.483
14. Se se beijar alguém que tenha o vírus da SIDA, é provável que se contraia a doença.	0.81	0.394	0.387	0.851	0.505
15. Uma mulher grávida infectada com o vírus da SIDA não transmite o vírus ao filho.	0.73	0.445	0.383	0.851	0.357
16. O vírus da SIDA não se transmite através dos mosquitos.	0.38	0.484	0.232	0.855	0.372
18. Os lubrificantes à base de óleo, tal como a vaselina, devem usar-se para lubrificar os preservativos.	0.52	0.500	0.258	0.854	0.401
19. Os preservativos podem ser guardados com segurança na carteira por mais de dois meses.	0.61	0.488	0.382	0.851	0.472
20. Para que o preservativo reduza eficazmente o risco da SIDA, deve ser colocado antes da ocorrência de qualquer contacto sexual.	0.81	0.394	0.438	0.850	0.636
21. Os preservativos naturais feitos de produtos animais são tão eficazes quanto os de látex na prevenção do vírus da SIDA.	0.28	0.447	0.257	0.854	0.486
22. Os médicos especialistas acreditam que a maioria das pessoas infectadas com o vírus da SIDA vão eventualmente desenvolver SIDA.	0.57	0.495	0.154	0.857	0.520
23. Para que o vírus da SIDA seja transmitido de uma pessoa para outra, tem que existir contacto directo entre o sangue, secreções vaginais ou sêmen, com o sangue de outra pessoa.	0.84	0.366	0.213	0.855	0.540
24. Tal como os alimentos, os preservativos têm um prazo de validade, pelo que não se deve comprá-los quando a data de validade já tiver expirado.	0.84	0.362	0.407	0.851	0.709
25. Nonoxynol-9 (encontrado em alguns espermicidas e sabonetes), mostraram conseguir matar o vírus da SIDA.	0.50	0.500	0.292	0.853	0.374
26. Se se fizer um teste de SIDA "confidencial", tem que se dar o nome para o site de testes.	0.59	0.492	0.200	0.856	0.339
27. Pode contrair-se o vírus da SIDA através da comida que foi preparada por alguém que tenha o vírus.	0.81	0.389	0.506	0.849	0.418
28. As crianças que têm o vírus da SIDA podem espalhá-lo facilmente a outras crianças.	0.67	0.470	0.343	0.852	0.501
29. Não é seguro partilhar copos de bebidas e utensílios de cozinha com pessoas que têm o vírus da SIDA.	0.60	0.490	0.456	0.849	0.487
30. Muitos profissionais de saúde foram infectados por tratarem de pessoas com o vírus da SIDA.	0.45	0.497	0.207	0.856	0.417
31. Os animais domésticos podem transmitir o vírus da SIDA aos humanos.	0.57	0.495	0.280	0.854	0.402
32. Se se praticar sexo desprotegido e se o teste sanguíneo para o VIH feito duas semanas mais tarde der negativo, é certo que não se esteve exposto ao vírus da SIDA.	0.62	0.487	0.439	0.849	0.436
33. Quando usados devidamente, os preservativos de látex reduzem fortemente a hipótese de transmissão do vírus da SIDA.	0.80	0.402	0.448	0.850	0.435
36. A maioria dos estudantes universitários que contraem o vírus da SIDA na universidade sentir-se-ão bem e não mostrarão sintomas de SIDA ao longo do seu percurso universitário.	0.30	0.460	0.187	0.856	0.363
37. Se se conhecer o percurso e estilo de vida sexual de alguém antes de se ter sexo com ele, não é necessário usar preservativo.	0.85	0.357	0.484	0.849	0.507
38. O modo como as pessoas se comportam connosco quando as conhecemos é provavelmente um bom indicador sobre se são ou não o tipo de pessoas que foram expostos ao vírus da SIDA.	0.79	0.410	0.403	0.851	0.452
39. Só é necessário usar preservativo nas relações "de uma noite".	0.91	0.288	0.508	0.850	0.602
40. Pode dizer-se se um potencial parceiro sexual corre o risco de ter SIDA através do modo como se veste e da sua aparência.	0.91	0.285	0.534	0.850	0.579
41. Quando se sente que se conhece bem alguém, já não é necessário praticar sexo seguro.	0.81	0.396	0.435	0.850	0.458
43. Desde que não se pertença a um grupo de "alto risco", tal como os gays ou toxicodependentes, não é necessário preocupar-se com a possibilidade de eles nos contagiarem com o vírus da SIDA.	0.86	0.346	0.509	0.849	0.504
45. As pessoas de zonas urbanas devem seguir à risca as orientações sobre sexo seguro, mas as pessoas de zonas rurais não necessitam de o fazer.	0.88	0.321	0.527	0.849	0.538

Efectuada a extracção dos factores obtiveram-se oito factores com *eigenvalues* superiores a 1 e que no conjunto explicavam 47.14 % da variância total (cf. tabela 17).

Tabela 17 - Total Variância explicada

Componentes	Variância explicada		
	Engenvalues	% de variância	Variância acumulada
1	4,278	10,969	10,969
2	3,881	9,952	20,922
3	2,151	5,515	26,436
4	2,020	5,180	31,617
5	1,704	4,369	35,986
6	1,634	4,189	40,175
7	1,401	3,591	43,766
8	1,318	3,381	47,146

Todavia, o gráfico de variâncias designado por *scree plots* diz-nos que o número de componentes a reter se configuram em três, pelo que procedemos a nova análise factorial forçando a três factores. Usamos esse método em detrimento do método de Kaiser dado que o número de casos é suficientemente elevado.

Gráfico 1 - Gráfico de variâncias de *Scree Plot*

Assim, os três factores com raízes lactentes superiores a 1 explicam 31.86% da variância total (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Ordenações dos indicadores por factores da escala Saúde e relacionamento

Itens	Factores		
	1	2	3
1. A taxa mais elevada de vírus que causa a SIDA encontra-se no sangue e sêmen, mais do que noutros fluidos corporais.	0.510		
2. Estima-se que mais de 53.000 Portugueses estão actualmente infectados com o vírus da SIDA.	0.393		
3. Se não se usar preservativo, retirar o pénis imediatamente antes do orgasmo reduz o risco de contrair o vírus da SIDA, ao ponto de ser altamente improvável contrai-lo.		0.497	
4. É pouco provável contrair o vírus da SIDA através da partilha de seringas de alguém que tem o vírus.	0.565		
5. Actualmente, é pouco provável que uma transfusão sanguínea transmita o vírus da SIDA.	0.391		
6. O sexo oral desprotegido é menos arriscado do que o sexo vaginal desprotegido, relativamente à transmissão do vírus da SIDA.		0.306	
7. A maioria das pessoas que foram expostas ao vírus da SIDA mostra sintomas visíveis de doença grave.	0.468		
8. O vírus da SIDA não se transmite através de espirros ou tosse.	0.432		
9. Não existem casos de pessoas que contraem o vírus da SIDA através de contactos de saliva.			0.472
10. Pode estar-se infectado com o vírus da SIDA durante cinco ou mais anos sem desenvolver SIDA.	0.376		
12. É pouco seguro usar fontes ou casas-de-banho públicas que possam ter sido usadas por alguém que tem o vírus da SIDA.			0.571
13. Algumas pessoas contraíram o vírus da SIDA através do suor de pessoas infectadas em ginásios ou health clubs.			0.544
14. Se se beijar alguém que tenha o vírus da SIDA, é provável que se contraia a doença.			0.464
15. Uma mulher grávida infectada com o vírus da SIDA não transmite o vírus ao filho.	0.474		
16. O vírus da SIDA não se transmite através dos mosquitos.	0.396		
18. Os lubrificantes à base de óleo, tal como a vaselina, devem usar-se para lubrificar os preservativos.			0.401
19. Os preservativos podem ser guardados com segurança na carteira por mais de dois meses.	0.554		
20. Para que o preservativo reduza eficazmente o risco da SIDA, deve ser colocado antes da ocorrência de qualquer contacto sexual.	0.732		
21. Os preservativos naturais feitos de produtos animais são tão eficazes quanto os de látex na prevenção do vírus da SIDA.	0.318		
22. Os médicos especialistas acreditam que a maioria das pessoas infectadas com o vírus da SIDA vão eventualmente desenvolver SIDA.			0.282
23. Para que o vírus da SIDA seja transmitido de uma pessoa para outra, tem que existir contacto directo entre o sangue, secreções vaginais ou sêmen, com o sangue de outra pessoa.		0.301	
24. Tal como os alimentos, os preservativos têm um prazo de validade, pelo que não se deve comprá-los quando a data de validade já tiver expirado.	0.757		
25. Nonoxynol-9 (encontrado em alguns espermicidas e sabonetes), mostraram conseguir matar o vírus da SIDA.			0.373
26. Se se fizer um teste de SIDA "confidencial", tem que se dar o nome para o site de testes.			0.402
27. Pode contrair-se o vírus da SIDA através da comida que foi preparada por alguém que tenha o vírus.			0.390
28. As crianças que têm o vírus da SIDA podem espalhá-lo facilmente a outras crianças.			0.459
29. Não é seguro partilhar copos de bebidas e utensílios de cozinha com pessoas que têm o vírus da SIDA.			0.448
30. Muitos profissionais de saúde foram infectados por tratarem de pessoas com o vírus da SIDA.			0.429
31. Os animais domésticos podem transmitir o vírus da SIDA aos humanos.			0.517
32. Se se praticar sexo desprotegido e se o teste sanguíneo para o VIH feito duas semanas mais tarde der negativo, é certo que não se esteve exposto ao vírus da SIDA.	0.542		
33. Quando usados devidamente, os preservativos de látex reduzem fortemente a hipótese de transmissão do vírus da SIDA.	0.566		
36. A maioria dos estudantes universitários que contraem o vírus da SIDA na universidade sentir-se-ão bem e não mostrarão sintomas de SIDA ao longo do seu percurso universitário.	0.380		
37. Se se conhecer o percurso e estilo de vida sexual de alguém antes de se ter sexo com ele, não é necessário usar preservativo.		0.633	
38. O modo como as pessoas se comportam connosco quando as conhecemos é provavelmente um bom indicador sobre se são ou não o tipo de pessoas que foram expostos ao vírus da SIDA.		0.541	
39. Só é necessário usar preservativo nas relações "de uma noite".		0.725	
40. Pode dizer-se se um potencial parceiro sexual corre o risco de ter SIDA através do modo como se veste e da sua aparência.		0.703	
41. Quando se sente que se conhece bem alguém, já não é necessário praticar sexo seguro.		0.568	
43. Desde que não se pertença a um grupo de "alto risco", tal como os gays ou toxicodependentes, não é necessário preocupar-se com a possibilidade de eles nos contagiarem com o vírus da SIDA.		0.635	
45. As pessoas de zonas urbanas devem seguir à risca as orientações sobre sexo seguro, mas as pessoas de zonas rurais não necessitam de o fazer.		0.639	

O factor 1 que designamos por "conhecimentos para a prevenção da SIDA" é constituído pelos itens 24, 20, 33, 4, 19, 32, 1, 15, 7, 8, 16, 2, 5, 36, 10 e 21 e explica 11.81% da variância total.

O factor 2 designado por "crenças comuns aos estudantes universitários", explica 11.23% da variância total, estudou os itens, 39, 40, 45, 43, 37, 41, 38, 3, 6, e 23.

Finalmente no factor 3 denominado por “defesa incorrecta de informação sobre SIDA”, explica 8.81% da variância total entram os itens 12, 13, 31, 9, 14, 28, 29, 30, 26, 18, 27, 25 e 22 (cf. Tabela 19).

Tabela 19 – Valores da variância por factores

Factores	Eigenvalue	% Variância	% Variância acumulada
Factor 1 - Conhecimentos para a prevenção da SIDA	4.610	11.819	11.819
Factor 2 – Crenças comuns aos estudantes universitários	4.380	11.231	23.051
Factor 3 – Defesa incorrecta de informação sobre SIDA	3.437	8.812	31.862

Na tabela 20 apresentamos os valores de *alfa de Cronbach* por factores para a escala saúde e relacionamentos. Como observamos os valores das subescalas crenças comuns aos estudantes e da subescala defesa incorrecta de informação são razoáveis enquanto a subescala conhecimentos para a prevenção de SIDA é boa.

Tabela 20 – Valores de *alfa de Cronbach* por factores da escala saúde e relacionamento

Factor	Alfa de Cronbach	N de Itens
Escala de Saúde e relacionamentos	.855	39
Factor 1 – Conhecimentos para a prevenção da SIDA	.804	16
Factor 2 – Crenças comuns aos estudantes universitários	.789	10
Factor 3 – Defesa incorrecta de informação sobre a SIDA	.723	13

Terminamos com os resultados da matriz de correlação efectuada entre as três subescalas e valor global. Como se expressa na tabela 21 as correlações obtidas para as subescalas oscilam entre o fraco (Defesa incorrecta vs conhecimentos) e o razoável (crenças comuns aos estudantes vs conhecimentos) (Defesa incorrecta vs crenças comuns aos estudantes) e o bom para total da escala: as diferenças encontradas são estatisticamente significativas e estabelecem uma relação directa, ou seja quanto maiores ou menores os valores duma subescala maior ou menor é o valor da outra com a qual se correlaciona.

Tabela 21 - Matriz de correlação de Pearson entre os factores da escala saúde e relacionamento e o valor global

Factores	Conhecimentos	Crenças comuns aos estudantes	Defesa incorrecta
Crenças comuns aos estudantes	0.412 ***	-	
Defesa incorrecta	0.262 ***	0.506 ***	-
Escala Saúde e Relacionamentos	0.786***	0.767 ***	0.747 ***

5.5. Medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA

As medidas do questionário de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA foram baseados nos conceitos e operações da teoria de acção da razão (e.g., Ajzan & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975; Fishbein & Middlestadt, 1989). Para cada um de oito comportamentos críticos para a prevenção da SIDA (e.g., não ter qualquer tipo de relação sexual, conversar com o(a) parceiro(a) sobre sexo seguro, usar sempre preservativos de látex durante as relações sexuais), os primeiros três itens avaliam a atitude do inquirido relativamente ao acto preventivo da SIDA em causa, usando escalas avaliativas bipolares. O item seguinte do questionário avalia as normas subjectivas do inquirido, ou as suas percepções relativas ao facto de os seus parceiros ou parceiras desejarem ou não que eles levem a cabo o comportamento preventivo em questão. O último item do questionário avalia a intenção comportamental do inquirido para pôr em prática o acto preventivo em questão.

Atitudes direccionadas para actos preventivos da SIDA

Para determinar as atitudes dos inquiridos relativamente à prática de comportamentos específicos preventivos da SIDA, os inquiridos avaliam o seu desempenho relativo a oito (8) actos preventivos, usando 3 escalas (de cinco pontos) semânticas diferenciadas (*bom-mau*, *satisfatório-terrível*, e *agradável-desagradável*). Estas avaliações devem ser revertidas de maneira a que cada item seja pontuado de 1 (avaliação positiva) a 5 (avaliação negativa) e somadas de forma a produzir uma escala de pontuação para as atitudes relativas aos comportamentos preventivos (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975). O *alfa de Cronbach* para esta escala, quando usada numa população de estudantes universitários, foi de 0.86, e a pontuação média foi de 65.9. A validade das evidências/provas para a escala é fornecida pelo facto de uma intervenção de prevenção da SIDA que procurou melhorar as atitudes relativas aos actos preventivos ter resultado em atitudes mais favoráveis no que diz respeito à pontuação das escalas de actos preventivos da SIDA, enquanto as condições de controlo não tiveram qualquer impacto nestas pontuações (Fisher, *et al.*, 1996), e igualmente por causa das evidências que dizem respeito à capacidade de itens de atitude muito similares serem capazes de prever as intenções comportamentais de prevenção para pôr em prática a prevenção da SIDA, entre várias amostras em risco (Fisher, Fisher & Rye, 1995).

Normas subjectivas que dizem respeito a actos preventivos da SIDA

Esta escala avalia as normas subjectivas dos inquiridos (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) ou as percepções generalizadas do apoio social dado aos seus comportamentos preventivos da SIDA. Para avaliar as normas sociais relativas ao comportamento preventivo da SIDA dos inquiridos, foi-lhes pedido que completassem itens que medem/avaliam até que ponto eles/elas acreditam que “a maioria das pessoas que são importantes para si” pensam que eles/elas deveriam pôr em prática cada um dos oito comportamentos críticos preventivos da SIDA em causa. Estes itens devem ser pontuados (1 = *totalmente verdadeiro*, 5 = *totalmente falso*, que “a maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu deveria...”) e somados de forma a criar uma medida/avaliação geral das normas sociais relativas à prática de comportamentos preventivos da SIDA (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975). O *alfa de Cronbach* para esta escala, quando usada numa população de estudantes universitários, foi de 0.87, e a média foi de 20.4. A validade das evidências/provas para a escala inclui a capacidade de itens de normas sociais muito similares serem capazes de prever as intenções comportamentais de prevenção da SIDA, entre várias amostras em risco (Fisher, *et al.* 1995).

Intenções comportamentais para a prevenção da SIDA. As intenções comportamentais dos inquiridos (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) para desempenhar cada um dos comportamentos preventivos da SIDA em estudo, são medidos/ avaliados pedindo-lhes que avaliem/pontuem, numa escala de 5 pontos que vai do *muito provável* (1) ao *muito improvável* (5), quão provável é o facto de eles/elas poderem vir a pôr em prática cada um dos oito (8) actos preventivos da SIDA, durante um período de tempo específico (e.g., durante o mês seguinte). As pontuações dos inquiridos (1 = *muito provável*, 5 = *muito improvável*) devem ser somadas de maneira a constituir uma medida/ escala de avaliação das intenções comportamentais para a prevenção da SIDA. O *alfa de Cronbach* para esta escala, quando usada numa população de estudantes universitários, foi de 0.80, e a média foi de 18.7. A validade das evidências/provas para a escala inclui o facto de uma intervenção para a prevenção da SIDA ter produzido alterações nessas intenções comportamentais para a prevenção da SIDA, enquanto a condição controlada não o fez (Fisher, *et al.*, 1996), assim como a existência de evidências de que a capacidade de itens de intenção comportamental muito similares serem capazes de prever comportamentos de prevenção da SIDA, entre várias amostras em risco (Fisher, *et al.* 1995).

Medidas/escalas de capacidades comportamentais

As capacidades comportamentais de prevenção da SIDA são avaliadas com as subescalas que incluem a dificuldade percebida em levar a cabo comportamentos preventivos da SIDA (todos os itens com o formato de resposta *muito fácil de fazer a muito difícil de fazer*) e a eficácia percebida respeitante a comportamentos preventivos da SIDA (todos os itens com o formato de resposta *muito eficazmente a muito ineficazmente*).

A subescala relativa à Dificuldade Percebida em levar a cabo comportamentos preventivos da SIDA, pede aos inquiridos que avaliam/pontuem, numa escala de 5 pontos, quão fácil ou difícil seria para eles/elas pôr em prática 12 comportamentos críticos preventivos da SIDA. Estes itens devem ser somados (1 = *muito difícil de fazer*, 5 = *muito fácil de fazer*) para formar uma escala geral de avaliação/pontuação relativa à Dificuldade Percebida de comportamentos preventivos da SIDA. O *alfa de Cronbach* para esta escala, quando usada numa população de estudantes universitários, foi de 0.74 e a média foi de 44.8. A validade das evidências/provas é fornecida através de descobertas que demonstram que as pontuações da Dificuldade Percebida em levar a cabo comportamentos preventivos da SIDA sofreram alterações como era expectável, como resposta a uma condição experimental de intervenção de prevenção da SIDA, mas não numa condição controlada (Fisher, *et al.*, 1996), assim como através da existência de evidências que demonstra que respostas a itens similares estão significativamente correlacionadas com as avaliações de avaliadores treinados no que respeita à eficácia dos desempenhos (escritos e gravados em vídeo) dos comportamentos preventivos da SIDA.

Resultados psicométricos da escala de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA no presente estudo

A escala de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA é uma escala ordinal tipo *Likert* com 24 indicadores distribuídos por vários módulos cotados de forma crescente de 1 a 5 e quanto maior o valor melhor o resultado. No estudo psicométrico desta escala apenas se consideraram 1993 casos válidos, ou seja 99.55% do total da amostra

No que se refere às estatísticas constata-se pela tabela 22 que os índices médios na sua maioria estão bem centrados já que se situam próximo do valor médio. O indicador 2- "Maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu não devo ter relações sexuais no próximo mês" é o que apresenta índices médios mais elevado

Apenas foi efectuada uma correlação dos item com a nota global, porque todos os resultados indicaram valores positivos acima de ($r=0.2$). A correlação mais baixa foi encontrada no item 2 ($r= 0.321$) que explica 10.30% da sua variabilidade e a mais elevada no item 17-*"A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devia usar sempre preservativos de látex nas relações sexuais, durante o próximo mês"* que explica 50.55% da sua variabilidade com a nota global.

Tabela 22 – Estatísticas e correlação de *Pearson* relativas às medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA

Itens	Média	Desvio Padrão	1ª correlação r
1. Eu não ter relações sexuais no próximo mês seria:	2.52	1.45	0.386
2. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu não devo ter relações sexuais no próximo mês.	2.27	1.37	0.321
3. Não penso ter relações sexuais no próximo mês.	2.50	1.54	0.397
4. Falar sobre sexo seguro (como prevenir o contágio pelo vírus da SIDA) com o(s) meu(s) parceiro(s) antes de ter sexo com eles durante o próximo mês seria:	3.52	1.29	0.544
5. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo falar sobre sexo seguro com o meu parceiro antes de ter sexo com ele.	3.59	1.32	0.571
6. Se eu tiver sexo durante o próximo mês, penso falar sobre sexo seguro com o meu parceiro antes de ter sexo com ele.	3.58	1.35	0.622
7. Tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro (por exemplo, usar preservativos de látex) durante o próximo mês seria:	3.73	1.40	0.635
8. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro durante o próximo mês.	3.36	1.49	0.538
9. Se eu tiver sexo durante o próximo mês, penso tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro	3.77	1.39	0.676
10. Comprar preservativos de látex durante o próximo mês seria:	3.43	1.41	0.649
11. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo comprar preservativos de látex durante o próximo mês.	3.30	1.38	0.662
12. Penso comprar preservativos de látex durante o próximo mês.	3.28	1.42	0.600
13. Ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês seria:	3.60	1.36	0.583
14. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês.	3.58	1.34	0.635
15. Penso ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês.	3.61	1.40	0.589
16. Durante o próximo mês, o meu parceiro e eu usamos sempre preservativos de látex nas relações sexuais seria:	3.82	1.36	0.705
17. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devia usar sempre preservativos de látex nas relações sexuais, durante o próximo mês.	3.85	1.31	0.711
18. Se eu tiver relações sexuais durante o próximo mês, penso usar sempre preservativos de látex.	3.72	1.47	0.631
19. Fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês seria:	2.30	1.18	0.455
20. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês.	2.33	1.21	0.509
21. Penso fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês.	2.16	1.21	0.443
22. Pedir ao seu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês seria:	2.25	1.19	0.527
23. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo pedir ao meu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês.	2.27	1.21	0.535
24. Penso pedir ao meu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês.	2.36	1.32	0.431

Na continuação do estudo da consistência interna da escala determinamos os índices de *alfa de Cronbach*. Os resultados apresentados na tabela 23 indicam boa ou muito boa consistência interna de acordo com os critérios de classificação de Pestana & Gageiro (2005), o mesmo ocorrendo para o índice de *split-half* e *alfa* global da escala. Numa análise aos coeficientes de

correlação item total corrigido continua a verificar-se que o indicador menos favorável é o 2 e o mais favorável o 17.

Para avaliar a validade da análise factorial exploratória da escala utilizou-se o critério *Kaiser-Meyer-Olkin* com os critérios de classificação definidos pelos autores acima citados. Tendo-se observado um ($KMO=0.885$) que denota uma boa correlação entre as variáveis prosseguimos com a análise factorial. As comunalidades extraídas, que representam a percentagem de variância comum das variáveis nos factores extraídos são razoáveis dado que os valores encontrados com excepção do item 8 que é de 0.433 explicando 18.74% são todas superiores a 0.546.

Tabela 23 – Consistência interna da escala de avaliação relativa às medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA

	Média	Desvio Padrão	Ritem-total (s/item)	α sem item	h^2
1. Eu não ter relações sexuais no próximo mês seria:	2.52	1.45	0.315	0.903	0.741
2. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu não devo ter relações sexuais no próximo mês.	2.27	1.37	0.250	0.904	0.546
3. Não penso ter relações sexuais no próximo mês.	2.50	1.54	0.321	0.903	0.634
4. Falar sobre sexo seguro (como prevenir o contágio pelo vírus da SIDA) com o(s) meu(s) parceiro(s) antes de ter sexo com eles durante o próximo mês seria:	3.52	1.29	0.490	0.899	0.623
5. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo falar sobre sexo seguro com o meu parceiro antes de ter sexo com ele.	3.59	1.32	0.518	0.899	0.672
6. Se eu tiver sexo durante o próximo mês, penso falar sobre sexo seguro com o meu parceiro antes de ter sexo com ele.	3.58	1.35	0.573	0.897	0.702
7. Tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro (por exemplo, usar preservativos de látex) durante o próximo mês seria:	3.73	1.40	0.585	0.897	0.547
8. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro durante o próximo mês.	3.36	1.49	0.475	0.900	0.433
9. Se eu tiver sexo durante o próximo mês, penso tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro	3.77	1.39	0.630	0.896	0.603
10. Comprar preservativos de látex durante o próximo mês seria:	3.43	1.41	0.600	0.897	0.677
11. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo comprar preservativos de látex durante o próximo mês.	3.30	1.38	0.615	0.896	0.625
12. Penso comprar preservativos de látex durante o próximo mês.	3.28	1.42	0.546	0.898	0.690
13. Ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês seria:	3.60	1.36	0.530	0.898	0.707
14. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês.	3.58	1.34	0.587	0.897	0.655
15. Penso ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês.	3.61	1.40	0.534	0.898	0.690
16. Durante o próximo mês, o meu parceiro e eu usarmos sempre preservativos de látex nas relações sexuais seria:	3.82	1.36	0.664	0.895	0.715
17. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devia usar sempre preservativos de látex nas relações sexuais, durante o próximo mês.	3.85	1.31	0.672	0.895	0.642
18. Se eu tiver relações sexuais durante o próximo mês, penso usar sempre preservativos de látex.	3.72	1.47	0.578	0.897	0.635
19. Fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês seria:	2.30	1.18	0.401	0.901	0.709
20. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês.	2.33	1.21	0.456	0.900	0.693
21. Penso fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês.	2.16	1.21	0.387	0.901	0.768
22. Pedir ao seu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês seria:	2.25	1.19	0.476	0.899	0.797
23. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo pedir ao meu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês.	2.27	1.21	0.485	0.899	0.754
24. Penso pedir ao meu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês.	2.36	1.32	0.369	0.902	0.608

De acordo com a regra de *engeivales* superiores a 1 e com o *scree plot* a estrutura da escala percepções sobre comportamentos seguros é explicada por quatro factores latentes que no conjunto explicavam 66.10 % da variância total (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Ordenações dos indicadores por factores da escala relativa às medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA

Itens	Factores			
	1	2	3	4
1. Eu não ter relações sexuais no próximo mês seria:				0.841
2. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu não devo ter relações sexuais no próximo mês.				0.715
3. Não penso ter relações sexuais no próximo mês.				0.732
4. Falar sobre sexo seguro (como prevenir o contágio pelo vírus da SIDA) com o(s) meu(s) parceiro(s) antes de ter sexo com eles durante o próximo mês seria:			0.759	
5. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo falar sobre sexo seguro com o meu parceiro antes de ter sexo com ele.			0.788	
6. Se eu tiver sexo durante o próximo mês, penso falar sobre sexo seguro com o meu parceiro antes de ter sexo com ele.			0.774	
7. Tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro (por exemplo, usar preservativos de látex) durante o próximo mês seria:			0.473	
8. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro durante o próximo mês.			0.580	
9. Se eu tiver sexo durante o próximo mês, penso tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro	0.531			
10. Comprar preservativos de látex durante o próximo mês seria:	0.804			
11. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo comprar preservativos de látex durante o próximo mês.	0.734			
12. Penso comprar preservativos de látex durante o próximo mês.	0.796			
13. Ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês seria:	0.827			
14. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês.	0.767			
15. Penso ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês.	0.813			
16. Durante o próximo mês, o meu parceiro e eu usamos sempre preservativos de látex nas relações sexuais seria:	0.755			
17. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devia usar sempre preservativos de látex nas relações sexuais, durante o próximo mês.	0.701			
18. Se eu tiver relações sexuais durante o próximo mês, penso usar sempre preservativos de látex.	0.666			
19. Fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês seria:		0.835		
20. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês.		0.812		
21. Penso fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês.		0.873		
22. Pedir ao seu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês seria:		0.877		
23. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo pedir ao meu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês.		0.874		
24. Penso pedir ao meu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês.		0.763		

O factor 1 - "Comprar e usar preservativos", saturou os itens 13, 15, 19, 12, 14, 16, 11, 17, 18 e 9 e explica 24.81% da variância total. O factor 2 que se denominou por "Fazer o teste da SIDA", explica 18.07% da variância total, e é constituído pelos itens, 22, 21, 23, 19, 20 e 24. O factor 3 foi designado por "Falar sobre sexo seguro", explica 12.62% da variância total e saturou os itens 5, 6, 4, 8 e 7. O factor 4 "Não ter relações sexuais", explica 10.56% da variância total, é constituído pelos itens 1, 2 e 3 (cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Valores da variância por factor

Factores	Eigenvalue	% Variância	% Variância acumulada
Factor 1 - Comprar e usar preservativos	5.956	24.817	24.817
Factor 2 – Fazer o teste da SIDA	4.338	18.075	42.892
Factor 3 – Falar sobre sexo seguro	3.036	12.650	55.542
Factor 4 – Não ter relações sexuais	2.535	10.561	66.103

Determinamos os valores de *alfa* para cada subescala e pelos resultados obtidos concluímos que a consistência interna dos itens que constituem a escala relativa às medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA é muito boa para as subescalas 1 e 2, e boa para as restantes subescalas (cf. Tabela 26).

Tabela 26 – Valores de *alfa de Cronbach* por factores da escala relativa às medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA

Factor	Alfa de Cronbach	N de Itens
Escala de Motivação para pôr em prática Comportamentos Preventivos	.903	24
Factor 1 – Comprar e usar preservativos de látex	.923	10
Factor 2 – Fazer teste da SIDA	.909	6
Factor 3 – Falar sobre sexo seguro	.809	5
Factor 4 – Não ter relações sexuais	.797	3

Finalizamos como habitual com os resultados da matriz de correlação efectuada entre as quatro subescalas e valor global. (cf. Tabela 27). Dos resultados que se apresentam na tabela as correlações entre as subescalas são positivas e significativas oscilando entre o fraco (Factor 1 – Comprar e usar preservativos de látex vs Factor 4 – Não ter relações sexuais) e o moderado (Factor 1 – Comprar e usar preservativos de látex vs Factor 3 – Falar sobre sexo seguro). Já com a totalidade da escala as correlações situam-se entre o moderado (Escala relativa às medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA vs Factor 4 – Não ter relações sexuais) e o muito bom (escala relativa às medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA vs Factor 1 – Comprar e usar preservativos de látex).

Tabela 27 - Matriz de correlação de *Pearson* entre os factores da escala percepções sobre comportamentos seguros e o valor global

Factores	Comprar e usar preservativos de látex	Fazer teste da SIDA	Falar sobre sexo seguro	Não ter relações sexuais
F 2 - Fazer teste da SIDA	0.210 ***	-		
F3 - Falar sobre sexo seguro	0.545 ***	0.235 ***	-	
F4 - Não ter relações sexuais	0.090 ***	0.187 ***	0.407 **	-
Escala de Motivação para pôr em prática Comportamentos Preventivos	0.837***	0.572 ***	0.772 ***	0.437 ***

5.6. Escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA

A escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA, pede aos inquiridos que avaliam/pontuem, numa escala de 5 pontos, quão eficazmente ou ineficazmente eles/elas pensam que poderiam levar a cabo uma variedade de 24 comportamentos preventivos da SIDA. Estes itens devem ser pontuados (1 = *muito eficazmente*, 5 = *muito ineficazmente*) e somados para formar uma escala geral de avaliação/pontuação relativa à eficácia percebida de

comportamentos preventivos da SIDA. O *alfa de Cronbach* para esta escala, dentro de uma amostra populacional de estudantes universitários, foi de 0.88, e a média da escala foi de 90. A validade das evidências/provas é, mais uma vez, fornecida através de descobertas que demonstram que as pontuações da eficácia percebida sofreram alterações como resposta a uma condição experimental de intervenção de prevenção da SIDA, mas não se alteraram numa condição controlada (Fisher, *et al.*, 1996), assim como através da existência de evidências que demonstra que respostas a itens similares estão significativamente correlacionadas com as avaliações de avaliadores treinados no que respeita à eficácia dos desempenhos (escritos e gravados em vídeo) dos comportamentos preventivos da SIDA.

Resultados psicométricos da escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA no presente estudo

A escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA é uma escala ordinal dicotómica constituída por 36 itens conforme referido na metodologia. Para efeitos de tratamento estatístico e de acordo com o preconizado pelos autores, foi recodificada tomando o valor 1 os inquiridos que responderam “fácil” ou “efectivamente sim” e o valor 0 (zero) quem respondeu “difícil”, ou “efectivamente não”. Na tabela 28 são apresentadas as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global da escala. Para o seu estudo psicométrico foram considerados apenas 1992 casos válidos o que perfaz 99.50% da totalidade da amostra.

Analisando os valores obtidos com as estatísticas pode afirmar-se que os índices médios com excepção dos primeiros sete itens (1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7), são todos superiores ao valor médio o que nos permite afirmar que estão bem centrados. Aliás, os referidos sete itens foram eliminados por apresentarem um valor inferior a 0.2, após se ter efectuado a primeira correlação com a nota global.

Para os restantes indicadores o valor mínimo obtido com a correlação foi de ($r= 0.305$) no item 9-“Quão efectivamente conseguiria recusar ter sexo desprotegido (Nota: Sexo desprotegido significa 1. pénis-vagina sem preservativo; 2. pénis-recto sem preservativo).” e o máximo no item 12 ($r=0.5594$) “Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a praticar sexo seguro?.”

Face aos valores obtidos, efectuamos uma segunda correlação que reforça ser o indicador 10 o mais baixo agora com ($r= 0.310$) mas o mais elevado passou a ser o indicador 17 ($r=0.618$) “Quão efectivamente conseguiria fazer o seu parceiro sentir-se bem em relação ao uso do preservativo durante as relações sexuais vaginais?”, que explica 38.19% da sua variabilidade.

Tabela 28 – Estatísticas e correlação de Pearson relativas à escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA

	Média	Desvio Padrão	1º correlação <i>r</i>	2º correlação <i>r</i>
1. Quão difícil seria para si comprar preservativos?	0.1	0.341	0.059	-
2. Quão difícil seria para si apoiar o seu parceiro se ele lhe falasse na possibilidade de usarem preservativos de látex para prevenir o vírus da SIDA?	0.06	0.232	-0.014	-
3. Quão difícil seria para si praticar sexo seguro com preservativos de látex, excitando o seu parceiro?	0.08	0.278	-0.061	-
4. Quão difícil seria para si discutir sexo seguro (por exemplo, usar sempre preservativos de látex) com o seu parceiro, num cenário não sexual, por exemplo, ao volante de um carro?	0.15	0.359	-0.044	-
5. Quão difícil seria para si usar continuamente preservativos com um parceiro sempre que tem um encontro de uma noite?	0.13	0.333	-0.041	-
6. Quão difícil seria para si usar preservativo com o seu parceiro sob o efeito de álcool ou droga?	0.29	0.453	0.002	-
7. Quão difícil seria para si evitar o álcool ou drogas se pensasse que ia ter relações sexuais mais tarde?	0.27	0.442	0.027	-
8. Quão efectivamente poderia discutir sexo seguro (tal como usar preservativos de látex) com o seu parceiro antes de ter sexo com ele?	0.80	0.402	0.314	0.330
9. Quão efectivamente conseguiria recusar ter sexo desprotegido (Nota: Sexo desprotegido significa 1. pénis-vagina sem preservativo; 2. pénis-recto sem preservativo).	0.69	0.463	0.305	0.310
10. Se estivesse prestes a ter sexo, quão efectivamente conseguiria demonstrar ao seu parceiro não verbalmente (por exemplo, através de movimentos corporais) que apenas quer praticar sexo seguro?	0.81	0.388	0.499	0.507
11. Quão efectivamente conseguiria dizer ao seu parceiro através de uma piada que apenas quer praticar sexo seguro?	0.79	0.409	0.512	0.518
12. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a praticar sexo seguro?	0.91	0.286	0.594	0.610
13. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a usar preservativo no sexo vaginal?	0.87	0.332	0.522	0.555
14. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a usar preservativo (ou outra barreira de látex) no sexo oral?	0.69	0.462	0.461	0.465
15. Quão efectivamente conseguiria planejar antecipadamente ter preservativos à mão sempre que tem sexo?	0.81	0.390	0.526	0.544
16. Quão efectivamente conseguiria fazer o sexo seguro ser agradável para o seu parceiro?	0.90	0.306	0.582	0.598
17. Quão efectivamente conseguiria fazer o seu parceiro sentir-se bem em relação ao uso do preservativo durante as relações sexuais vaginais?	0.88	0.329	0.589	0.618
18. Quão efectivamente conseguiria fazer o seu parceiro sentir-se bem em relação ao uso do preservativo (ou outra barreira de látex) durante o sexo oral?	0.70	0.458	0.502	0.513
19. Quão efectivamente conseguiria recusar ter sexo oral sem preservativo ou outra barreira de látex?	0.68	0.468	0.487	0.488
20. Quão efectivamente conseguiria falar sobre iniciar práticas sexuais mais seguras (por exemplo, usar preservativos de látex) com o seu parceiro?	0.84	0.365	0.530	0.548
21. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a começar a ter apenas sexo seguro (com preservativo de látex)?	0.78	0.416	0.524	0.539
22. Se conseguisse convencer o seu parceiro a começar a usar preservativos de látex consigo, quão difícil seria para si continuar a usar preservativos sempre que tivessem relações sexuais, antes de ambos fazerem o teste da SIDA?	0.73	0.445	0.475	0.478
23. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a fazer um teste de SIDA consigo?	0.79	0.407	0.477	0.493
24. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a continuar a usar preservativo sempre que tivessem relações sexuais?	0.82	0.383	0.521	0.536
25. Quão difícil para si seria continuar a usar preservativo com o seu parceiro sempre que tivesse relações sexuais, antes de ambos fazerem o teste da SIDA?	0.70	0.457	0.473	0.477
26. Quão efectivamente conseguiria discutir práticas sexuais mais seguras com este novo parceiro antes de ter sexo com ele?	0.84	0.363	0.529	0.537
27. Quão efectivamente conseguiria persuadi-lo a praticar apenas sexo seguro consigo?	0.85	0.354	0.541	0.570
28. Se estivesse prestes a ter sexo, quão efectivamente conseguiria mostrar não verbalmente (por exemplo, através de movimentos corporais) que apenas quer ter sexo seguro?	0.79	0.405	0.517	0.535
29. Quão efectivamente conseguiria dizer-lhe através de uma piada que apenas quer ter sexo seguro?	0.77	0.422	0.516	0.531
30. Quão efectivamente pensa que conseguiria usar um preservativo sem sequer discutir isso com o seu parceiro, colocando-o apenas antes do sexo?	0.79	0.405	0.456	0.475
31. No geral, quão efectivamente conseguiria assegurar que o preservativo seria usado?	0.83	0.373	0.488	0.522
32. Se não tivesse nenhum preservativo, em vez de ter relações sexuais, quão difícil para si seria fazer outra actividade agradável (tal como a masturbação mútua), em que não seja necessário usar preservativo?	0.65	0.478	0.431	0.433
33. Se não tivesse nenhum preservativo, quão difícil para si seria parar a relação sexual, até que você ou o seu parceiro conseguissem arranjar um?	0.64	0.480	0.433	0.430
34. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro de que os dois devem usar preservativo, sem o fazer recusar a ter sexo consigo?	0.86	0.346	0.487	0.509
35. Quão efectivamente pensa que conseguiria negociar uma alternativa sexual com ele? Por exemplo, se ele recusasse usar preservativo, quão efectivamente conseguiria convencê-lo a outras actividades sexuais, tal como a masturbação mútua?	0.74	0.437	0.434	0.450
36. Quão difícil seria para si recusar ter sexo com ele, se ele se recusasse a usar preservativo?	0.60	0.491	0.327	0.321

Determinamos de seguida os índices de *alfa de Cronbach*, que nos indicam para todos os itens uma boa consistência ao oscilarem entre 0.879 e 0.886. Ocorre o mesmo para a primeira metade do índice de *split-half* e *alfa* global da escala, mas para a segunda metade o valor de *alfa* é razoável pois decresce ligeiramente. Numa análise aos coeficientes de correlação item total corrigido verifica-se que o indicador menos favorável é o 9 e o mais favorável o 12.

Tal como para as restantes escalas na avaliação da validade da análise factorial exploratória utilizamos o critério *Kaiser-Meyer-Olkin* tendo-se observado um (KMO=0.914) valor que

é sugestivo de uma boa correlação entre as variáveis, pelo que prosseguimos com a análise factorial. Das comunalidades extraídas, é-nos dado referir que são razoáveis ao situarem-se entre 0.309, e os 0.682 que explica respectivamente 9.5% e 46.5% de variabilidade (cf. Tabela 29).

Tabela 29 – Consistência interna da escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA

	Média	Desvio Padrão	Ritem-total (s/item)	α sem item	h ²
8. Quão efectivamente poderia discutir sexo seguro (tal como usar preservativos de látex) com o seu parceiro antes de ter sexo com ele?	0.80	0.402	0.265	0.885	0.629
9. Quão efectivamente conseguiria recusar ter sexo desprotegido (Nota: Sexo desprotegido significa 1. pênis-vagina sem preservativo; 2. pênis-recto sem preservativo).	0.69	0.463	0.234	0.886	0.557
10. Se estivesse prestes a ter sexo, quão efectivamente conseguiria demonstrar ao seu parceiro não verbalmente (por exemplo, através de movimentos corporais) que apenas quer praticar sexo seguro?	0.81	0.388	0.454	0.880	0.515
11. Quão efectivamente conseguiria dizer ao seu parceiro através de uma piada que apenas quer praticar sexo seguro?	0.79	0.409	0.464	0.880	0.619
12. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a praticar sexo seguro?	0.91	0.286	0.578	0.879	0.576
13. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a usar preservativo no sexo vaginal?	0.87	0.332	0.513	0.880	0.500
14. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a usar preservativo (ou outra barreira de látex) no sexo oral?	0.69	0.462	0.398	0.882	0.682
15. Quão efectivamente conseguiria planear antecipadamente ter preservativos à mão sempre que tem sexo?	0.81	0.390	0.494	0.880	0.451
16. Quão efectivamente conseguiria fazer o sexo seguro ser agradável para o seu parceiro?	0.90	0.306	0.562	0.879	0.604
17. Quão efectivamente conseguiria fazer o seu parceiro sentir-se bem em relação ao uso do preservativo durante as relações sexuais vaginais?	0.88	0.329	0.581	0.878	0.624
18. Quão efectivamente conseguiria fazer o seu parceiro sentir-se bem em relação ao uso do preservativo (ou outra barreira de látex) durante o sexo oral?	0.70	0.458	0.450	0.881	0.664
19. Quão efectivamente conseguiria recusar ter sexo oral sem preservativo ou outra barreira de látex?	0.68	0.468	0.423	0.881	0.541
20. Quão efectivamente conseguiria falar sobre iniciar práticas sexuais mais seguras (por exemplo, usar preservativos de látex) com o seu parceiro?	0.84	0.365	0.501	0.880	0.668
21. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a começar a ter apenas sexo seguro (com preservativo de látex)?	0.78	0.416	0.485	0.880	0.685
22. Se conseguisse convencer o seu parceiro a começar a usar preservativos de látex consigo, quão difícil seria para si continuar a usar preservativos sempre que tivessem relações sexuais, antes de ambos fazerem o teste da SIDA?	0.73	0.445	0.415	0.881	0.513
23. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a fazer um teste de SIDA consigo?	0.79	0.407	0.437	0.881	0.309
24. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a continuar a usar preservativo sempre que tivessem relações sexuais?	0.82	0.383	0.486	0.880	0.469
25. Quão difícil para si seria continuar a usar preservativo com o seu parceiro sempre que tivesse relações sexuais, antes de ambos fazerem o teste da SIDA?	0.70	0.457	0.412	0.882	0.503
26. Quão efectivamente conseguiria discutir práticas sexuais mais seguras com este novo parceiro antes de ter sexo com ele?	0.84	0.363	0.490	0.880	0.392
27. Quão efectivamente conseguiria persuadi-lo a praticar apenas sexo seguro consigo?	0.85	0.354	0.526	0.879	0.438
28. Se estivesse prestes a ter sexo, quão efectivamente conseguiria mostrar não verbalmente (por exemplo, através de movimentos corporais) que apenas quer ter sexo seguro?	0.79	0.405	0.481	0.880	0.512
29. Quão efectivamente conseguiria dizer-lhe através de uma piada que apenas quer ter sexo seguro?	0.77	0.422	0.475	0.880	0.608
30. Quão efectivamente pensa que conseguiria usar um preservativo sem sequer discutir isso com o seu parceiro, colocando-o apenas antes do sexo?	0.79	0.405	0.417	0.881	0.308
31. No geral, quão efectivamente conseguiria assegurar que o preservativo seria usado?	0.83	0.373	0.472	0.880	0.466
32. Se não tivesse nenhum preservativo, em vez de ter relações sexuais, quão difícil para si seria fazer outra actividade agradável (tal como a masturbação mútua), em que não seja necessário usar preservativo?	0.65	0.478	0.362	0.883	0.462
33. Se não tivesse nenhum preservativo, quão difícil para si seria parar a relação sexual, até que você ou o seu parceiro conseguissem arranjar um?	0.64	0.480	0.359	0.883	0.557
34. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro de que os dois devem usar preservativo, sem o fazer recusar a ter sexo consigo?	0.86	0.346	0.463	0.880	0.488
35. Quão efectivamente pensa que conseguiria negociar uma alternativa sexual com ele? Por exemplo, se ele recusasse usar preservativo, quão efectivamente conseguiria convencê-lo a outras actividades sexuais, tal como a masturbação mútua?	0.74	0.437	0.386	0.882	0.489
36. Quão difícil seria para si recusar ter sexo com ele, se ele se recusasse a usar preservativo?	0.60	0.491	0.241	0.886	0.393

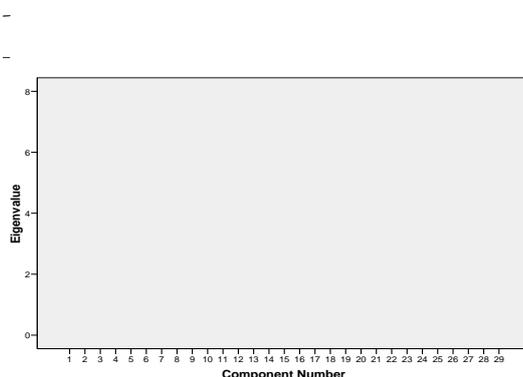
Todavia quando procedemos à extracção dos factores pelo método e rotação *varimax* obtivemos sete factores com *engenv* superiores a 1, que no conjunto explicam 52.48 % da variância total (cf. tabela 30).

Tabela 30 – Valores da variância da escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA

Componentes	Variância explicada		
	Engenval ues	% de variância	Variância acumulada
1	3,332	11,490	11,490
2	2,254	7,771	19,261
3	2,241	7,727	26,987
4	2,087	7,195	34,183
5	2,007	6,921	41,104
6	1,962	6,766	47,870
7	1,338	4,613	52,483

Dada a existência de tão elevado número de factores, recorreremos ao gráfico de variâncias *scree plots*, a fim de determinarmos o número de componentes a reter e pela sua análise configuram-se apenas dois factores (cf. gráfico 2).

Gráfico 2 - Gráfico de variâncias de *Scree Plot* da escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA



Por tal facto procedemos a nova análise factorial forçando a dois factores.

Assim, os dois factores com raízes lactentes superiores a 1 explicam 31.26% da variância total (cf. Tabela 31).

Tabela 31 – Saturação dos indicadores por factores da escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA

Itens	1	2
8. Quão efectivamente poderia discutir sexo seguro (tal como usar preservativos de látex) com o seu parceiro antes de ter sexo com ele?	0.432	
9. Quão efectivamente conseguiria recusar ter sexo desprotegido (Nota: Sexo desprotegido significa 1. pénis-vagina sem preservativo; 2. pénis-recto sem preservativo).	0.326	
10. Se estivesse prestes a ter sexo, quão efectivamente conseguiria demonstrar ao seu parceiro não verbalmente (por exemplo, através de movimentos corporais) que apenas quer praticar sexo seguro?	0.469	
11. Quão efectivamente conseguiria dizer ao seu parceiro através de uma piada que apenas quer praticar sexo seguro?	0.456	
12. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a praticar sexo seguro?	0.712	
13. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a usar preservativo no sexo vaginal?	0.666	
14. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a usar preservativo (ou outra barreira de látex) no sexo oral?	0.339	
15. Quão efectivamente conseguiria planear antecipadamente ter preservativos à mão sempre que tem sexo?	0.522	
16. Quão efectivamente conseguiria fazer o sexo seguro ser agradável para o seu parceiro?	0.683	
17. Quão efectivamente conseguiria fazer o seu parceiro sentir-se bem em relação ao uso do preservativo durante as relações sexuais vaginais?	0.706	
18. Quão efectivamente conseguiria fazer o seu parceiro sentir-se bem em relação ao uso do preservativo (ou outra barreira de látex) durante o sexo oral?	0.404	
19. Quão efectivamente conseguiria recusar ter sexo oral sem preservativo ou outra barreira de látex?	0.396	
20. Quão efectivamente conseguiria falar sobre iniciar práticas sexuais mais seguras (por exemplo, usar preservativos de látex) com o seu parceiro?	0.537	
21. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a começar a ter apenas sexo seguro (com preservativo de látex)?	0.524	
22. Se conseguisse convencer o seu parceiro a começar a usar preservativos de látex consigo, quão difícil seria para si continuar a usar preservativos sempre que tivessem relações sexuais, antes de ambos fazerem o teste da SIDA?		0.527
23. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a fazer um teste de SIDA consigo?	0.456	
24. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a continuar a usar preservativo sempre que tivessem relações sexuais?	0.471	
25. Quão difícil para si seria continuar a usar preservativo com o seu parceiro sempre que tivesse relações sexuais, antes de ambos fazerem o teste da SIDA?		0.550
26. Quão efectivamente conseguiria discutir práticas sexuais mais seguras com este novo parceiro antes de ter sexo com ele?	0.439	
27. Quão efectivamente conseguiria persuadi-lo a praticar apenas sexo seguro consigo?	0.543	
28. Se estivesse prestes a ter sexo, quão efectivamente conseguiria mostrar não verbalmente (por exemplo, através de movimentos corporais) que apenas quer ter sexo seguro?	0.393	
29. Quão efectivamente conseguiria dizer-lhe através de uma piada que apenas quer ter sexo seguro?	0.429	
30. Quão efectivamente pensa que conseguiria usar um preservativo sem sequer discutir isso com o seu parceiro, colocando-o apenas antes do sexo?		0.356
31. No geral, quão efectivamente conseguiria assegurar que o preservativo seria usado?	0.500	
32. Se não tivesse nenhum preservativo, em vez de ter relações sexuais, quão difícil para si seria fazer outra actividade agradável (tal como a masturbação mútua), em que não seja necessário usar preservativo?		0.635
33. Se não tivesse nenhum preservativo, quão difícil para si seria parar a relação sexual, até que você ou o seu parceiro conseguissem arranjar um?		0.668
34. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro de que os dois devem usar preservativo, sem o fazer recusar a ter sexo consigo?	0.430	
35. Quão efectivamente pensa que conseguiria negociar uma alternativa sexual com ele? Por exemplo, se ele recusasse usar preservativo, quão efectivamente conseguiria convencê-lo a outras actividades sexuais, tal como a masturbação mútua?		0.370
36. Quão difícil seria para si recusar ter sexo com ele, se ele se recusasse a usar preservativo?		0.538

O factor 1 que designamos por “Dificuldade percebida em ter comportamentos preventivos da SIDA”, satura os itens 12, 17, 16, 13, 27, 20, 21, 15, 31, 24, 10, 23, 11, 26, 8, 34, 29, 18, 19, 29, 14 e 9 e explica 20.292% da variância total.

O factor 2 constituído pelos itens, 33, 32, 25, 36, 22, 35 e 30 foi designado por “Eficácia percebida dos comportamentos preventivos” e explica 10.97% da variância total (cf. Tabela 32).

Tabela 32 – Valores de variância por factores

Factores	Eigenvalue	% Variância
Factor 1 - Dificuldade ter comportamentos preventivos	5.885	20.292
Factor 2 – Eficácia dos comportamentos preventivos	3.182	10.972

Para cada subescala os valores de *alfa* obtidos levam-nos a deduzir que a consistência interna dos itens que constituem a escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA é boa para as subescalas 1 e razoável para a subescala 2 (cf. Tabela 33).

Tabela 33 – Valores de alfa de Cronbach por factores da escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA

Factor	Alfa de Cronbach	N de Itens
F1 - Dificuldade em ter comportamentos preventivos	.878	22
F2 - Eficácia dos comportamentos preventivos	.661	7

Finalizamos com os resultados da matriz de correlação efectuada entre as duas subescalas e valor global. Dos resultados que se apresentam na tabela 34 as correlações entre as subescalas são positivas e significativas oscilando entre o moderado (F1 – Dificuldade em ter comportamentos preventivos vs F2 - Eficácia dos comportamentos preventivos). Já com a totalidade da escala as correlações situam-se entre o bom (Escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA vs F2 - Eficácia dos comportamentos preventivos) e o muito bom (Escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA vs F1 – Dificuldade em ter comportamentos preventivos) (cf. Tabela 34).

Tabela 34 - Matriz de correlação de Pearson entre os factores da escala eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e o valor global

Factores	F1 – Dificuldade em ter comportamentos preventivos	F2 - Eficácia dos comportamentos preventivos
F2 - Eficácia dos comportamentos preventivos	0.557 ***	-
Escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA	0.0.964***	0.0.757 ***

5.7. Escala de Comportamentos Preventivos

Os comportamentos preventivos da SIDA são avaliados com 4 subescalas que medem/avaliam discussões sobre a prática de sexo seguro, acessibilidade aos preservativos, uso de preservativos, e testes sanguíneos ao VIH, assim como uma quantidade de itens isolados que podem ser empregues isoladamente ou em combinação, de forma a reflectir uma variedade de práticas sexuais seguras versus práticas sexuais arriscadas. A discussão relativa à prática de sexo *seguro* é medida/avaliada com dois itens (6 e 19), que perguntam se o inquirido discutiu a prevenção da Sida com o(a) seu/sua parceiro(a) e se ele ou ela tentaram persuadir o(a) parceiro(a) sexual praticar apenas sexo seguro, usando preservativo. Estes dois itens, que se correlacionam 0.42 um com o outro ($N = 263$, $p < 0.001$), podem ser somados para criar um indicador da discussão do comportamento preventivo da SIDA. A *acessibilidade dos preservativos* é avaliada com dois itens (7 e 8) que perguntam aos inquiridos com que frequência compram preservativos e até que ponto mantêm os preservativos facilmente acessíveis. Estes dois que se correlacionam 0.51 um com o outro ($N = 325$, $p < 0.001$), podem ser somados para criar um indicador comportamental da acessibilidade do preservativo. *O uso do preservativo durante as relações sexuais* é avaliado com três itens (9, 13, e 14), que perguntam aos inquiridos com que frequência usam preservativos durante as relações sexuais. Estes itens devem ser estandardizados/uniformizados (devido à variedade dos formatos de resposta) e somados, de forma a produzir um indicador do uso do preservativo; dentro de uma amostra de estudantes universitários, o *alfa de Cronbach* para estes itens foi de 0.98. Finalmente, *o comportamento relativo aos testes ao VIH* é avaliado perguntando aos inquiridos para relatarem se marcaram ou não alguma consulta para fazerem o teste ao VIH (item 22), e se já efectuaram realmente algum teste ao VIH ou não (item 21). Estes dois itens, que se correlacionam 0.49 um com o outro ($N = 325$, $p < 0.001$), podem ser somados para criar um indicador comportamental relativo aos testes ao VIH.

Vários outros itens adicionais que medem/avaliam o risco da SIDA e os comportamentos preventivos da SIDA estão incluídos na parte do questionário que se refere ao comportamento preventivo da SIDA. Os itens de 1 a 5 e de 10 a 12 podem ser usados para classificar os inquiridos em categorias de risco (e.g. nunca teve relações sexuais, teve relações sexuais mas incluídas numa relação monogâmica, sem que existissem mais parceiros). Os itens de 15 a 18 desta secção do questionário envolvem sexo anal, e o item 20 avalia o sexo dos parceiros sexuais do inquirido. Os itens 23 e 24 medem/avaliam o comportamento do inquirido relativamente aos testes de VIH,

anteriormente ao intervalo de tempo do questionário e perguntam acerca do tipo de local (e.g. local anónimo ou confidencial) a que podem ter recorrido para fazer o teste ao VIH.

Conversa sobre a prática de sexo seguro

Discussão sobre a prática de sexo seguro: os inquiridos avaliam com dois itens: 6 e 19, se praticam este comportamento, sendo o item 6 avaliado por “1 – nunca” a “5 – sempre” e o item 19 avaliado por “1 – nunca” a “3 – sempre”, pelo que se torna necessário recodificar a escala previamente utilizada. Após esta recodificação são somados de forma a produzir uma escala de pontuação para a discussão sobre a prática de sexo seguro.

A escala trata-se de uma escala unidimensional, que permite a obtenção de um factor, através do cálculo da soma ou média das respostas a todos os itens que o integram, de acordo com a Tabela 35:

Tabela 35 - Itens que integram o factor

Factor	Itens do questionário
Discussão sobre a prática de sexo seguro	6 e 19

O valor do *Alfa de Cronbach* no nosso estudo é inferior ao valor de 0.70, pelo que a construção desta escala não é totalmente adequada (cf. Tabela 36).

Tabela 36 – Valor de *alfa de Cronbach* para a subescala

Factor	Alfa de Cronbach	N de Itens
Discussão sobre a prática de sexo seguro	.476	2

Acessibilidade aos preservativos

Acessibilidade aos preservativos: os inquiridos avaliam com dois itens: 7 e 8, se praticam este comportamento, sendo ambos avaliados por “1 – nunca” a “5 – sempre”, após o que os itens são somados de forma a produzir uma escala de pontuação para a Acessibilidade aos preservativos.

A escala é unidimensional, que permite a obtenção de um factor, através do cálculo da soma ou média das respostas aos dos itens que o integram, de acordo com a Tabela 37.

Tabela 37 - Itens que integram o factor

Factor	Itens do questionário
Acessibilidade aos preservativos	7 e 8

O valor do *Alfa de Cronbach* no nosso estudo é superior ao valor de 0.70, pelo que a construção desta escala é aceitável (cf. Tabela 38).

Tabela 38 – Valor de *Alfa de Cronbach* para a subescala

Factor	Alfa de Cronbach	N de Itens
Acessibilidade aos preservativos	.738	2

Uso do preservativo durante as relações sexuais

O uso do preservativo durante as relações sexuais são avaliadas com três itens: 9, 13 e 14, sendo os dois primeiros cotados de “1 – nunca” a “5 – sempre”.

Os itens são somados de forma a produzir uma escala de pontuação para o uso do preservativo durante as relações sexuais.

É também uma escala unidimensional, que permite a obtenção de um factor, através do cálculo da soma ou média das respostas a todos os itens que o integram, de acordo com a Tabela 39.

Tabela 39 - Itens que integram o factor

Factor	Itens do questionário
Uso do preservativo durante as relações sexuais	9, 13 e 14

O valor do *Alfa de Cronbach* é no nosso estudo superior ao valor de 0.80, pelo que a construção desta escala é adequada (cf. tabela 40).

Tabela 40 – Valor de *alfa de Cronbach* para a subescala

Factor	Alfa de Cronbach	N de Itens
Uso do preservativo durante as relações sexuais	.963	3

Comportamento relativo aos testes de VIH

O comportamento relativo aos testes de VIH é avaliado com os itens: 21 e 22, se praticam este comportamento, sendo avaliados por “0 – não” e “1 – sim”, de acordo com a recodificação utilizada, após o que os itens são somados de forma a produzir uma escala de pontuação para o Comportamento relativo aos testes de VIH.

A escala é também escala unidimensional, que permite a obtenção de um factor, através do cálculo da soma ou média das respostas a todos os itens que o integram, de acordo com a Tabela 41:

Tabela 41 - Itens que integram o factor

Factor	Itens do questionário
Comportamento relativo aos testes de VIH	21, 22

O valor do *Alfa de Cronbach* no nosso estudo é inferior ao valor de 0.70, embora esteja próximo, pelo que a construção desta escala é considerada próxima de aceitável (cf. Tabela 42).

Tabela 42 – Valor de *alfa de Cronbach* para a subescala

Factor	<i>Alfa de Cronbach</i>	N de Itens
Comportamento relativo aos testes de VIH	.649	2

Este instrumento apesar de obedecer a uma vertente unidimensional revelou-se eficaz sendo útil na detecção de comportamentos preventivos em relação à realização do teste de VIH.

6. PROCEDIMENTOS

O primeiro passo consistiu na elaboração do instrumento de avaliação original, na procura e aquisição das escalas e testes e na solicitação e obtenção de autorização dos autores para a sua tradução e aplicação (anexo). As traduções foram feitas com base nos originais fornecidos pelos seus autores e foram seguidas de revisão por peritos no idioma inglês dos Estados Unidos e respectiva retroversão. Os procedimentos de tradução e retroversão permitiram constatar que não existem diferenças impeditivas da utilização destes instrumentos em Portugal, excepto no "*Health and Relationship Survey*", ou escala sobre a Saúde e relacionamento, que avalia os níveis de informação para a prevenção da SIDA do estudante, dado que houve necessidade de adaptar o item 2 – "Estima-se que mais de um milhão de americanos estão actualmente infectados com o vírus da SIDA", aos dados epidemiológicos disponíveis para Portugal, através da UNAIDS (2007). O item 37 – "Na Universidade de Connecticut, os preservativos podem ser adquiridos na enfermaria dos estudantes e cobrados na propina do semestre seguinte", foi eliminado por esta situação não se aplicar à realidade Portuguesa.

Uma vez concluídos os procedimentos de tradução e adaptação, e obtida a aprovação dos Presidentes dos Conselhos Directivos das diferentes instituições, realizou-se um estudo piloto numa amostra de 211 estudantes a frequentar o ensino superior, no sentido de detectar dificuldades na compressão e preenchimento dos instrumentos, utilizando a metodologia da "reflexão falada". Solicitou-se aos estudantes que apresentassem críticas, dificuldades de interpretação no sentido de melhorar o instrumento de avaliação.

Com a obtenção das autorizações dos dirigentes de cada instituição iniciamos a aplicação do protocolo de questionários, em sala de aula no período antes de início ou imediatamente a seguir ao término da sessão lectiva, contendo a colaboração de praticamente todos os docentes. Houve situações em que não foi possível, por questões de tempo, aplicar o protocolo no espaço das aulas. Nestes casos, os estudantes optaram pelo seu preenchimento em outro momento, tendo sido solicitado a sua devolução posterior, mas a percentagem de retorno com esse método foi reduzida.

A população alvo foi constituída pelos estudantes que frequentavam as instituições de Ensino Superior contactadas, e tendo em conta o tipo de estudo e a necessidade de obtermos uma amostra significativa, optámos pelo método de amostragem não probabilística de natureza

acidental, isto é, formada por sujeitos facilmente acessíveis e presentes num determinado local e momento (Fortin, 1999, p.208).

Durante os anos lectivos 2006/07 e 2007/08 desenvolvemos o estudo empírico propriamente dito. Participaram no mesmo 2002 sujeitos, estudantes do ensino universitário e politécnico, pertencentes a cursos da área da saúde e tecnologias, distribuídos por estabelecimentos de ensino superior na região Norte e Centro do País.

Foram incluídos no estudo os estudantes dos primeiros e últimos anos dos respectivos cursos, que voluntariamente se dispuseram a colaborar no estudo.

Foram excluídos os estudantes que não se mostraram colaborantes e os que nos levaram a considerar as respostas nulas, por ausência de congruência das mesmas.

Este protocolo é um instrumento auto-administrado e levou aproximadamente 45 minutos a completar, na população de estudantes do ensino superior.

Quanto aos procedimentos desenvolvidos para a aplicação dos questionários tivemos em consideração o momento mais oportuno para a sua aplicação, de modo a que houvesse uma maior participação dos estudantes. Nesse sentido, procuramos evitar épocas festivas, visitas de estudo e períodos de avaliação. Procuramos ainda evitar que os estudantes se sentissem coagidos ou forçados a participar no estudo, mas antes motivando-os para a sua participação.

6.1. Procedimentos éticos

O protocolo de questionários foi aplicado livre e conscientemente, sem práticas de coacção física, psíquica, moral ou enganosas, impeditivas de livre manifestação da vontade pessoal dos estudantes que aderiram ao estudo.

Para a consecução desta prática foi utilizada uma linguagem acessível. Antes da aplicação dos instrumentos de avaliação, procedeu-se à descrição dos objectivos, procedimentos, instrumentos que seriam usados. Ainda se efectuou a descrição dos possíveis benefícios, riscos e desconfortos. Asseguramos a garantia de esclarecimento, mantendo-nos presente e elucidámos a opção de voluntariedade e liberdade na participação no estudo.

Para que os inquiridos percebessem o objectivo dos instrumentos de avaliação e a importância do rigor das respostas, foi incluído no rosto da primeira página do primeiro instrumento um pequeno texto de apresentação com essas explicações, assim como o agradecimento pela colaboração prestada (anexo 1).

Foram igualmente informados de que os questionários eram anónimos, “condição necessária para a autenticidade das respostas” (Pardal & Correia, 1995, p.52).

7. Métodos estatísticos utilizados

Após a recolha de dados, estes foram lançados e processados no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0 (2008) para Windows.

Para o tratamento estatístico recorreremos à estatística descritiva e analítica.

A apresentação dos resultados fez-se através de tabelas e quadros, onde se apresentaram os dados mais relevantes com recurso a frequências absolutas e percentuais. A descrição e análise dos dados obedeceram à ordem apresentada no instrumento de avaliação, com exceção da escala de avaliação da educação para a saúde na área da SIDA.

Relativamente ao número de elementos que constituíram a amostra (2002 estudantes), pensamos que este não colocará problemas na validação estatística.

7.1. Estatística descritiva

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização e variáveis relacionadas com as várias escalas, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificados. Foram calculadas medidas de tendência como médias e medidas de como:

As variáveis medidas em escala ordinal tipo *Likert* foram analisadas através das categorias apresentadas. Para as variáveis da escala de medida, apresentam-se alguns dados significantes, como:

- Os valores médios obtidos para cada questão (para as questões numa escala de 1 a 5, um valor superior a 3 é superior à média da escala).
- Os valores do desvio padrão associados a cada questão que representam a dispersão absoluta de respostas perante cada questão.
- O coeficiente de variação, que ilustra a dispersão relativa das respostas: quanto maior, maior é a dispersão de respostas.
- Os valores mínimos e máximos observados.
- Gráficos ilustrativos dos valores médios das respostas dadas às várias questões.

7.2. Análise de consistência interna das escalas

A análise de fidelidade permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem. O procedimento utilizado calcula medidas de fidelidade da escala e também fornece informação sobre as relações entre itens individuais numa escala. Podem ser usados coeficientes de correlação inter-classes para calcular estimativas de fidelidade.

No SPSS estão disponíveis vários modelos de análise da fidelidade e validade:

- *Alfa (Cronbach)*: Modelo de consistência interna, baseado na correlação inter-item.
- *Split-half*: Divide a escala em duas partes e examina a correlação entre elas.
- *Guttman*: Calcula limites inferiores de fidelidade.
- Paralelo: Assume variâncias iguais e erros de variância iguais nas replicações.
- Paralelo rígido: Também pressupõe médias iguais entre itens.

Nas ciências sociais, o modelo mais utilizado para verificação de fidelidade e validade de escalas é o *Alfa de Cronbach*: este mede a fidelidade ou consistência de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão. Quando os dados tiverem uma estrutura multidimensional, o *alfa de Cronbach* será baixo. Tecnicamente, o *alfa de Cronbach* não é um teste estatístico - é um coeficiente de fidelidade (ou consistência). Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão. É este o significado de uma fidelidade (*reliability*) alta.

Note-se que um coeficiente de fidelidade de 0.80 ou mais é considerado como "bom" na maioria das aplicações de Ciências Sociais e um coeficiente de fidelidade entre 0.70 e 0.80 é considerado como "aceitável".

Em cada análise, apresenta-se:

- O valor do *alfa de Cronbach*, que sendo igual ou superior a 0.80 indicia elevada fidelidade dos dados ou, se for igual ou superior a pelo menos 0.70 indicia uma aceitável fidelidade dos dados.

Quando existem *missing values*, os elementos da amostra correspondentes são excluídos dos cálculos efectuados para o *alfa de Cronbach*.

7.3. Coeficientes de correlação: *Pearson*

Quando as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas, como as resultantes da construção de escalas, podem ser analisadas utilizando o coeficiente de correlação de *Pearson* r , que é uma medida da associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos, tanto maior é a associação entre as variáveis.

É porém condição verificar a normalidade das distribuições das variáveis, com o teste *Kolmogorov-Smirnov* (K-S com a correcção de *Lilliefors*).

Em variáveis de natureza ordinal utilizamos o coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ), que tem a mesma função que o teste de correlação de *Pearson*.

7.4. Teste t de *Student* e teste de *Mann-Whitney*

Estes testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população e utilizam-se quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas duas classes de uma variável qualitativa nominal dicotómica.

O valor de 5% é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%. O teste t é antecedido por um teste de hipóteses para a igualdade das variâncias em cada um dos grupos, que se designa por teste de *Levene*:

- H_0 : A variância (desvio padrão) é igual para ambos os grupos da variável dicotómica.
- H_1 : A variância (desvio padrão) é diferente para os dois grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova deste teste é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se e aceita-se a hipótese alternativa e consideram-se as variâncias iguais para os dois grupos.

Estes resultados são considerados importantes para a análise do teste t : considera-se a linha superior ou a linha inferior, consoante as variâncias se consideram iguais ou diferentes, respectivamente.

O teste t coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : Não existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

- H_1 : Existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotômica.

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, não há diferenças entre os dois grupos. Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, de a média ser igual para os dois grupos, ou seja, há diferenças entre os dois grupos.

O teste t , sendo um teste paramétrico, exige que se cumpra o pressuposto da normalidade. Quando este pressuposto não ocorre, deve ser aplicado o teste de *Mann-Whitney*, que é o teste não paramétrico equivalente, que testa a igualdade das medianas em ambos os grupos.

Dada a dimensão da amostra os pressupostos para a utilização dos testes não paramétricos não tem qualquer aplicabilidade uma vez que se aproximam da normalidade. Consideramos porém que os mesmos deveriam ser utilizados sempre que não se verifique a seguinte condição $N/n < 1,5$ (Pestana & Gageiro, 2008).

O valor que importa analisar é a significância do teste, também designada por valor de prova. Quando este valor é inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existem diferenças entre os dois grupos. Quando é superior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese nula.

7.5. Teste ANOVA e Kruskal-Wallis

Para estudar a relação entre uma variável qualitativa distribuída em classes e variáveis quantitativas, o teste de hipóteses paramétrico adequado é a ANOVA ou o correspondente não paramétrico *Kruskal-Wallis*, que não são mais do que uma extensão do teste t de *Student*, para variáveis com mais do que duas classes.

A ANOVA, sendo um teste paramétrico, exige que as variáveis em estudo provenham de amostras grandes ou, caso contrário, que apresentem uma distribuição normal.

O teste ANOVA reside em:

- H_0 : As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais.
- H_1 : As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são diferentes.

O resultado do teste à homogeneidade de variâncias é extremamente importante no procedimento da ANOVA, uma vez que permite verificar um pressuposto (igualdade de variâncias nas categorias da variável qualitativa) que tem de ser cumprido para validar a análise subsequente.

Este teste consiste em verificar se as variâncias podem ser consideradas iguais nas várias categorias do factor, colocando as seguintes hipóteses:

- o H_0 : As variâncias da variável quantitativa são iguais nas categorias da variável qualitativa.
- o H_1 : As variâncias da variável quantitativa são diferentes nas categorias da variável qualitativa.

Quando o valor de prova é superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula, verifica-se o pressuposto, a ANOVA é adequada; quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo (*Kruskal-Wallis*).

Quando o valor de prova da ANOVA é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese de que as médias das variáveis quantitativas sejam iguais para as várias categorias das variáveis qualitativas.

Quando não se verifica o pressuposto da homogeneidade de variâncias ou o pressuposto da normalidade, em vez da ANOVA tem de aplicar-se o teste não paramétrico: teste de *Kruskal-Wallis*, que testa a igualdade das medianas para todos os grupos.

O teste de *Kruskal-Wallis* coloca as seguintes hipóteses:

- o H_0 : A variável quantitativa apresenta uma distribuição idêntica para cada uma das categorias das variáveis qualitativas.
- o H_1 : A variável quantitativa não apresenta uma distribuição idêntica para todas as categorias das variáveis qualitativas.

Quando o valor de prova é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se e aceita-se a hipótese alternativa.

Capítulo 5: Resultados

Para facilitar a compreensão dos resultados, serão os mesmos apresentados de uma forma exaustiva e sequencial seguindo a disposição das variáveis no instrumento de avaliação. Atendendo à quantidade e diversidade dos resultados apresentados, faremos, de acordo com as necessidades, uma síntese em que se estabelece os aspectos que mais se realçaram, como ponte para a discussão dos resultados.

1. Caracterização socio-demográfica

Idade e sexo

Relativamente à idade, pensamos que as pessoas mais jovens estão mais despertas para a educação para a saúde. A nossa experiência em observação clínica diz-nos que os estudantes mais jovens utilizam novas metodologias e aderem com facilidade a novos temas que lhes são propostos.

Em relação ao sexo é uma variável dicotómica e na sua distinção surge um conjunto de caracteres biológicos, sociais, morais e psicológicos.

As estatísticas da idade dos inquiridos revelam para a totalidade da amostra uma idade mínima de 17 anos e uma máxima de 68, ao que lhe corresponde uma média de 21.76 anos (± 4.43 anos), com um intervalo de confiança a 95% para a média a oscilar entre os 21.57 anos e os 21.96 anos.

Tanto para o sexo masculino que representa 39.3% da totalidade da amostra como para o feminino com uma representatividade de 60.7%, a idade mínima é de 17 anos, sendo a máxima de 68 e 49 anos respectivamente. Os desvios padrões são indicadores de uma ligeira variabilidade, o que aliás, é comprovado pelos coeficientes de variação que apresentam uma dispersão moderada.

Os homens são em média mais velhos ($M = 22.27$ anos) que as mulheres ($M = 21.10$ anos) mas as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas conforme resultado do teste t para amostras independentes ($t = 7.797$; $p = 0.000$), não assumindo o teste de *Levene* igualdade de variância.

Por sua vez o teste de aderência à normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* (K/S) não confirma o pressuposto da normalidade ($p=0.000$) revelando os valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda para os dois sexos e para a totalidade da amostra (cf. tabela 38).

Tabela 43 – Estatísticas relacionadas com a idade

Localidade	Nº	Min	Max	Média	Dp	KS (p)	SK/erro	K/erro	CV
Masculino	786	17	68	22.79	5.40	0.000	32.63	70.44	23.72
Feminino	1216	17	49	21.10	3.507	0.000	42.55	96.67	16.62
Amostra total	2002	17	68	21.76	4.43	0.000	57.41	144.5	20.33

Dado que a amplitude de variação encontrada é elevada pois situa-se nos 51 anos, para uma melhor análise dos dados, procedeu-se, ao seu agrupamento em grupos etários. Dos resultados apresentados na tabela 40 observa-se que dos 2002 participantes no estudo, 73.3% têm uma idade situada entre os 19 e 25 anos, contribuindo para este percentual os 74.4% de inquiridos do sexo feminino e os 71.6% do masculino. Ao invés é no grupo com idade igual ou superior a 26 anos que se encontra a percentagem mais baixa (11.8%) sendo de 16.9% para o sexo masculino e de 8.5% para o feminino.

Os residuais ajustados indicam a existência de diferenças, precisamente no grupo etário dos 17-18 anos para as mulheres e nos que têm idade superior a 26 anos para os homens.

Estado civil

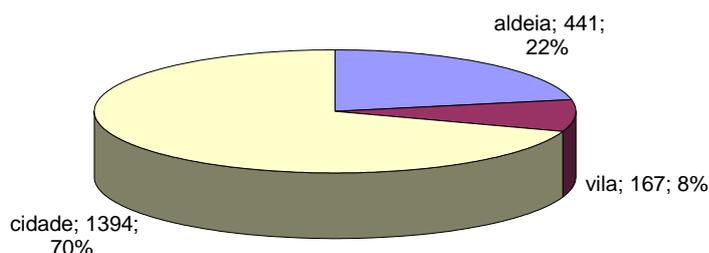
Na continuação da caracterização da amostra, fazemos também na tabela 40 referência ao estado civil. Como seria expectável dadas as idades em questão, os colaboradores neste estudo são na sua quase totalidade solteiros (93.4%). Para esta percentagem o sexo masculino contribuiu com 91.3% dos inquiridos e o feminino com 94.7% distribuindo-se os restantes valores percentuais por ordem decrescente pelo estado civil de casado e união de facto com maior prevalência entre os homens e de divorciado para as mulheres. Os resíduos ajustados apresentam significância estatística entre os solteiros para o sexo feminino e casados para o masculino.

Local de residência

A variável local de residência foi aquilatada através de uma pergunta fechada: Aldeia; Vila e Cidade.

Cerca de sete em cada dez dos inquiridos reside na cidade (69.6%), seguindo-se os residentes em aldeias (22.0%) e por último os que habitam em vilas (8.3%). Entre o local de residência e sexo encontramos diferenças significativas que se situam no sexo masculino para os residentes na vila (9.9%) e no feminino para os que residem na cidade (71.6%) (cf. gráfico 3 e tabela 45).

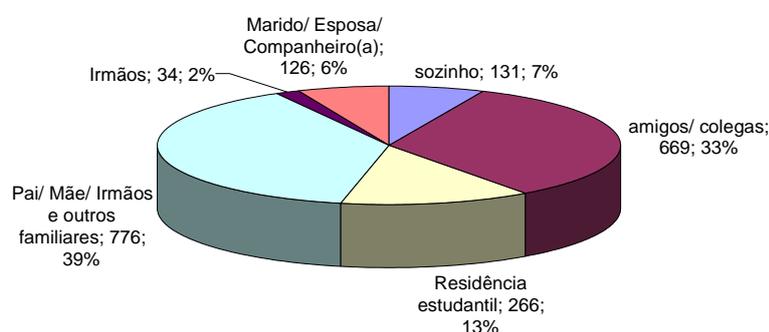
Gráfico 3 – Distribuição da amostra pelo local de residência



Coabitação

Questionados sobre com quem vivem, mais de um terço da amostra (38.8%), afirma viver com pai, mãe, irmãos e familiares sendo que a percentagem, com significância estatística é maior entre os homens (44.3%). Salienta-se ainda, que (1.7%) da amostra vive com os irmãos e 6.3% vive com marido/esposa/companheiro(a), com percentagem mais elevada entre os homens (1.8%) e (3.4%), respectivamente. Dos 6.5% que habitam sozinhos, a maior percentagem recai também para os homens. Acresce referir que 13.3% vive em residência de estudantes, sendo que destes 15.6% são mulheres (cf. gráfico 4 e tabela 45).

Gráfico 4 – Distribuição da amostra em relação à coabitação



2.Caracterização familiar

Habilitações literárias dos pais

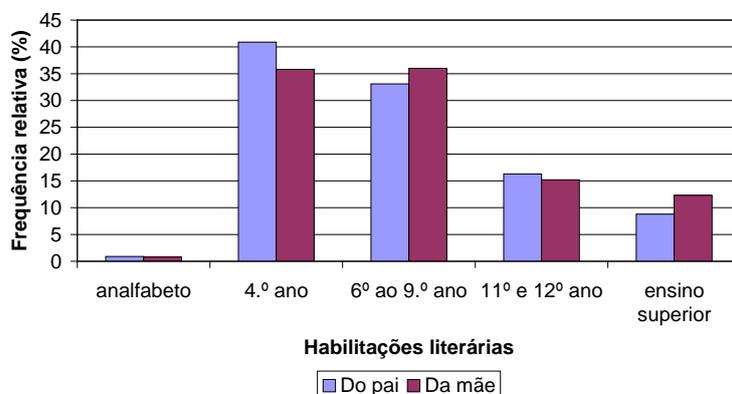
Na nossa sociedade, podem distinguir-se os seguintes níveis académicos: o ensino básico, o ensino secundário e o ensino superior. O ensino básico, de acordo com o artigo 6.º da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro, p.3069), “é universal, obrigatório e gratuito e tem a duração de nove anos. Ingressam no ensino básico as crianças que completem 6 anos de idade até 15 de Setembro. A obrigatoriedade de frequência do ensino básico termina aos 15 anos de idade.” O artigo 8.º da lei acima referida (p.3070) acrescenta ainda que “o ensino básico compreende três ciclos sequenciais, sendo o 1.º de quatro anos, o 2.º de dois anos e o 3.º de três anos (...). A articulação entre os ciclos obedece a uma sequencialidade progressiva, conferindo a cada ciclo a função de completar, aprofundar e alargar o ciclo anterior, numa perspectiva de unidade global do ensino básico.” Desta forma, o 4.º, 6.º e 9.º ano corresponderão respectivamente à conclusão do 1.º, 2.º e 3.º ciclo do ensino básico. Ao ensino secundário “têm acesso (...) os que completarem com aproveitamento o ensino básico. Os cursos do ensino secundário têm a duração de três anos” (artigo 10.º da Lei de Bases do Sistema Educativo, p.3071), sendo que o 12.º ano corresponde à conclusão do mesmo. “Têm acesso ao ensino superior os indivíduos habilitados com um curso secundário, ou equivalente, que, cumulativamente, façam prova de capacidade para a sua frequência” (artigo 10.º da Lei de Bases do Sistema Educativo, p.3071). “No ensino superior são conferidos os seguintes graus: bacharel, licenciado, mestre e doutor” (artigo 13.º da Lei de Bases do Sistema Educativo, p.3072).

Esta variável foi apurada através de uma pergunta fechada e de escolha única: Não sabe ler nem escrever, 4º ano, 6º ano, 9º ano, 12º ano, Bacharelato, Ensino Superior, Mestrado e Doutorado.

No referente às habilitações literárias, cerca de 2.8% dos homens e 0.54 % das mulheres que participaram no estudo não responderam à questão. Dos resultados obtidos observamos pelo gráfico 5 que maioritariamente os pais possuem como habilitações literárias a antiga quarta classe, hoje denominada de quarto ano com 40.9%, sendo esta mais prevalente mas sem significância estatística no sexo masculino com 42.7%.

Detentores do primeiro ciclo, onde incluímos os que possuem do 6º ao 9º ano, encontramos para o pai 28.3% e para a mãe 36.2% com significância estatística, mas com habilitações referentes ao ensino secundário são registados 18.0% para o progenitor masculino e 15.3% para o feminino. Apenas uma ínfima percentagem são analfabetos sendo estes mais prevalentes entre os progenitores do sexo masculino (cf. gráfico 5 e tabela 45). De entre os que possuem o ensino superior a maior percentagem (5.0%) recai para o sexo feminino.

Gráfico 5 – Habilitações literárias dos pais



Profissão dos pais

A profissão dos pais foi categorizada de acordo com o Guia Nacional das Profissões (1994), o qual reparte todas as profissões por nove categorias (cf. Tabela 44). Foi, ainda, necessário acrescentar três novas categorias (categorias 10, 11 e 12) para classificar ocupações que não se incluíam no guia anteriormente referido, tais como: reformados, desempregados e emigrantes. Esta variável foi aquilatada através de uma pergunta aberta.

Tabela 44 – Classificação Nacional de Profissões (1994)

Categoria	Profissão
1	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa
2	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas
3	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio
4	Pessoal Administrativo e Similares
5	Pessoal dos Serviços e Vendedores
6	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas
7	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares
8	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem
9	Trabalhadores Não Qualificados

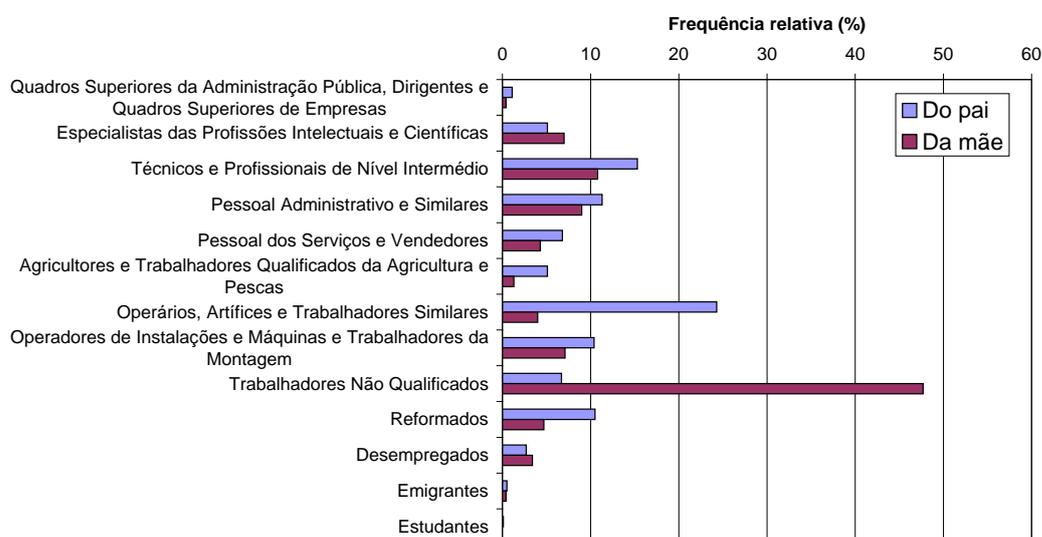
FONTE: Instituto Nacional de Estatística. Classificação Nacional de Profissões (1994).

Quanto à profissão dos pais também registamos cerca de 2.8% de não respondentes entre os inquiridos para o sexo masculino, mas esta percentagem aumenta para 0.69% quando questionadas as mulheres.

Dos resultados obtidos e expressos no gráfico 6 e tabela 45 notamos que 24.3% da totalidade da amostra refere que o pai exerce a profissão de operário, artífice e trabalhadores similares, de acordo com a classificação das profissões, sendo similares os valores percentuais em ambos os sexos 24.0% e 24.5% para o sexo masculino e feminino respectivamente. Destacam-se ainda os 15.3% dos pais que exercem a profissão de técnicos e profissionais de nível intermédio, destacando-se neste caso a maior prevalência entre as mulheres. Os pais reformados obtêm um percentual de 10.5%, que acumulado com os desempregados e estudantes perfaz 13.3% da totalidade da amostra.

Quanto ao sexo feminino, a maior prevalência recai entre mães trabalhadoras não qualificadas com cerca de metade da amostra sendo a percentagem mais elevada entre as mulheres (49.3%) do que entre os homens (45.3%) da amostra em estudo. Os que possuem a profissão de técnicos e profissionais de nível intermédio também alcançam valor percentual de destaque (10.8%) com valores similares para ambos os sexos. Os percentuais de reformadas e desempregadas no seu conjunto cifram-se em 8.1%.

Gráfico 6 – Frequências das profissões dos pais



Número de irmãos

A tabela 45 dá-nos também referência à fratria. É notório que cerca de seis em cada dez famílias apenas possui um irmão contribuindo para este valor os 52.5% do sexo masculino e os 54.1% do sexo feminino. Com dois a três irmãos encontramos 25.3% da totalidade da amostra, sendo este valor mais significativo entre as mulheres e mais de quatro irmãos apenas são observados 4.2% dos inquiridos. Entre os grupos os resíduos ajustados não apresentam significância estatística.

3.Caracterização da prática religiosa

Prática religiosa

Consideramos pertinente para o estudo questionar os estudantes sobre se praticavam alguma religião, na medida em que esta variável poderia, face aos valores religiosos de cada um, influenciar os seus resultados. Constatamos que 65.2% do total dos inquiridos afirma praticar alguma religião, destacando-se pelo percentual alcançado e com significância estatística (71.2%) as mulheres. Entre os não praticantes a maior percentagem (44.1%) e também com significância estatística recai sobre os homens (cf. Tabela 45).

4. Caracterização de actividade remunerada

Actividade remunerada

No que diz respeito à variável relacionada com a actividade remunerada, é considerada um marco importante na vida dos indivíduos. Para além da antecipação na conquista de alguma autonomia económica e consequentemente aumento do poder de compra e possibilidades de recreio, dá-se também normalmente um aumento considerável na procura de conhecimentos que venham colmatar ou preencher as suas necessidades de informação em determinada área considerada deficitária.

Tendo também em consideração o preço dos preservativos, como um factor limitativo à sua utilização, identificado em diversos estudos efectuados com estudantes (CNVIH/SIDA, 2006) achamos pertinentes averiguar esta variável.

De acordo com os resultados apresentados na tabela 45, nove em cada dez dos inquiridos afirmou que não possuía actividade remunerada. Para este valor, sobressaem os 91.2% de respostas oriundas do sexo feminino, que se revestiram de significância estatística e os 81.0% do sexo masculino.

Tabela 45 -Caracterização socio-demográfica da amostra em função do sexo

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (786)	% (39.3)	Nº (1216)	% (60.7)	Nº (2002)	%(100.0)	Masc	Fem
Grupo etário									
17 – 18 anos		90	11.5	208	17.1	298	14.9	-3.5	3.5
19 – 25 anos		563	71.6	905	74.4	1468	73.3	-1.4	1.4
> = 26 anos		133	16.9	103	8.5	236	11.8	5.7	-5.7
Estado civil									
Solteiro		718	91.3	1151	94.7	1898	93.4	-2.9	2.9
Casado		53	6.7	50	4.1	103	5.1	2.6	-2.6
Divorciado		6	0.8	7	0.6	13	0.6	0.5	-0.5
União de facto		9	1.1	7	0.6	16	0.8	1.4	-1.4
Outros		-	0.0	1	0.1	1	0.1	Não aplicável	
Local residência									
Aldeia		185	23.5	256	21.1	441	22.0	1.3	-1.3
Vila		78	9.9	89	7.3	167	8.3	2.1	-2.1
Cidade		523	66.5	871	71.6	1394	69.6	-2.4	2.4
Coabitación									
Sozinho		63	8.0	68	5.6	131	6.5	2.1	-2.1
Amigos/ colegas		216	27.5	453	37.3	669	33.4	-4.5	4.5
Residência de estudantes		76	9.7	190	15.6	266	13.3	-3.8	3.8
Pai Mãe irmãos e familiares		384	44.3	428	35.2	776	38.8	4.1	-4.1
Irmãos		14	1.8	20	1.6	34	1.7	0.2	-0.2
Marido/esposa/companheiro		69	8.8	57	4.7	126	6.3	3.7	-3.7
Habilitações literárias do pai									
Analfabeto		10	1.3	7	0.6	17	0.9	1.6	-1.6
4ª classe		327	42.7	468	39.7	795	40.9	1.3	-1.3
6º - 9º ano		217	28.3	427	36.2	644	33.1	-3.6	3.6
11º a 12º anos		138	18.0	180	15.3	318	16.3	1.6	-1.6
Ensino superior		74	9.7	98	8.3	172	8.8	1.0	-1.0
Habilitações literárias da mãe									
Analfabeto		8	1.0	7	0.6	15	0.8	1.1	-1.1
4ª classe		272	35.0	441	36.3	713	35.8	-0.6	0.6
6º - 9º ano		261	33.6	455	37.5	716	36.0	-1.8	1.8
11º a 12º anos		125	16.1	178	14.7	303	15.2	0.9	-0.9
Ensino superior		111	14.3	133	11.0	244	12.3	2.2	-2.2
Profissão do pai									
Quadros superiores		9	1.2	12	1.0	21	1.1	0.3	-0.3
Especialistas prof. Intelec.		45	5.9	54	4.6	99	5.1	1.3	-1.3
Técnicos n. Intermédio		112	14.6	186	15.8	298	15.3	-0.7	0.7
Administrativos		85	11.1	135	11.5	220	11.3	-0.2	0.2
Serviços e vendedores		52	6.8	80	6.8	132	6.8	0.0	0.0
Agricultores		40	5.2	60	5.1	100	5.1	0.1	-0.1
Operários		184	24.0	289	24.5	473	24.3	-0.2	0.2
Operadores		67	8.7	136	11.5	203	10.4	-2.0	2.0
Trab. Não qualificados		53	6.9	77	6.5	130	6.7	0.3	-0.3
Reformados		103	13.4	102	8.7	205	10.5	3.4	-3.4
Desempregados		12	1.6	41	3.5	53	2.7	-2.5	2.5
Emigrantes		4	0.5	6	0.5	10	0.5	0.0	0.0
Estudantes		-	0.0	1	0.1	1	0.1	Não aplicável	
Profissão da mãe									
Quadros superiores		2	0.3	5	0.4	7	0.4	Não aplicável	
Especialistas prof. Intelec.		70	9.0	69	5.7	139	7.0	2.8	-2.8
Técnicos n. Intermédio		82	10.6	133	11.0	215	10.8	-0.3	0.3
Administrativos		70	9.0	108	8.9	178	9.0	0.1	-0.1
Serviços e vendedores		36	4.6	49	4.0	85	4.3	0.6	-0.6
Agricultores		11	1.4	15	1.2	26	1.3	0.3	-0.3
Operários		32	4.1	47	3.9	79	4.0	0.3	-0.3
Operadores		37	4.8	104	8.6	141	7.1	-3.2	3.2
Trab. Não qualificados		352	45.3	597	49.3	949	47.7	-1.7	1.7
Reformados		62	8.0	31	2.6	93	4.7	5.6	-5.6
Desempregados		21	2.7	47	3.9	68	3.4	-1.4	1.4
Emigrantes		2	0.3	6	0.5	8	0.4	-0.8	0.8
Número de irmãos									
Sem irmãos		139	17.7	201	16.5	340	17.0	0.7	-0.7
Um		413	52.5	658	54.1	1071	53.5	-0.7	0.7
2 -3 irmãos		194	24.7	313	25.7	507	25.3	-0.5	0.5
>= 4 irmãos		40	5.1	44	3.6	84	4.2	1.6	-1.6
Prática de religião									
Não		347	44.1	350	28.8	697	34.8	7.0	-7.0
Sim		439	55.9	866	71.2	1305	65.2	-7.0	7.0
Actividade remunerada									
Não		637	81.0	1109	91.2	1746	87.2	-6.6	6.6
Sim		149	19.0	107	8.8	256	12.8	6.6	-6.6

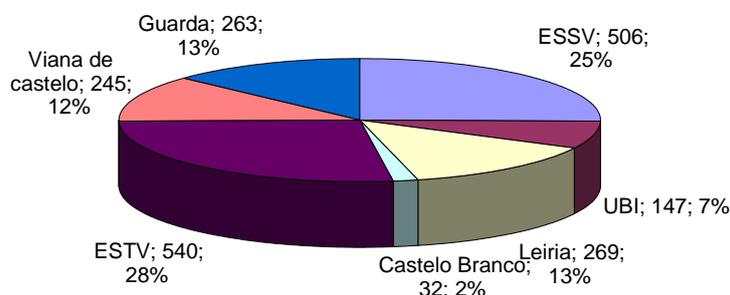
5. Caracterização académica

Instituição onde estuda

Como verificamos pelo gráfico 7 e a tabela 46 a Instituição de Ensino Superior que contribuiu com uma maior participação de estudantes foi o Instituto Politécnico de Viseu, já que mais de metade da amostra (52.3%), são oriundos dessa instituição. Denota-se também uma maior participação do sexo masculino (56.6%) em relação ao feminino (49.4%) com diferenças estatísticas significativas.

Ao procurar-se saber de onde eram oriundos os estudantes deste Instituto verificou-se que a Escola Superior de Saúde de Viseu contribuiu para o estudo com 25.3% de participantes e a Escola Superior de Tecnologia de Viseu com 27.0%. O instituto Politécnico de Castelo Branco é a instituição que menor número de participantes apresenta com apenas 1.6% da totalidade da amostra.

Gráfico 7 - Instituição onde estuda



Curso que frequenta

Na sequência da análise anterior procuramos saber a representatividade dos estudantes dos diferentes cursos envolvidos neste estudo. Dos resultados obtidos e apresentados na tabela 46, regista-se que o curso de Enfermagem é o mais representativo com 47.6%, sendo a percentagem mais prevalente e significativa entre as mulheres (63.8%) que nos homens (22.4%).

O curso de medicina surge em segundo lugar com uma representatividade de 7.4% e com um percentual bastante similar (7.1%) aparece numa terceira posição o curso de engenharia informática e tecnologias da informação, registando-se neste caso um percentual mais elevado e significativo entre os rapazes.

Os cursos com menor número de participantes são por ordem crescente o curso de Marketing com 0.5% do total da amostra e o curso de Engenharia Topográfica com 0.7%

Em suma, as **áreas do curso** com maior participação de estudantes no presente estudo, são sem dúvida a área da saúde com 54.9%, recaindo o maior valor percentual para as mulheres (73.2%) e com diferença estatística significativa. Já nos cursos que representam outras áreas cuja percentagem é de 45.1%, prevalece um maior domínio percentual (73.3%) entre os homens.

Ano que frequenta

A comparação entre o 1º e o último ano permite verificar a evidência de diferenças entre o jovem que frequenta pela primeira vez o ensino superior (com a necessidade de ajustamento a novas relações de amizade, sentimentos de separação e perda com os relacionamentos pré-universitários) e a manutenção de bons níveis de satisfação com a vida e saúde mental (Diniz, 2001).

O estudante no último ano, teve tempo para ter um melhor conhecimento da sua vida académica, percepção do seu bem-estar psicológico e académico, bem como para aceder a um funcionamento mais maduro, no que respeita ao plano social (Costa, 2005).

Na tabela 46 fazemos também referência ao ano de escolaridade frequentado pelos estudantes participantes neste estudo. Notamos que a maior percentagem (64.1%) frequenta o 1º ano de licenciatura e o percentual dos inquiridos que frequentam o 3º e o 4º ano são respectivamente de 14.3%, e de 19.7%. O número de estudantes quintanistas é bastante reduzido pois não vai além de 1.8% do total da amostra. Por outro lado, observa-se que existem mais raparigas no 1º e 4º ano, mas as diferenças entre os sexos são estatisticamente significativas para os rapazes que frequentam o 3º e 5º anos e para as raparigas do 4º ano conforme resultado dos resíduos ajustados.

Recodificada esta variável notamos que cerca de 7 em cada 10 estudantes se encontra no primeiro ano com percentagens semelhantes e não significativas em ambos os sexos e dos 35.9% dos que se encontram no último ano, 37.5% são rapazes.

Formação na área da SIDA

Ao questionarmos os estudantes se durante o curso, tiveram formação na área de educação para a saúde, particularmente no que se refere ao problema da SIDA, cerca de dois

terços dos estudantes afirmou que não tiveram qualquer tipo de formação sendo a percentagem mais elevada e significativa para os rapazes (70.4%) do que para as raparigas (56.7%).

Dos que afirmaram ter sido dada formação cerca de 7 em cada 10 estudantes são raparigas, o que torna significativa a diferença encontrada (cf. Tabela 46).

Tabela 46 - Caracterização académica em função do sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (786)	% (39.3)	Nº (1216)	% (60.7)	Nº (2002)	% (100.0)	Masc	Fem
Instituição onde estuda								
IP Viseu	445	56.6	60.1	49.4	1046	52.2	3.1	-3.1
UBI	34	4.3	113	9.3	147	7.3	-4.2	4.2
IP Leiria	107	13.6	162	13.3	269	13.4	0.2	-0.2
IP Castelo Branco	28	3.6	4	0.3	32	1.6	5.6	-5.6
IP Viana Castelo	69	8.8	176	14.5	245	12.2	-3.8	3.8
IP Guarda	103	13.1	160	13.2	263	13.1	0.0	0.0
Curso que frequenta								
Enfermagem	176	22.4	776	63.8	952	47.6	-18.1	18.1
Medicina	34	4.3	114	9.4	148	7.4	-4.2	4.2
Engenharia Civil	92	11.7	46	3.8	138	6.9	6.8	-6.8
Eng ^a electrot. e telecomunica	108	13.7	7	0.6	115	5.7	12.4	-12.4
Eng ^a industrial	12	1.5	5	0.4	17	0.8	2.7	-2.7
Eng ^a informática	123	15.6	20	1.6	143	7.1	11.9	-11.9
Eng ^a topográfica	11	1.4	3	0.2	14	0.7	3.0	-3.0
Eng ^a do ambiente	20	2.5	37	3.0	57	2.8	-0.7	0.7
Tecnologias computação	36	4.6	36	3.0	72	3.6	1.9	-1.9
Turismo	19	2.4	35	2.9	54	2.7	-0.6	0.6
Eng ^a sist. energias renováveis	14	1.8	7	0.6	21	1.0	2.6	-2.6
Design do ambiente	5	0.6	12	1.0	17	0.8	-0.8	0.8
Gestão e gestão de empresas	40	5.1	78	6.4	118	5.9	-1.2	1.2
Eng ^a mecânica	47	6.0	10	0.8	57	2.8	6.8	-6.8
Eng ^a madeiras	20	2.5	4	0.3	24	1.2	4.4	-4.4
Contab. e Administração	24	3.1	21	1.7	45	2.2	2.0	-2.0
Marketing	5	0.6	5	0.4	10	0.5	0.7	-0.7
Áreas do curso								
Área da saúde	210	26.7	890	73.2	1100	54.9	-20.4	20.4
Outras áreas	576	73.3	326	26.8	902	45.1	20.4	-20.4
Ano que frequenta								
1º ano	491	62.5	793	65.2	1287	64.1	-1.3	1.3
3º ano	190	24.2	97	8.0	287	14.3	10.1	-10.1
4º ano	82	10.4	312	25.7	394	19.7	-8.4	8.4
5º ano	23	2.9	14	1.2	37	1.8	2.9	-2.9
Ano frequenta (recodificado)								
Primeiro ano	491	62.5	793	65.2	1284	64.1	-1.3	1.3
Último ano	295	37.5	423	34.8	718	35.9	1.3	-1.3
Formação na área da SIDA								
Não	553	70.4	690	56.7	1243	62.1	6.1	-6.1
Sim	233	30.7	526	43.3	759	37.9	-6.1	6.1

6. Fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA

Analisadas que foram as características socio-demográficas, familiares e académicas dos estudantes que constituem a amostra, iniciamos agora o estudo sobre as fontes de informação e conhecimentos sobre a SIDA.

Consultando a tabela 47, a afirmação que apresenta, em média, maior frequência de concordância é a “1 - Considero os assuntos relacionados com a infecção VIH/SIDA importantes;” (Média=4,82), seguida das afirmações “3 - Procuo manter-me informado acerca da infecção VIH/SIDA;” (Média=3,99), “2- Considero-me adequadamente preparado(a), para abordar tópicos relacionados com a educação para a saúde, na área da SIDA;” (Média=3,80) e “9 - Obtive conhecimentos sobre Sida através da leitura de material informativo (cartaz, panfleto, brochuras, revistas, livros);” (Média=3,74). As afirmações 18 à 23 (Médias entre 1,39 e 1,65) apresentam menor frequência de concordância.

Tabela 47 - Estatísticas relativas às fontes de informação e conhecimentos em relação à SIDA

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1 - Considero os assuntos relacionados com a infecção VIH/SIDA importantes;	2002	4.82	0.46	10%	1	5
2 - Considero-me adequadamente preparado(a), para abordar tópicos relacionados com a educação para a saúde, na área da SIDA;	2002	3.80	0.83	22%	1	5
3 - Procuo manter-me informado acerca da infecção VIH/SIDA;	2002	3.99	0.85	21%	1	5
4 - Durante o último mês conversei com outros acerca da problemática da SIDA;	2002	2.52	1.08	43%	1	5
5 - Durante o curso tive formação na área de educação para a saúde, no que se refere ao problema da SIDA;	2002	2.13	1.19	56%	1	5
6 - Durante o secundário, participei em acções de formação relacionadas com a educação para a saúde no que se refere ao problema da SIDA;	2002	2.48	1.13	46%	1	5
7 - Obtive conhecimentos sobre a Sida nas consultas com Profissionais de Saúde (médico de família, infecciologista, enfermeiro);	2002	2.22	1.14	51%	1	5
8 - Frequentei Conferências / Jornadas / Seminários relacionados com a SIDA;	2002	2.15	1.16	54%	1	5
9 - Obtive conhecimentos sobre Sida através da leitura de material informativo (cartaz, panfleto, brochuras, revistas, livros);	2002	3.74	0.78	21%	1	5
10 - Obtive conhecimentos sobre Sida através de colegas, amigos e/ou namorado(a);	2002	3.21	0.91	28%	1	5
11 - Obtive conhecimentos sobre Sida através dos mass-media (programas de rádio, televisão, jornais);	2002	3.58	0.81	22%	1	5
12 - Obtive conhecimentos sobre Sida através da internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fóruns, blogs);	2002	3.07	1.04	34%	1	5
13 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro a colegas, amigos e/ou namorado(a);	2002	2.70	1.01	37%	1	5
14 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro à internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fórum, blogs);	2002	2.94	1.10	37%	1	5
15 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao(s) professor(es);	2002	2.02	1.02	50%	1	5
16 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro aos pais e familiares;	2002	2.19	1.03	47%	1	5
17 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro a equipas de Saúde (Centro de Saúde, Hospital, Clínicas);	2002	2.21	1.10	50%	1	5
18 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao gabinete de apoio da escola (psicólogos, professores, orientadores);	2002	1.57	0.84	53%	1	5
19 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro à consulta de Infecciologia no Hospital;	2002	1.54	0.89	58%	1	5
20 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao serviço social;	2002	1.42	0.77	54%	1	5
21 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro às ONG's (Organizações Não Governamentais);	2002	1.39	0.77	56%	1	5
22 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao CAD (Centro de Aconselhamento e detecção precoce do VIH);	2002	1.55	0.92	59%	1	5
23 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro à Comissão Distrital de Luta Contra a SIDA.	2002	1.65	1.10	67%	1	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Nunca; 2- Raras vezes, 3- Às vezes, 4- Muitas vezes, 5- Sempre

A tabela 48, faz referência às estatísticas das diferentes subescalas das fontes de informação e conhecimentos sobre a SIDA. Como notamos os valores mínimos oscilam entre 2 para os interesses pessoais e 6 para as instituições de saúde/ educação e meios de comunicação/educação pelos pares, enquanto que os máximos se situam para as mesmas subescalas entre 10 e 30 valores, estes dependentes do número de itens que os constituem. Para total da escala os valores mínimos e máximos são respectivamente de 26 e 110. Por tal motivo a variabilidade encontrada é moderada para os interesses pessoais, meios de comunicação/educação pelos pares e valor global da escala e elevada para as restantes subescalas. O teste de aderência de *Kolmogorov-Smirnov* pelas probabilidades apresentadas indica que as variáveis não têm uma distribuição normal.

Tabela 48 – Estatísticas relativas às fontes de informação e conhecimentos em relação à SIDA por factores

Variáveis	Min	Max	Media	Dp	CV (%)	K/S
Instituições de Saúde / Educação	6	30	9.21	4.11	44.62	0.000
Meios de Comunicação / Educação pelos Pares	6	30	19.23	3.64	18.92	0.000
Formação	4	20	8.82	3.10	35.14	0.000
Profissionais de Saúde / Pais e Familiares	4	20	9.10	2.97	32.63	0.000
Interesses Pessoais	2	10	7.79	1.36	17.45	0.000
Escala de Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA	26	110	54.07	10.59	19.58	0.000

De acordo com o valor médio e o desvio padrão, tendo por base a fórmula preconizada por Pestana & Gageiro (2005) ($média \pm 0.25 dp$) estabelecemos para o valor da escala global grupos de corte. Face aos resultados obtidos consideramos que possuíam fracas fontes de informação/ conhecimentos sobre SIDA quem obtivesse uma pontuação inferior ou igual a 51, razoável os situados entre 52 e 56 pontos e boas fontes de informação/conhecimentos superior ou igual a 57 pontos. Assim, é possível observar-se pela tabela 49, que 42.0% da amostra foi classificado como tendo fracas fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA e boas fontes de informação/conhecimentos com 36.6% da totalidade da amostra. Da análise bivariada estabelecida com o sexo, ressalta que entre os classificados com fracas fontes de informação/conhecimentos o maior valor percentual recai com significância estatística nos rapazes (47.3%) e boas fontes de informação/conhecimentos observam-se sobretudo nas raparigas (38.7%) também com diferenças significativas.

Tabela 49 – Classificação das fontes de conhecimentos/informação sobre SIDA em função do sexo

Classificação	Sexo		Feminino		Total		Residuais	
	Masculino		N	%	Nº	%	1	2
Fracas	372	47.3	468	28.5	840	42.0	3.9	-3.9
Razoáveis	152	19.3	278	22.9	430	21.5	-1.9	1.9
Boas	262	33.3	470	38.7	732	36.6	-2.4	2.4
Total	786	100.0	1216	100.0	2002	100.0		

Fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA e sexo

Procuramos saber se os índices médios das fontes de informação/conhecimentos em relação à SIDA eram discriminados pelo sexo. Com igualdade de variâncias apenas na formação, profissionais de saúde/pais e familiares e interesses pessoais conforme probabilidade do teste de *Levene*, nota-se pelos resultados apresentados na tabela 50 que o sexo feminino apresenta índices médios mais elevados, condizentes com melhores fontes de informação/conhecimentos em relação à SIDA no que respeita aos meios de comunicação/educação pelos pares, formação, profissionais de saúde/pais e familiares e valor global da escala, enquanto que o sexo masculino revela índices médios mais elevados também condizentes com melhores fontes de informação/conhecimentos em relação à SIDA nas instituições de saúde/educação e nos interesses pessoais. As diferenças entre o sexo não são significativas nas subescalas Instituições de saúde/educação, Profissionais de saúde/pais e familiares e Interesses pessoais.

Tabela 50 – Teste *t* para diferenças de médias entre fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA e sexo.

Fontes informação	Sexo		Feminino		Leven,s P	t	p
	Masculino		Média	Dp			
Instituições de Saúde / Educação	9.25	4.46	9.03	3.86	0.000	1.108	0.253
Meios de Comunicação / Educação pelos pares	18.89	3.83	19.45	3.49	0.031	-3.350	0.001
Formação	8.10	3.03	9.28	3.06	0.247	-8.499	0.000
Profissionais de Saúde / Pais e Familiares	8.95	3.06	9.19	2.91	0.340	-1.755	0.076
Interesses Pessoais	7.85	1.40	7.75	1.34	0.398	1.478	0.136
Escala de Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA	53.05	11.45	54.74	9.94	0.001	-3.385	0.001

Fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA e grupos etários

Mas ao procurarmos comparar as fontes de informação/conhecimentos relacionados com a SIDA com os grupos etários depreende-se pelos resultados obtidos com o teste de *Kruskall Wallis* que são os inquiridos com idades compreendidas entre os 19-25 anos que apresentam índices consentâneos com melhores fontes de informação/conhecimentos no que se refere às instituições de saúde/educação, meios de comunicação/educação pelos pares, formação, interesses pessoais e fontes de informação global/conhecimentos sobre a SIDA enquanto os estudantes com idade compreendida entre os 17 e 18 anos revelam uma maior ordenação média na subescala Profissionais de Saúde/Pais e Familiares e os de idade superior a 25 anos nos interesses pessoais. Os valores de qui quadrado são explicativos para todas as variáveis com excepção para os interesses pessoais (cf. Tabela 51).

Optamos pelo teste de *Kruskall-Wallis* porque os grupos em estudo não são homogéneos entre si ($N/n > 1.6$).

Tabela 51 - Teste de *Kruskall-Wallis* entre grupos etários e fontes de informação/conhecimentos relacionados com a SIDA

Fontes de informação	Grupos etários			X ²	p
	17 - 18	19-25	≥ 26 (
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Instituições de Saúde / Educação	952.32	1024.64	919.68	9.909	0.007
Meios de Comunicação / Educação pelos pares	1010.69	1014.88	906.69	7.265	0.026
Formação	1015.70	1042.63	727.71	61.124	0.000
Profissionais de Saúde / Pais e Familiares	1041.95	1012.79	880.19	12.549	0.002
Interesses Pessoais	985.04	997.37	1047.95	1.931	0.381
Escala de Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA	999.52	1029.48	829.99	24.241	0.000

Fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA e tipo de curso

Parece-nos lógico que os estudantes que frequentam cursos relacionados com a área da saúde recorram a melhores fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA que aqueles oriundos de outros cursos. No intuito de confirmarmos tal pressuposto efectuamos um teste *t* para amostras independentes. Assumindo a homogeneidade das amostras, de acordo com o teste de *Levene* apenas nas instituições de saúde/educação e profissionais de saúde/ pais e familiares, os resultados apontam um melhor nível de fontes de informação/conhecimentos em todos os factores

da escala, nos que frequentam cursos da área da saúde, sendo as diferenças estatisticamente significativas, excepto nos profissionais de saúde/pais e familiares (cf. tabela 52).

Tabela 52 – Teste *t* para diferenças de médias entre fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA e tipo de curso

Fontes informação	Tipo curso	Saúde		Outras áreas		Leven,s p	t	P
		Média	Dp	Média	Dp			
Instituições de Saúde / Educação		9.31	4.04	8.89	4.18	0.759	2.305	0.021
Meios de Comunicação / Educação pelos pares		19.67	3.42	18.70	3.81	0.002	5.956	0.000
Formação		10.10	2.92	7.26	2.56	0.000	23.095	0.000
Profissionais de Saúde / Pais e Familiares		9.09	2.91	9.10	3.05	0.139	-0.030	0.000
Interesses Pessoais		7.81	1.29	7.77	1.44	0.001	0.511	0.606
Escala de Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA		56.00	10.04	51.73	10.77	0.041	9.086	0.000

Fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA e ano que frequenta

Não obstante as indicações já dadas sobre a fonte de conhecimentos/informação sobre SIDA com as áreas de curso, procuramos saber o comportamento da amostra em relação ao ano que frequentam, utilizando uma vez mais o teste *t* de *Student* para o efeito. Verificamos pelo teste de *Levene* que as variâncias não são homogêneas em três subescalas dado apresentarem um valor de ($p < 0.05$), e que os valores médios apontam para melhor utilização das fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA nos estudantes que frequentam o último ano em todas as subescala com excepção da subescala profissionais de saúde/pais e familiares. Contudo o valor de *t* só é explicativo para a formação e para os interesses pessoais (cf. Tabela 53).

Tabela 53 – Teste *t* para diferenças de médias entre fontes de informação/conhecimentos relacionados com a SIDA e ano que frequenta

Fontes informação	Ano que frequenta	Primeiro ano		Último ano		Leven,s p	t	P
		Média	Dp	Média	Dp			
Instituições de Saúde / Educação		9.02	3.86	9.29	4.51	0.000	-1.357	0.175
Meios de Comunicação / Educação pelos pares		19.23	3.65	19.23	3.61	0.395	0.038	-0.271
Formação		8.71	2.97	9.01	3.33	0.000	-2.035	0.006
Profissionais de Saúde / Pais e Familiares		9.16	2.92	8.98	3.06	0.267	1.337	0.185
Interesses Pessoais		7.77	1.36	7.82	1.36	0.439	-0.705	-0.044
Escala de Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA		53.92	10.11	54.35	11.40	0.008	-0.868	-0.428

Fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA e frequência de formação

Uma questão que durante o estudo se nos colocou foi saber se os estudantes que afirmaram ter formação na área da SIDA utilizariam mais fonte de informação/conhecimentos do

que os que afirmaram não ter essa formação. Os resultados obtidos com o teste *t* de *Student* assumindo que as variâncias são homogêneas, excepto para o factor interesses pessoais, revelam que existem diferenças significativas entre os que tiveram formação e os que não tiveram, sendo que os valores médios são mais elevados naqueles que tiveram formação (cf. Tabela 54), o que confirma o pressuposto apresentado.

Tabela 54 – Teste *t* para diferença de médias entre fontes de informação/conhecimentos relacionados com a SIDA e formação na área da SIDA.

Fontes informação	Sem formação		Com formação		Levens <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Instituições de Saúde / Educação	8.89	4.17	9.49	3.97	0.357	-3.156	0.002
Meios de Comunicação / Educação pelos pares	18.94	3.70	19.70	3.49	0.138	-4.556	0.000
Formação	7.76	2.75	10.55	2.86	0.069	-21.629	0.000
Profissionais de Saúde / Pais e Familiares	8.93	2.99	9.36	2.93	0.948	-3.138	0.002
Interesses Pessoais	7.67	1.42	7.98	1.25	0.000	-5.062	0.000
Escala de Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA	52.22	10.67	57.11	9.73	0.196	-10.264	0.000

7. Saúde e relacionamento

A escala Saúde e relacionamento avalia os níveis de informação para a prevenção da SIDA relevantes para a prática do comportamento preventivo.

As estatísticas dos diferentes factores que constituem a escala saúde e relacionamento revelam um valor mínimo de 0 e um máximo de 16, sendo que para a totalidade da escala os valores oscilam entre 0 e 38. No que respeita aos índices médios estes são bastante convergentes nas três subescalas pois a diferença entre o menor e o maior é de apenas 1.82. Os coeficientes de variação apresentam-se elevados face às médias obtidas, sendo que a distribuição da amostra não é normal conforme resultado do teste de aderência de *Kolmogorov-Smirnov* (cf. tabela 55).

Tabela 55 – Estatísticas relativas à escala saúde e relacionamento

Variáveis	Min	Max	Media	Dp	CV (%)	K/S
Factor 1 – Conhecimentos para a prevenção da SIDA, relevantes para o comportamento preventivo	0	16	9.87	3.56	36.06	0.000
Factor 2 – Crenças comuns aos estudantes	0	10	8.28	2.12	25.60	0.000
Factor 3 – Defesa incorrecta de informação sobre a SIDA	0	13	8.05	2.94	36.52	0.000
Escala Saúde e relacionamento	0	38	26.21	6.63	25.59	0.000

Para o índice global da escala procedemos à sua classificação adoptando o mesmo critério explanado na variável anterior. Pelos resultados que se expressam na tabela 56 constatamos que dos 37.8% classificados com fraca informação global 43.6% são do sexo masculino e entre os com boa informação global (56.5%), pondera o sexo feminino com 61.2%. Os resíduos ajustados indicam diferenças significativas entre os dois grupos que se situam nos homens nos classificados de fracos e razoáveis níveis de informação e no feminino na boa informação global.

Tabela 56 – Classificação da escala saúde e relacionamento em função do sexo

Classificação	Sexo		Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais	
	Nº	%	N	%	Nº	%	1	2		
Fracos	343	43.6	414	34.0	757	37.8	4.3	-4.3		
Razoáveis	55	7.0	58	4.8	113	5.6	2.1	-2.1		
Bons	388	49.4	744	61.2	1132	56.5	-5.2	5.2		
Total	786	100.0	1216	100.0	2002	100.0				

Saúde e relacionamento e sexo

Embora na tabela anterior já tenhamos observado que o sexo feminino é o que apresenta melhores níveis de informação global (escala saúde e relacionamento), procuramos porém ver até que ponto as diversas subescalas eram discriminadas pelo sexo. A tabela 57 expressa os resultados obtidos com o teste *t* para diferença de médias e como se observa as probabilidades do teste de *Levene* assumem que as variâncias não são homogêneas uma vez que são inferiores a ($p < 0.05$).

Analisando os índices médios verifica-se que os rapazes só apresentam valores superiores às raparigas no que respeita aos conhecimentos para a prevenção da SIDA, mas a diferença não é estatisticamente significativa. Já nas restantes subescalas encontramos significância estatística, o que nos permite afirmar que o sexo influencia a escala saúde e o relacionamento com excepção dos conhecimentos para a prevenção da SIDA.

Tabela 57 – Teste *t* para diferenças de médias entre a escala saúde e relacionamento e sexo.

Saúde e relacionamento	Sexo		Masculino		Feminino		<i>Leven,s</i> <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Conhecimentos para a prevenção da SIDA	9.92	3.18	9.83	3.78	0.000	0.603	0.546		
Crenças comuns aos estudantes	7.70	2.39	8.65	1.84	0.000	-9.469	0.000		
Defesa incorrecta de informação sobre SIDA	7.51	3.15	8.40	2.75	0.000	-6.509	0.000		
Saúde e relacionamento global	25.14	7.11	26.89	6.21	0.000	-5.647	0.000		

Saúde e relacionamento e grupos etários

Também procurámos saber como a idade se relacionava com a escala saúde e relacionamento. O resultado do teste de *Kruskall Wallis* demonstra que os inquiridos com idades superiores a 25 anos são os que apresentam menores níveis de informação global. Por sua vez os que têm uma idade compreendida entre os 17 e 18 anos revelam uma ordenação média no que respeita aos conhecimentos para a prevenção da SIDA face ao grupo com idades entre os 19 e 25 anos mas é neste grupo que se destacam melhores valores em relação às crenças comuns aos estudantes, defesa incorrecta de informação sobre SIDA e valor global da escala. As diferenças são estatisticamente significativas nas duas últimas subescalas ou seja, defesa incorrecta de informação sobre SIDA e valor global da escala (cf. Tabela 58).

Tabela 58 - Teste de *Kruskall-Wallis* entre grupos etários e saúde e relacionamento

Saúde e relacionamento	Grupos etários			X ²	p
	17 - 18	19-25	≥ 26		
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Conhecimentos para a prevenção da SIDA	1018.10	1009.13	933.07	3.850	0.146
Crenças comuns aos estudantes	992.43	1013.97	935.38	4.123	0.127
Defesa incorrecta de informação sobre SIDA	937.11	1037.37	859.67	23.835	0.000
Saúde e relacionamento global	989.97	1021.55	891.33	10.487	0.005

Saúde e relacionamento e tipo de curso

Parece-nos também pertinente estudar a relação entre a saúde e relacionamento e tipo de curso que frequentam. Assim, recorreremos ao teste *t* para amostras independentes e desde logo constatamos pelo teste de *Levene* que as variâncias não são homogéneas. Os resultados porém apontam para índices mais elevados em todos os factores da escala, nos que frequentam cursos da área da saúde, sendo as diferenças estatisticamente significativas, excepto no que respeita aos conhecimentos para a prevenção da SIDA (cf. tabela 59).

Tabela 59 – Teste *t* para diferenças de médias entre escala saúde e relacionamento e tipo de curso

Saúde e relacionamento	Saúde		Outras áreas		Levene, s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Factor 1 – Conhecimentos para a prevenção da SIDA, relevantes para o comportamento preventivo	9.87	4.12	9.87	2.73	0.000	-0.016	0.987
Factor 2 – Crenças comuns aos estudantes	8.62	1.87	7.86	2.33	0.000	7.880	0.000
Factor 3 – Defesa incorrecta de informação sobre a SIDA	8.71	2.64	7.24	3.09	0.000	11.295	0.000
Saúde e relacionamento global	27.21	6.40	24.98	6.71	0.366	7.576	0.000

Saúde e relacionamento e ano que frequentam

Por outro lado procuramos saber o comportamento da amostra em relação ao ano que frequentam. Utilizando uma vez mais o teste *t* de *Student* verificamos pelo teste de *Levene* que as variâncias não são homogêneas em relação aos conhecimentos para a prevenção da SIDA e ao valor global da escala. Já os índices médios dão primazia para quem frequenta o último ano nas três subescalas e valor global, mas o valor de *t* só é explicativo para os conhecimentos de prevenção e para a escala saúde e relacionamento global (cf. Tabela 60).

Tabela 60 – Teste *t* para diferenças de médias entre saúde e relacionamento e ano que frequenta

Ano que frequenta	Primeiro ano		Último ano		Leven,s <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Saúde e relacionamento							
Conhecimentos para a prevenção da SIDA	9.73	3.44	10.11	3.76	0.006	-2.267	0.024
Crenças comuns aos estudantes	8.26	2.048	8.32	2.26	0.093	-0.574	0.566
Defesa incorrecta de informação sobre SIDA	7.97	2.87	8.19	3.07	0.074	-1.594	0.111
Saúde e relacionamento global	25.97	6.34	26.63	7.10	0.001	-2.075	0.038

Saúde e relacionamento e frequência de formação

Tal como no estudo precedente procuramos determinar a influência da formação na área da SIDA na escala saúde e relacionamentos. Os resultados obtidos com o teste *t* de *Student*, (assumindo que a variância somente é homogênea, na saúde e relacionamentos global), revelam que existem diferenças significativas entre os que tiveram formação e os que não tiveram, sendo que os valores médios são mais elevados naqueles que tiveram formação com excepção no factor conhecimentos para a prevenção da SIDA (cf. Tabela 61).

Tabela 61 – Teste *t* para diferença de médias entre escala saúde e relacionamento e frequência de formação.

Formação na área da SIDA	Sem formação		Com formação		Leven,s <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Saúde e relacionamento							
Factor 1 – Conhecimentos para a prevenção da SIDA, relevantes para o comportamento preventivo	10.02	3.12	9.62	4.16	0.000	2.302	0.021
Factor 2 – Crenças comuns aos estudantes	8.18	2.19	8.45	2.00	0.004	-2.895	0.004
Factor 3 – Defesa incorrecta de informação sobre a SIDA	7.69	3.00	8.64	2.75	0.001	-7.191	0.000
Saúde e relacionamento global	25.90	6.62	26.72	6.62	0.480	-2.684	0.007

Saúde e relacionamento e fonte de informação sobre SIDA

Entretanto, quisemos verificar como as fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA se relacionavam com a saúde e relacionamento. Na análise de correlação então realizada, constatamos que os índices apresentam correlações que oscilam entre o ínfimo e portanto sem qualquer expressividade e o fraco, registando-se neste caso a mais elevada entre conhecimentos para a prevenção e as instituições de saúde/educação que varia em sentido inverso, ou seja a um aumento de informação há menor fonte de informação /conhecimento das instituições (cf. tabela 62).

Tabela 62 - Matriz de correlação de *Pearson* entre saúde e relacionamento e fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA

Saúde e relacionamento Fonte de conhecimentos	Conhecimentos para a prevenção	Crenças comuns aos estudantes	Defesa incorrecta de informação	Saúde e relacionamento (valor global)
Instituições de Saúde / Educação	-0.326 ***	-0.292***	-0.120 ***	-0.322 ***
Meios de Comunicação / Educação pelos pares	0.105***	0.028 n.s.	0.030 n.s.	0.079 ***
Formação	-0.181***	-0.069 **	0.106 ***	-0.072 **
Profissionais de Saúde / Pais e Familiares	0.029 n.s.	-0.119 ***	-0.060 **	-0.049 *
Interesses Pessoais	0.048 *	-0.003 n.s.	0.079 ***	0.060 *
Escala de Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA	-0.129 ***	-0.158 ***	-0.012 n.s.	-0.125 ***

8. Medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA

Têm sido pouco os estudos dirigidos para as medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA na actualidade, especialmente no que concerne aos jovens adultos com múltiplos parceiros sexuais ou dos adolescentes na fase de experimentarem a sexualidade que acabaram de descobrir. Foi este um dos motivos que nos levou a introduzir no nosso estudo um instrumento de avaliação que aborda esta problemática.

As estatísticas obtidas nas diferentes subescalas que constituem as medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA apontam para índices mínimos a oscilarem entre 3 no não ter relações sexuais e 10 no comprar e usar preservativos, enquanto os valores máximos são respectivamente de 15 e 50 para os mesmos factores. Para a totalidade da escala os índices situam-se no intervalo de 24 a 120. Com excepção ao factor 3 os índices médios observados são superiores aos esperados e os coeficientes de variação apresentam uma dispersão

elevada face às médias obtidas, sendo que a distribuição da amostra não é normal conforme resultado do teste de aderência de *Kolmogorov-Smirnov* (cf. tabela 63).

Tabela 63 – Estatísticas relativas à motivação para prática comportamentos preventivos relativos à SIDA

Variáveis	Min	Max	Media	Dp	CV (%)	K/S
F1 – Comprar e usar preservativos	10	50	35.97	10.65	29.60	0.000
F2 – Fazer o teste da SIDA	6	30	13.66	6.19	45.31	0.000
F3 – Falar sobre sexo seguro	5	25	17.77	5.16	29.03	0.000
F4 – Não ter relações sexuais	3	15	7.29	3.68	50.48	0.000
Motivação para prática de comportamentos preventivos	24	120	74.70	18.03	24.13	0.000

Para o índice global da escala efectuamos grupos de corte tendo por base os critérios de classificação de Pestana & Gageiro (2008), (média \pm 0.25 dp) constatando-se que dos 1993 de casos válidos a que correspondem 99.6% da amostra total, 34.8% foram classificados com fraca motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA, contribuindo para este valor percentual os 38.0 % de homens e os 32.8% das mulheres. É contudo no sexo feminino que pondera o maior valor percentual dos que têm uma boa motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA. Os resíduos ajustados indicam diferenças significativas entre os dois grupos que se situam nos homens para os classificados de fracas e razoáveis e no feminino para a boa motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA (cf. Tabela 64).

Tabela 64 – Classificação da motivação para a prática de comportamentos preventivos em função do sexo

Classificação	Sexo		Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais	
	Nº	%	N	%	N	%	Nº	%	1	2
Fraca	297	38.0	397	32.8	694	34.8	2.4	-2.4		
Razoável	177	22.7	223	18.4	400	20.1	2.3	-2.3		
Boa	307	39.3	592	48.8	899	45.1	-4.2	4.2		
Total	781	100.0	1212	100.0	1993	100.0				

Motivação para prática de comportamentos preventivos e sexo

Procuramos saber o modo como o sexo influencia a motivação para a prática de comportamentos preventivos. Para o efeito utilizamos o teste *t* para diferença de médias cujos resultados se apresentam na tabela 65. Pelas probabilidades do teste de *Levene* verificamos que somente o não ter relações sexuais não assume variâncias homogêneas e numa análise aos

índices médios, nota-se que o sexo masculino só apresenta índices mais elevados no comprar e usar preservativos. A probabilidade do teste *t* indica que o sexo não é explicativo somente nos factores 1 e factor 2.

Tabela 65 – Teste *t* para diferenças de médias entre motivação para a prática de comportamentos preventivos relativos à SIDA e sexo.

Sexo	Masculino		Feminino		Leven,s <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Motivação para prática de comportamentos preventivos							
F1 – Comprar e usar preservativos	36.04	10.46	35.92	10.77	1.450	0.259	0.786
F2 – Fazer o teste da SIDA	13.56	5.89	13.71	6.34	0.061	-40.422	0.673
F3 – Falar sobre sexo seguro	16.30	5.08	18.71	5.00	0.608	-10.434	0.000
F4 – Não ter relações sexuais	6.35	3.20	7.90	3.83	0.000	-9.764	0.000
Motivação para prática de comportamentos preventivos	72.30	18.09	76.25	18.09	0.352	-4.806	0.000

Motivação para prática de comportamentos preventivos e grupos etários

No que se refere à motivação para a prática de comportamentos preventivos e grupos etários, o teste de *Kruskall-Wallis* usado para o efeito, demonstra que os participantes mais jovens, isto é com idades entre os 17 - 18 anos, são os que apresentam melhor motivação para a prática de comportamentos preventivos em todas as subescalas sendo secundados pelos inquiridos com idades compreendidas entre os 19 – 25 anos, também em todas as subescalas. As diferenças encontradas para os três grupos em estudo são altamente significativas para todas as subescalas e para o seu valor global (cf. Tabela 66).

Tabela 66 - Teste de *Kruskall-Wallis* entre grupos etários e motivação para a prática de comportamentos preventivos relativos à SIDA

Grupos etários	17 - 18	19-25	≥ 26 (<i>X</i> ²	<i>p</i>
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Motivação para prática de comportamentos preventivos					
F1 – Comprar e usar preservativos	1087.64	1013.19	780.78	41.636	0.000
F2 – Fazer o teste da SIDA	1030.03	1011.02	867.52	13.827	0.001
F3 – Falar sobre sexo seguro	1220.63	992.43	741.73	91.457	0.000
F4 – Não ter relações sexuais	1272.77	991.07	684.02	139.834	0.000
Motivação para prática de comportamentos preventivos	1193.99	1002.49	712.64	92.108	0.000

Motivação para prática de comportamentos preventivos e tipo de curso

Recorrendo ao teste *t* para amostras independentes procuramos determinar se o tipo de curso discriminava a motivação para a prática de comportamentos preventivos. Apenas o factor 4- Não ter relações sexuais assume variâncias homogéneas, de acordo com os resultados do teste de

Levene. Já os índices médios apontam valores mais elevados para os estudantes que frequentam cursos na área da saúde com excepção do factor 2- Fazer o teste da SIDA, mas a diferença encontrada não é significativa. Para as restantes subescalas e valor global, notamos existir significância estatística, embora no factor 1- Comprar e usar preservativos a significância seja marginal (cf. tabela 67).

Tabela 67 – Teste *t* para diferenças de médias entre motivação para a prática de comportamentos preventivos relativos à SIDA e tipo de curso

Tipo curso	Saúde		Outras áreas		Leven,s <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Motivação para prática de comportamentos preventivos							
F1 – Comprar e usar preservativos	36.38	10.22	35.46	11.13	0.006	1.885	0.060
F2 – Fazer o teste da SIDA	13.61	6.09	13.73	6.26	0.043	-0.405	0.685
F3 – Falar sobre sexo seguro	18.66	4.98	16.67	5.18	0.432	8.742	0.000
F4 – Não ter relações sexuais	8.01	3.74	6.41	3.39	0.000	10.022	0.000
Motivação para prática de comportamentos preventivos	76.68	17.20	72.28	18.74	0.017	5.412	0.000

Motivação para prática de comportamentos preventivos e ano que frequentam

Em relação aos anos de curso que frequentam, o teste *t* de *Student* revela que as variâncias não são homogêneas em relação ao factor 1- Comprar e usar preservativos e ao factor 4- Não ter relações sexuais. Os estudantes que frequentam o primeiro ano, são os que apresentam melhor motivação para a prática de comportamentos preventivos sendo as diferenças encontradas entre os dois grupos estatisticamente significativas (cf. Tabela 68).

Tabela 68 – Teste *t* para diferenças de médias entre motivação para a prática de comportamentos preventivos relativos à SIDA e ano que frequenta

Ano que frequenta	Primeiro ano		Último ano		Leven,s <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Motivação para prática de comportamentos preventivos							
F1 – Comprar e usar preservativos	36.75	10.37	34.56	10.99	0.044	4.330	0.000
F2 – Fazer o teste da SIDA	13.93	6.25	13.19	5.98	0.291	2.589	0.010
F3 – Falar sobre sexo seguro	18.21	5.02	16.97	5.32	0.153	5.144	0.000
F4 – Não ter relações sexuais	7.59	3.75	6.76	3.48	0.001	4.922	0.000
Motivação para prática de comportamentos preventivos	76.49	17.43	71.50	18.66	0.063	5.965	0.000

Motivação para prática de comportamentos preventivos e frequência de formação

Para terminar, analisamos a influência da formação na área da SIDA na motivação para a prática de comportamentos preventivos. Assumindo que as variâncias não são homogêneas nos factores 2- Fazer o teste da SIDA e 4- Não ter relações sexuais, os resultados obtidos com a

aplicação do teste *t*, indicam que não existem significância estatística entre os que tiveram formação e os que não tiveram, embora se denote uma tendência para os estudantes que tiveram formação na área da SIDA, tenham melhor motivação para a prática de comportamentos preventivos no que respeita ao factor 3- Falar sobre sexo seguro e 4- Não ter relações sexuais e os que não tiveram formação em relação ao factor 1- Comprar e usar preservativos, 2- Fazer o teste da SIDA, e valor global (escala da motivação para a prática de comportamentos preventivos) (cf. Tabela 69).

Tabela 69 – Teste *t* para diferença de médias entre motivação para a prática de comportamentos preventivos relativos à SIDA e frequência de formação

Formação na área da SIDA	Sem formação		Com formação		Levens <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Motivação para prática de comportamentos preventivos							
F1 – Comprar e usar preservativos	36.20	10.73	35.59	10.50	0.307	1.237	0.216
F2 – Fazer o teste da SIDA	13.68	6.26	13.65	6.02	0.048	0.108	0.914
F3 – Falar sobre sexo seguro	17.74	5.09	17.80	5.29	0.147	-0.257	0.797
F4 – Não ter relações sexuais	7.24	3.73	7.38	3.58	0.041	-0.851	0.395
Motivação para prática de comportamentos preventivos	74.87	18.27	74.43	17.65	0.327	0.521	0.602

9. Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA

Vários autores referem que a mudança de comportamentos constitui um processo complexo, que se desenvolve em várias etapas e que difere de indivíduo para indivíduo de acordo com as suas características psicológicas, sociais e culturais.

As estatísticas relativas às subescalas que constituem a escala da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA revelam para o factor 1- Dificuldade em ter comportamentos preventivos e 2- Eficácia dos comportamentos preventivos um índice mínimo de 0 e um máximo de 22 e 7 respectivamente, enquanto para o valor global da escala os índices situam-se entre 0 a 29. O teste de aderência de *Kolmogorov-Smirnov* indica-nos que a amostra não segue uma distribuição normal e os índices médios de acordo com os indicadores que constituem cada subescala, oscilam entre 4.85 e 22.57. Pelo resultado dos coeficientes de variação apercebemo-nos que as dispersão são elevadas nas duas subescalas e valor global (cf. tabela 70).

Tabela 70 – Estatísticas relativas à eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA

Variáveis	Min	Max	Media	D.P	.CV (%)	K/S
F1 – Dificuldade em ter comportamentos preventivos	0	22	17.71	4.51	25.46	0.000
F2 - Eficácia dos comportamentos preventivos	0	7	4.85	1.83	37.73	0.000
Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA	0	29	22.57	5.74	25.43	0.000

Tal como para o estudo das escalas precedentes efectuamos para o valor global da escala grupos de corte no intuito de classificarmos a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA, dos inquiridos, tendo por base a média e o desvio padrão. Os resultados que se visualizam na tabela 71 revelam que para esta variável o número de respostas foi de 1992, a que corresponde uma percentagem de 99.5% do total dos inquiridos. É notório que o maior valor percentual (53.2%) recai nos que foram classificados como tendo boa eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA, sendo porém as mulheres com 58.0% que apresentam índice percentual mais elevado e com significância estatística. Dos 32.0% classificados com baixa eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA ponderam com significância estatística os homens com 40.8%.

Tabela 71 – Classificação da eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA em função do sexo

Classificação	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais	
	Nº	%	N	%	Nº	%	1	2
Baixa	318	40.8	320	26.4	638	32.0	6.7	-6.7
Razoável	106	13.6	189	15.6	295	14.8	-1.2	1.2
Boa	356	45.6	703	58.0	1059	53.2	-5.4	5.4
Total	780	100.0	1212	100.0	1992	100.0		

Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e sexo

Utilizamos o teste *t* para diferença de médias para determinar o modo como a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA são influenciadas pelo sexo. Notamos pela tabela 72 que o teste de *Levene* só assume variâncias homogêneas para o factor 2- Eficácia dos comportamentos preventivos pelos índices médios o sexo feminino tem melhor eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA que o masculino em todos os factores. Contudo o teste *t* apenas é explicativo em relação ao factor 1- Dificuldade em ter comportamentos preventivos e valor global da escala.

Tabela 72 – Teste t para diferenças de médias entre a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e sexo.

Eficácia percebida	Masculino		Feminino		Levene, <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
F1 – Dificuldade em ter comportamentos preventivos	16.64	4.90	18.40	4.10	0.000	-8.313	0.000
F2 - Eficácia dos comportamentos preventivos	4.82	1.84	4.86	1.82	0.607	-0.462	0.644
Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA	21.47	6.29	23.27	5.24	0.000	-6.69	0.000

Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e grupos etários

Analisando a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA com os grupos etários, demonstra o teste de *Kruskall-Wallis* que os estudantes com idades compreendidas entre os 17 e 18 anos são os que apresentam melhor eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA em relação ao factor F1- Dificuldade em ter comportamentos preventivos secundados pelos estudantes mais velhos, e os de idade situadas entre os 19 e 25 anos no que respeita ao factor F2- Eficácia dos comportamentos preventivos e valor global da escala. Todavia o valor de qui quadrado apresenta só diferenças significativas no factor 2 e nota global da escala (cf. Tabela 73).

Tabela 73 - Teste de *Kruskall-Wallis* entre grupos etários e a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA

Eficácia percebida	Grupos etários			X ²	p
	17 - 18	19-25	≥ 26 (
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
F1 - Dificuldade em ter comportamentos preventivos	980.41	917.53	945.25	4.981	0.083
F2 - Eficácia dos comportamentos preventivos	1011.31	1020.74	1017.56	10.413	0.005
Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA	917.53	944.60	929.35	7.529	0.023

Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e tipo de curso

Também procuramos saber se o tipo de curso discriminava a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA. Dos resultados obtidos, notamos que o teste de *Levene* só assume variâncias homogêneas no factor 2- Eficácia dos comportamentos preventivos e os índices médios apontam valores mais elevados para os estudantes que frequentam cursos na área da saúde com significância estatística para o factor 1- Dificuldade em ter comportamentos preventivos e nota global da escala, o que nos leva a afirmar que o teste *t* é explicativo para estas variáveis (cf. tabela 74).

Tabela 74 – Teste t para diferenças de médias entre a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e tipo de curso

Eficácia percebida	Tipo curso		Outras áreas		Levene, s p	t	p
	Saúde		Média	Dp			
	Média	Dp	Média	Dp			
F1 - Dificuldade em ter comportamentos preventivos	18.21	4.17	17.10	4.83	0.000	5.424	0.000
F2 - Eficácia dos comportamentos preventivos«	4.90	1.79	4.78	1.88	0.054	1.480	0.139
Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA	23.12	5.31	21.89	6.17	0.000	4.724	0.000

Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e ano que frequentam

Mas em relação ao ano que frequentam o teste *t* de *Student* revela que as variâncias são todas homogêneas e os estudantes que frequentam o último ano, são os que revelam melhor eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA face aos do primeiro ano com significância estatística (cf. Tabela 75).

Tabela 75 – Teste *t* para diferenças de médias entre a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e ano que frequenta

Ano que frequenta	Primeiro ano		Último ano		Leven,s <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Eficácia percebida							
F1 – Dificuldade em ter comportamentos preventivos	17.56	4.38	17.99	4.73	0.301	-2.054	0.040
F2 - Eficácia dos comportamentos preventivos	4.74	1.80	5.05	1.87	0.377	-3.615	0.000
Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA	22.30	6.05	23.04	6.05	0.195	-2.770	0.006

Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e frequência de formação

Analisamos finalmente a influência da formação na área da SIDA na eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA. Assumindo que as variâncias não são homogêneas nos factores 1- Dificuldade em ter comportamentos preventivos e escala global os resultados obtidos com a aplicação do teste *t*, indicam que entre os grupos existem diferenças estatísticas sendo que os estudantes com formação são os que possuem melhor eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA (cf. Tabela 76).

Tabela 76 – Teste *t* para diferença de médias entre a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e frequência de formação.

Formação na área da SIDA	Sem formação		Com formação		Leven,s <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Eficácia percebida							
F1 – Dificuldade em ter comportamentos preventivos	17.41	4.73	18.20	4.10	0.000	-3.923	0.000
F2 - Eficácia dos comportamentos preventivos	4.74	1.86	5.03	1.78	0.055	-3.496	0.000
Eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA	22.15	5.98	23.24	5.27	0.002	-4.216	0.000

10. Comportamentos preventivos da SIDA

Conforme descrito na metodologia os comportamentos preventivos são avaliados por quatro subescalas que medem ou avaliam: a discussão sobre a prática de sexo seguro, acessibilidade aos preservativos, uso de preservativo durante as relações sexuais e comportamento relativo aos testes VIH. Para além disso há ainda um conjunto de itens que avaliam de forma isolada ou em combinação dois aspectos: práticas sexuais seguras e de risco.

Conversa sobre a prática de sexo seguro

As tabelas 77 e 78 procuram avaliar se o inquirido discutiu com o parceiro a prevenção da SIDA durante o último mês e se houve a persuasão de um dos parceiros em praticar sexo seguro. Em ambas as questões foram excluídos os inquiridos que afirmaram não ser aplicável ou que não tiveram relações sexuais no último mês. Assim, dos resultados apresentados na tabela 77 notamos que a discussão sobre sexo seguro processou-se frequentemente em 24.8% da amostra e sempre em 21.8%. Há porém a registar que cerca de 2 em cada 10 dos inquiridos nunca discutiram esse assunto sendo a percentagem similar em ambos os sexos. Se tivermos ainda em consideração os que raramente ou às vezes o faziam notamos que o valor percentual atinge mais de metade da amostra, com maior prevalência entre os inquiridos do sexo masculino (58.7%). Os resíduos ajustados indicam a existência de significância estatística entre os que afirmaram discutir sexo seguro raramente e sempre respectivamente para os homens e mulheres.

Tabela 77 – Discussão de sexo seguro com parceiro antes de ter relações sexuais durante o último mês

Discussão sexo seguro	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Nunca		128	20.3	150	18.1	278	19.0	1.0	-1.0
Raramente		93	14.7	72	8.7	165	11.3	3.6	-3.6
Às vezes		150	23.7	187	22.6	337	23.1	0.5	-0.5
Frequentemente		161	25.5	201	24.2	362	24.8	0.5	-0.5
Sempre		100	15.8	219	26.4	619	21.8	-4.9	4.9
Total		632	100.0	829	100.0	1461	100.0		

No que respeita à tentativa de persuasão para praticar sexo seguro comprova-se pela tabela 78 que a mesma é sempre efectuada em 46.2% no total da amostra, dos quais 48.0% advém mais do homem e 45.5% da mulher. Embora não queiramos extrair juízos de valor, tudo nos leva a crer que o medo de uma gravidez não desejada levem o inquirido a tomar essa decisão. Por outro

lado, o percentual dos que nunca tentam persuadir o parceiro para a prática de sexo seguro ou que o tentam às vezes são similares entre homens e mulheres. Acresce referir que somente 925 inquiridos (61.31%) dos 1461 casos registados respondeu a esta questão.

Entre a discussão sobre sexo seguro e as tentativas de persuasão sobre o parceiro para praticar sexo seguro, verificamos a existência de uma correlação positiva e significativa ($\rho = 0.339$; $p = 0.000$) o que equivale a dizer que quando existe diálogo sobre sexo seguro com o parceiro há maior probabilidade de persuadir o mesmo a praticar sexo seguro.

Tabela 78 – Tentativa de persuasão do parceiro sexual a praticar sexo seguro durante o último mês

Persuasão para sexo seguro	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Nunca		119	27.4	139	28.4	258	27.9	-0.3	0.3
Às vezes		107	24.6	133	27.1	240	25.9	-0.9	0.9
Sempre		209	48.0	218	44.5	427	46.2	1.1	-1.1
Total		435	100.0	490	100.0	925	100.0		

Acessibilidade aos preservativos

Questionamos os estudantes sobre a frequência com que compram preservativos e por outro lado se os mantêm acessíveis para a consecução do acto. Os resultados apresentados não incluem os casos em que não é aplicável ou não tiveram relações sexuais no último mês.

Relativamente ao primeiro aspecto, a maior percentagem 37.8% afirmou nunca adquiriu preservativos, contribuindo para este valor os 43.9% das inquiridas do sexo feminino sendo as diferenças significativas. Com efeito pelos resultados apresentados na tabela 79 é visível que a aquisição de preservativos recai sobretudo nos homens, sendo o total de 43.2% os que o fazem frequentemente (19.5%) ou sempre (23.7%), com significância estatística.

Tabela 79 – Frequência na aquisição de preservativo látex no último mês

Aquisição de preservativos	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Nunca		190	29.6	377	43.9	567	37.8	-5.7	5.7
Raramente		74	11.5	85	9.9	159	10.6	1.0	-1.0
Às vezes		101	15.7	119	13.9	220	14.7	1.0	-1.0
Frequentemente		125	19.5	131	15.3	256	17.1	2.2	-2.2
Sempre		152	23.7	147	17.1	299	19.9	3.1	-3.1
Total		642	100.0	859	100.0	1461	100.0		

Quanto à acessibilidade ao uso do preservativo, compulsando os resultados da tabela 80, cerca de 4 em cada 10 homens e 3 em 10 mulheres afirmam tê-lo sempre acessível com significância estatística para os homens. Parece-nos preocupante os 27.1% das mulheres que nunca ou raramente se preocupam em tê-los acessíveis para a sua utilização. Analisando a

correlação de *Spearman* obtida com estas duas variáveis, notamos que o valor ($\rho=0.564$; $p=0.000$) é positivo e significativo, ou seja, uma maior aquisição de preservativos provoca em maior grau à sua acessibilidade ou vice-versa.

Tabela 80 – Frequência de preservativos de látex acessíveis no último mês

Acessibilidade aos preservativos	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Nunca	82	12.3	183	20.2	265	16.9	-4.1	4.1		
Raramente	41	6.2	62	6.9	103	6.6	-0.5	0.5		
Às vezes	104	15.7	160	17.7	264	16.8	-1.1	1.1		
Frequentemente	152	22.9	188	20.8	340	21.7	1.0	-1.0		
Sempre	285	42.9	312	34.5	597	38.0	3.4	-3.4		
Total	664	100.0	905	100.0	1461	100.0				

Uso de preservativo durante as relações sexuais

O uso de preservativo de látex durante as relações sexuais, a frequência da sua utilização nas relações sexuais vaginais no último mês e a frequência da utilização de preservativo neste tipo de relações, também foram questões que colocamos aos estudantes. Assim, relativamente à frequência de utilização de preservativos de látex no último mês, os resultados da tabela 81 indicam que 26.0% do total da amostra nunca os utiliza, sendo o valor percentual mais elevado mas não significativo nos homens. Contudo o uso frequente de preservativos é mais prevalente entre os homens com diferença significativa face às mulheres, mas dos que afirmam usar sempre preservativo os valores percentuais são similares em ambos os sexos.

Tabela 81 – Frequência de utilização dos preservativos de látex no último mês

Uso preservativo	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Nunca	139	29.5	210	27.1	349	26.0	-1.1	1.1		
Raramente	46	8.1	53	6.8	99	7.4	0.9	-0.9		
Às vezes	46	8.1	87	11.2	133	9.9	-1.9	1.9		
Frequentemente	111	19.6	116	14.9	227	16.9	2.2	-2.2		
Sempre	225	39.7	310	39.9	535	39.8	0.0	0.0		
Total	567	100.0	776	100.0	1343	100.0				

Mas ao reportarmo-nos ao uso de preservativo de látex nas relações sexuais vaginais no último mês encontramos como demonstra a tabela 82 que 47.3% do total dos inquiridos utilizam-no sempre não se verificando diferenças estatísticas entre o sexo, embora se evidencie uma maior prevalência para os homens (48.5%) quando comparados com as mulheres (46.5%).

Tabela 82 – Frequência de utilização dos preservativos de látex nas relações sexuais vaginais no último mês

Uso preservativo relações vaginais	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Nunca		113	21.7	166	23.5	279	22.8	-0.7	0.7
Raramente		26	5.0	37	5.2	63	5.1	-0.2	0.2
Às vezes		42	8.1	81	11.5	123	10.0	-2.0	2.0
Frequentemente		87	16.7	94	13.3	181	14.8	1.7	-1.7
Sempre		256	48.5	328	46.5	580	47.3	0.7	-0.7
Total		520	100.0	706	100.0	1226	100.0		

Quanto à percentagem de utilização do preservativo de látex nas relações sexuais vaginais no último mês constatamos que cerca de sete em cada dez estudantes não se protegem quando têm relações sexuais. Este valor por si só, podemos considerá-lo de muito grave, para a exposição ao risco que os estudantes estão sujeitos. Acresce referir que dos 28.4% que sempre utilizaram preservativo nas relações sexuais vaginais, 32,5% são homens e 25.8% mulheres sendo as diferenças percentuais significativas. (cf. Tabela 83). O valor global do *alfa de Cronbach*, (0.872) para os três itens pode considerar-se de bom.

Tabela 83 – Percentagem de utilização dos preservativos de látex nas relações sexuais vaginais no último mês

Percentagem uso preservativo	sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Nunca		117	14.9	175	14.4	292	14.6	0.3	-0.3
Às vezes		412	52.6	726	59.8	1138	57.0	-3.2	3.2
Sempre		255	32.5	313	25.8	568	28.4	3.3	-3.3
Total		784	100.0	1214	100.0	1998	100.0		

Comportamento relativo aos testes VIH

Alguns estudos revelam que cerca de 80.0% dos inquiridos associa o VIH ao medo, motivo que os impede de irem ao médico para evitarem ser confrontados com possíveis maus resultados.

Questionamos os estudantes para relatarem se marcaram ou não alguma consulta para fazerem o teste de VIH. Como se observa pela tabela 84 cerca de 8 em cada 10 estudantes, da totalidade da amostra o que comprova a percentagem referida anteriormente, não marcaram consulta para a execução do Teste. Para este valor, contribuem os 83.0% de sujeitos do sexo masculino e os 72.5% do feminino, revelando os resíduos ajustados significância estatística para os homens. Uma minoria de 4.4% da totalidade da amostra afirma que marcou consulta (5.5%) do sexo masculino e 3.7% do feminino; 19.0% dos inquiridos não fez marcação por não ter relações sexuais nem usar drogas, com significância estatística para as mulheres.

Tabela 84 – Realização de teste de VIH no último mês em função do sexo

Realização teste último mês	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Não		652	83.0	882	72.5	1534	76.6	5.4	-5.4
Sim		43	5.5	45	3.7	88	4.4	1.9	-1.9
Nunca tive relações sexuais nem usei drogas		91	11.6	289	23.8	380	19.0	-6.8	6.8
Total		786	100.0	1216	100.0	2002	100.0		

Na sequência da questão anterior foi também perguntado se marcaram consulta para saber se no último mês estiveram expostos ao vírus da SIDA (cf. Tabela 85). Os resultados indicam-nos que 78.3% não marcou consulta, sendo maior e significativo o valor percentual entre os homens (85.2% vs. 73.8%) quando comparado com as mulheres. Face aos resultados explícitos na tabela anterior, verificou-se uma percentagem de 18.9% dos que não fizeram marcação por não terem relações nem usarem drogas também com significância estatística mas para as mulheres, e consequente diminuição dos que afirmaram ter feito marcação (2.8%) com percentuais similares e não significativos em ambos os sexos.

Entre a realização do teste da SIDA e a marcação de consulta para a sua realização, a correlação ($\rho = 0.932$; $p = 0.000$) é positiva e significativa, o que nos permite afirmar que a uma menor vontade para a marcação do teste da SIDA, corresponde uma maior intenção de marcação de consulta.

Tabela 85 – Marcação de consulta para realização do teste de VIH no último mês em função do sexo

Marcação consulta	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Não		670	85.2	897	73.8	1567	78.3	6.1	-6.1
Sim		25	3.2	31	2.5	56	2.8	0.8	-0.8
Nunca tive relações sexuais nem usei drogas		91	11.6	288	23.7	379	18.9	-6.8	6.8
Total		786	100.0	1216	100.0	2002	100.0		

Risco da SIDA e comportamentos preventivos

Procuramos também avaliar o risco da SIDA e os comportamentos preventivos da SIDA a que os participantes do estudo estão sujeitos. Os resultados a seguir apresentados reportam-se às categorias de risco.

Frequência das relações sexuais

Apenas foram consideradas 1988 respostas válidas ou seja 99.3% da totalidade da amostra no que respeita à frequência das relações sexuais.

Como se constata pela tabela 86 a resposta afirmativa representa sempre valores superiores, sendo de 60,5% para os que afirmam ter tido relações sexuais no mês anterior e 81.4% os que afirmam já ter tido relações sexuais durante a vida. Em ambas as situações os percentuais são mais elevados e significativos para os homens.

Tabela 86 – Frequência das relações sexuais no mês passado e durante a vida em função do sexo

Relações sexuais	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (782)	%	Nº(1206)	%	Nº(1988)	%	Masc.	Femin.		
Relações sexuais último mês										
Sim	502	64.2	700	58.0	1202	60.5	2.7	-2.7		
Não	280	35.8	506	42.0	786	39.5	-2.7	2.7		
Relações sexuais durante a vida										
Sim	691	88.4	927	76.9	1648	81.4	6.4	-6.4		
Não	91	11.6	279	23.1	370	18.6	-6.4	6.4		

Quanto ao relacionamento sexual em função do sexo (cf. Tabela 87) denota-se que a maior percentagem afirma que não teve parceiro sexual durante o mês passado (35.4%) sendo a percentagem mais prevalente e significativa para as mulheres (37.9% vs 31.6 %). O menor percentual 10.9%) foi encontrado entre os que afirmaram que “tanto eu como o meu parceiro tivemos teste VIH negativo” sendo significativa a diferença entre homens e mulheres (12.8% vs 9.7%).

Tabela 87 – Relacionamento sexual em função do sexo

Relacionamento sexual	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc.	Fem		
Tanto eu como o meu parceiro tivemos negativo no teste HIV	100	12.8	117	9.7	217	10.9	2.1	-2.1		
Tanto eu como o meu parceiro nunca tivemos outros parceiros	137	17.5	274	22.7	411	20.7	-2.8	2.8		
Nenhuma das afirmações anteriores é verdadeira (mês passado)	298	38.1	357	29.6	655	33.0	3.9	-3.9		
Não tive nenhum parceiro sexual durante o mês passado	247	31.6	457	37.9	704	35.4	-2.9	2.9		
Total	782	100.0	1205	100.0	1987	100.0				

Relação íntima que envolva relações sexuais

Na tabela 88 fazemos referência à relação íntima que envolve relações sexuais. A resposta mais assinalada 60.8% indica que a relação actual íntima envolve relações sexuais, contribuindo

para este valor os 64.8% dos inquiridos do sexo masculino e os 58.2% do feminino sendo as diferenças residuais significativas.

Tabela 88 – Relação íntima actual que envolva relações sexuais

Relacionamento actual	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Sim		507	64.8	701	58.2	1208	60.8	3.0	-3.0
Não		275	35.2	504	41.8	779	39.2	-3.0	3.0
Total		782	100.0	1205	100.0	1987	100.0		

Para os que responderam afirmativamente à questão anterior, procuramos saber se a relação com o parceiro era monogâmica (nenhum dos dois tem relações sexuais com outras pessoas).

Dos 60.8% que responderam afirmativamente à questão anterior, verificaram-se 11 não respostas, que correspondem a 0,9% desta subamostra.

A grande maioria, cerca de 80%, responde que a relação é monogâmica, 13.7% afirmam que não e 6% não têm a certeza. Entre o sexo encontramos significância estatística para as mulheres nas que responderam afirmativamente (85.0%) e para os homens na posição oposta (16.7%). Entre os incertos perdura um maior percentual, (9.5%) significativamente estatístico para os que têm incerteza relativamente à relação monogâmica (cf. Tabela 89).

Tabela 89 - Relação monogâmica com o parceiro

Relação monogâmica	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Sim		371	73.8	590	85.0	961	80.3	-4.8	4.8
Não		84	16.7	80	11.5	164	13.7	2.6	-2.6
Incerto		48	9.5	24	3.5	72	6.0	4.4	-4.4
Total		503	100.0	694	100.0	1197	100.0		

Relações sexuais vaginais

As tabelas 90, 91 e 92 reportam-se às relações sexuais vaginais.

No que concerne à frequência das relações sexuais no último mês com pessoas diferentes, cerca de 6 em cada 10 estudantes afirmaram ter uma relação sexual vaginal, com percentuais semelhantes mas não significativos entre homens e mulheres. É também de salientar os 40.5% que afirmaram ter relações sexuais vaginais apenas com um parceiro e que o percentual de 44.1% é mais significativo para as mulheres. Quanto aos 4.1% da amostra que tiveram mais de uma relação

vaginal com pessoas diferentes denota-se que a sua frequência é mais elevada entre o sexo masculino (cf. tabela 90).

Tabela 90 – Frequência de relações sexuais vaginas no último mês com pessoas diferentes

Relações sexuais vaginas	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Zero		275	35.1	535	44.1	810	40.5	-4.0	4.0
Uma		449	57.3	658	54.2	1107	55.4	1.3	-1.3
Mais que uma		60	7.7	21	1.7	81	4.1	6.6	-6.6
Total		784	100.0	1214	100.0	1998	100.0		

Indagamos sobre o número de parceiros que usou como método preventivo o preservativo. Os valores encontrados e expressos na tabela 91 são motivo de alguma preocupação, na medida em que 57.4% afirmou que nunca usou preservativo, percentagem esta muito similar aos que tiveram uma ou mais que uma relação sexual vaginal com pessoas diferentes (59.5%). Os resíduos ajustados apresentam significância estatística entre os que não usaram preservativo para o sexo feminino e para os do sexo masculino que usaram preservativo quando tiveram relações com mais que um parceiro.

Tabela 91 – Número de parceiros em que usou sempre preservativo

Uso de preservativo	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Zero		411	52.4	736	60.6	1147	57.4	-3.6	3.6
Uma		327	41.7	456	37.6	783	39.2	1.9	-1.9
Mais que uma		46	5.9	22	1.8	61	3.4	4.9	-4.9
Total		784	100.0	1214	100.0	1998	100.0		

Ainda na mesma sequência, procurou-se saber quantos dos parceiros fizeram o teste da SIDA. Face às respostas encontradas, poderemos deduzir que a situação é deveras preocupante na medida em que 84.6% dos inquiridos desconhecem o número de parceiros que fizeram o efectuaram, com percentuais semelhantes e não significativos entre homens e mulheres. Somente uma pequena franja de 0.9% afirmou que os parceiros com quem tiveram relações sexuais fizeram mais que uma vez o teste da SIDA (cf. Tabela 92).

Tabela 92 – Número de parceiros que fizeram o teste da SIDA

Conhecimento teste do parceiro	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Zero		662	84.4	1029	84.8	1691	84.6	-0.2	0.2
Um		114	14.5	176	14.5	290	14.5	0.0	0.0
Mais que um		8	1.0	9	0.7	17	0.9	0.7	-0.7
Total		784	100.0	1214	100.0	1998	100.0		

Relação sexual anal

A procura de satisfação ou de prazer é uma constante no ser humano, pelo que optar por esta variante, dependerá sempre da apetência e da concordância do casal. Alguns estudos indicam que 40.0% dos casais heterossexuais portugueses já alguma vez tiveram sexo anal. Mas se forem questionados se o fizeram no último mês, talvez só 5% respondam afirmativamente, o que é relativamente mais baixo, quando comparando com o coito vaginal. Com efeito, os resultados da tabela 93 indicam que o sexo anal no último mês nunca foi praticado pela quase totalidade da amostra (85.8%) com resíduos ajustados significativos entre as mulheres (87.9%). Somente 14.3% da amostra afirma que teve relações sexuais anais com parceiros diferentes uma ou mais vezes sendo este tipo de relação mais frequente entre os homens.

Tabela 93 – Frequência de relações sexuais anais no último mês com pessoas diferentes

Frequência	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Zero		647	82.5	1607	87.9	1714	85.8	-3.4	3.4
Um		124	15.8	143	11.8	267	13.4	2.6	-2.6
Dois		11	1.5	3	0.2	15	0.8	3.2	-3.2
Três		1	0.1	1	0.1	2	0.1	Não aplicável	
Total		784	100.0	1214	100.0	1998	100.0		

Mas ao serem questionados se nas relações sexuais anais usou preservativo, é notório pelos resultados apresentados na tabela 94 que cerca de um quarto da amostra não usou, e, neste particular o percentual mais elevado e significativo recai para as mulheres (30.6%). Entre os que usaram preservativo 69.7% usou-o com num parceiro com percentagens semelhantes para ambos os sexos e 5.3% em dois ou três parceiros.

Tabela 94 – Número de parceiros em que usou sempre preservativo nas relações sexuais anais

Parceiros relações anais	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Zero		28	20.4	45	30.6	73	25.7	-2.0	2.0
Um		97	70.8	99	67.3	196	69.7	0.6	-0.6
Dois		11	8.0	2	1.4	13	4.6	2.7	-2.7
Três		1	0.7	1	0.7	2	0.7	Não aplicável	
Total		137	100.0	147	100.0	284	100.0		

Também se procurou saber quantos dos parceiros com quem houve relações sexuais anais fizeram teste da SIDA. Dos resultados da tabela 95 extrai-se que cerca de três quartos da amostra não têm conhecimento da sua realização. São sobretudo os homens que menos têm conhecimento (75.9% vs 70.1%) mas não é significativa a diferença.

Tabela 95 – Número de parceiros das relações sexuais anais que fizeram o teste da SIDA

Conhecimento teste do parceiro	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Zero		104	75.9	103	70.1	207	72.9	1.1	-1.1
Um		31	22.6	42	28.6	73	25.7	-1.1	1.1
Dois		2	1.5	1	0.7	3	1.1	Não aplicavel	
Três		-	0.0	1	0.7	1	0.4	Não aplicavel	
Total		137	100.0	147	100.0	284	100.0		

Finalmente na tabela 96 confrontamo-nos com os resultados da utilização do preservativo nas relações sexuais anais. Registamos oito casos que não responderam à questão, e dos respondentes, 30.4% do total da amostra afirma nunca ter utilizado preservativos, sendo que o valor percentual é mais elevado e significativo entre os inquiridos do sexo feminino. Em cerca de 48.0% da amostra o preservativo é sempre utilizado principalmente pelo sexo masculino (52.2%).

Tabela 96 – Percentagem de utilização dos preservativos de látex nas relações sexuais anais no último mês

Uso preservativo relações anais	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Nunca		33	24.3	51	36.4	84	30.4	-2.2	2.2
Às vezes		32	23.5	28	20.0	60	21.7	0.7	-0.7
Sempre		71	52.2	61	43.6	132	47.8	1.4	-1.4
Total		136	100.0	140	100.0	276	100.0		

Quanto ao sexo dos parceiros sexuais envolvidos nas relações sexuais quer elas sejam vaginais ou anais, 46.6% da amostra afirma que só faz sexo com homens sendo que 75.7% são mulheres e 1.7% homens. É ínfima a percentagem (0.8%) dos que responderam que fazem sexo tanto com homens como com mulheres, mas o percentual aumenta substancialmente (35.7%) quando respondem que só fazem sexo com mulheres. Destes o maior destaque, como seria de esperar, recai para os homens (88.6%) e também como seria de esperar este percentual aproxima-se do obtido com as mulheres que só fazem sexo com homens. As diferenças encontradas nos diferentes grupos são estatisticamente significativas (cf. Tabela 97).

Tabela 97 - Sexo dos parceiros sexuais

Sexo parceiro	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Só faço sexo com homens		13	1.7	915	75.7	928	46.6	-32.4	32.4
Faço sexo tanto com homens como com mulheres		10	1.3	5	0.4	15	0.8	2.2	-2.2
Só faço sexo com mulheres		693	88.6	17	1.4	710	35.7	39.7	-39.7
Não tenho relações sexuais		66	8.4	271	22.4	337	16.9	-8.1	8.1
Total		782	100.0	1208	100.0	1990	100.0		

Comportamento dos estudantes em relação aos testes de VIH

Completamos o estudo abordando o comportamento dos estudantes em relação à realização do teste da SIDA e para os que responderam afirmativamente à questão anterior, local da sua realização.

Assim, compulsando os resultados da tabela 98 o maior valor percentual recai nos que afirmaram não realizar o teste da SIDA, com maior prevalência e significância estatística entre as mulheres (71.0%).

Tabela 98 – Realização do teste de sida em função do sexo

Realização teste	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Sim		279	35.7	350	29.0	629	31.6	3.1	-3.1
Não		503	64.3	858	71.0	1361	68.4	-3.1	3.1
Total		782	100.0	1208	100.0	1990	100.0		

Para os estudantes que afirmaram ter realizado o teste, o seu local é para 42.9% o gabinete médico, contribuindo para esta percentagem os 42.3% dos rapazes e os 43.4% das raparigas.

Também é de destacar os 27.2% dos inquiridos que fazem teste do VIH quando efectuam a doação de sangue. O percentual menos significativo entre as diferentes opções de resposta é encontrado nos inquiridos que frequentam ou frequentaram o serviço militar (cf. Tabela 99).

Tabela 99 – Local de realização do teste VIH em função do sexo

Local	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem
Anónimo		44	15.8	44	12.6	88	14.0	1.1	-1.1
Confidencial		24	8.6	30	8.6	54	8.6	0.0	-0.0
Gabinete médico		118	42.3	152	43.4	270	42.9	-0.3	0.3
Serviço militar		12	4.3	-	0.0	12	1.9	3.9	-3.9
Doação de sangue		75	26.9	96	27.4	171	27.2	-0.2	0.2
Outro		6	2.2	28	8.0	34	5.4	-3.2	3.2
Total		279	100.0	350	100.0	629	100.0		

11. Avaliação da educação para a saúde

A tabela 100 faz referência às estatísticas das subescalas sobre avaliação da educação para a saúde. Os valores mínimos oscilam entre 2 nos métodos educativos e 15 nos recursos educativos enquanto para o valor total da escala o intervalo situa-se entre os 42 e 210. Os coeficientes de variação revelam uma variabilidade moderada em todos os factores uma vez que se

situam entre 15% a 30%. O teste de aderência de *Kolmogorov-Smirnov* pelas probabilidades apresentadas indica que as variáveis não têm uma distribuição normal.

Tabela 100 – Estatísticas relativas à avaliação da educação para a saúde

Variáveis	Min	Max	Media	Dp	CV (%)	K/S
Recursos educativos	15	75	52.96	10.43	19.69	0.000
Processo de aprendizagem	11	55	38.89	8.45	21.72	0.000
Conteúdos	10	50	33.38	6.54	19.59	0.000
Métodos educativos	6	30	21.19	4.84	22.84	0.000
Escala global	42	210	146.18	26.12	17.86	0.000

Estabelecemos para o valor da escala global grupos de corte tendo por base o índice médio e o desvio padrão. Consideramos três grupos que designamos por inadequada educação para a saúde, adequada e muito adequada. Compulsando a tabela 101 é possível se observar que 36.4% da amostra avaliou inadequadamente a educação para a saúde e cerca de cada 4 em cada 10 estudantes avaliaram-na muito adequada. Da análise bivariada estabelecida com o sexo, ressalta que entre os que avaliaram inadequadamente a educação para a saúde, a maior percentagem (46.8%) e com valor residual significativo é do sexo masculino e entre os que avaliaram muito adequadamente o maior índice percentual recai no sexo feminino, também com significância estatística.

Tabela 101 – Classificação educação para a saúde em função do sexo

Classificação	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	N	%	Nº	%	1	2
Inadequada	330	46.8	345	30.0	675	36.4	7.3	-7.3
Adequada	156	22.1	276	24.0	432	23.3	-0.9	0.9
Muito adequada	219	31.1	528	46.0	747	40.3	-1.3	6.3
Total	705	100.0	1149	100.0	1854	100.0		

12. Relação entre a avaliação da educação para a saúde na área da SIDA e as variáveis socio-demográficas

Educação para a saúde e sexo

No seguimento da análise da tabela anterior, procuramos saber se os índices médios da avaliação da educação para a saúde eram discriminados pelo sexo. Com igualdade de variâncias em todas as subescalas excepto nos métodos educativos conforme probabilidade do teste de

Levene, ressalta pelos resultados apresentados na tabela 102 que o sexo feminino apresenta índices médios mais elevados que o masculino no que respeita à percepção sobre a avaliação da educação para a saúde em todas as subescalas e escala global com diferenças estatísticas significativas, o que nos permite afirmar que o sexo tem efeito discriminatório sobre a educação para a saúde.

Tabela 102 – Teste *t* para diferenças de médias entre educação para a saúde e sexo

Educação para a saúde	Sexo		Levene		<i>t</i>	<i>p</i>	
	Masculino	Feminino	<i>p</i>				
	Média	Dp	Média	Dp			
Recursos educativos	51.32	10.19	53.96	10.45	0.501	-5.336	0.000
Processo de aprendizagem	37.23	8.37	39.93	8.34	0.245	-6.753	0.000
Conteúdos	32.47	6.30	33.51	6.64	0.499	-3.343	0.001
Métodos educativos	20.16	5.16	21.67	4.71	0.009	-6.635	0.000
Escala global	141.33	25.79	149.15	25.89	0.357	-6.317	0.000

Educação para a saúde e grupos etários

Procuramos também saber o modo como a idade influencia a avaliação da educação para a saúde. Depreende-se pelos resultados obtidos com o teste de *Kruskall-Wallis* que são os inquiridos mais jovens que apresentam índices consentâneos com uma melhor percepção na avaliação da educação para a saúde em todas as subescalas e escala global sendo secundados pelos sujeitos com idades compreendidas entre os 19 e 25 anos, também para todas as subescalas. As diferenças entre os três grupos em estudo são estatisticamente significativas para todas as variáveis (cf. tabela 103), razão pela qual podemos afirmar que a idade influencia a educação para a saúde.

Tabela 103 - Teste de *Kruskall-Wallis* entre grupos etários e a educação para a saúde

Educação para a saúde	Grupos etários			χ^2	<i>p</i>
	17 - 18	19-25	≥ 26 (
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Recursos educativos	1074.56	915.86	798.14	32.83	0.000
Processo de aprendizagem	1083.32	925.49	691.88	58.74	0.000
Conteúdos	1028.04	924.00	805.43	19.52	0.000
Métodos educativos	1062.25	998.77	924.16	7.55	0.023
Escala global	1080.34	919.52	738.62	45.86	0.000

Educação para a saúde local de residência

Mas será que o local de residência terá influência na avaliação que os inquiridos fazem sobre a educação para a saúde? Para responder a esta questão efectuamos o teste de *Kruskall-Wallis*, tendo o mesmo revelado que os estudantes oriundos da aldeia percebem melhor os

conteúdos, os da vila os recursos educativos e os da cidade o processo de aprendizagem, os métodos educativos e em suma todo o processo de educação para a saúde. Todavia o valor de qui quadrado só é explicativo para os métodos educativos (cf. tabela 104).

Tabela 104 - Teste de *Kruskall-Wallis* entre local de residência e educação para a saúde

Educação para a saúde	Grupos etários			X ²	p
	Aldeia	Vila	Cidade		
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Recursos educativos	920.65	932.13	931.96	0.142	0.932
Processo de aprendizagem	897.69	905.24	940.10	2.239	0.326
Conteúdos	947.24	935.77	922.53	0.686	0.710
Métodos educativos	941.02	942.00	1024.90	8.924	0.012
Escala global	906.75	916.20	935.30	0.953	0.621

13. Relação entre a avaliação da educação para a saúde na área da SIDA e as variáveis académicas

Educação para a saúde e tipo de curso

É de todo credível que os estudantes que frequentam cursos relacionados com a área da saúde façam uma melhor avaliação da educação para a saúde do que os que provêm de cursos de outras áreas. Efectuamos um teste *t* para amostras independentes no intuito de confirmarmos tal pressuposto. O teste de *Levene* revela que somente a subescala relativa aos conteúdos apresentam variâncias homogêneas e os índices médios confirmam o pressuposto, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Confirmamos assim a hipótese formulada que os estudantes da área da saúde fazem uma melhor avaliação da educação para a saúde (cf. tabela 105).

Tabela 105 – Teste *t* para diferenças de médias entre educação para a saúde e tipo de curso

Educação para a saúde	Saúde		Outras áreas		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Recursos educativos	54.16	9.79	51.31	11.04	0.001	5.762	0.000
Processo de aprendizagem	40.16	7.79	37.19	9.00	0.000	7.419	0.000
Conteúdos	37.19	6.33	32.56	6.77	0.062	3.141	0.002
Métodos educativos	22.21	4.34	19.69	5.28	0.000	11.466	0.000
Escala global	150.08	24.25	140.85	27.62	0.000	7.479	0.000

Educação para a saúde e ano que frequenta

Analizamos também a relação entre avaliação da educação para a saúde e o ano que os estudantes frequentam. Recorrendo uma vez mais ao teste *t* de *Student* verificamos pelas

probabilidades do teste de *Levene* que as variâncias assumem homogeneidade em todos os factores dado apresentarem um valor de ($p > 0.005$). Por sua vez os valores médios apontam para uma melhor avaliação na educação para a saúde nos estudantes que frequentam o primeiro ano em todas as subescalas, sendo o valor de *t* explicativo com excepção na avaliação da educação para a saúde relacionada com os métodos educativos, isto é confirma-se a hipótese de que o ano que os estudantes frequentam tem influência na avaliação da educação para a saúde, em todas as subescalas e escala global, excepto nos métodos educativos (cf. tabela 106).

Tabela 106 – Teste *t* para diferenças de médias entre educação para a saúde e ano que frequenta

Ano que frequenta	Primeiro ano		Último ano		Levene, <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Educação para a saúde							
Recursos educativos	53.71	10.15	51.57	10.80	0.254	4.233	0.000
Processo de aprendizagem	39.31	8.22	38.13	8.82	0.235	2.865	0.004
Conteúdos	33.41	6.31	32.55	6.89	0.054	2.701	0.007
Métodos educativos	21.20	4.92	20.85	4.99	0.904	1.533	0.125
Escala global	147.69	25.35	143.35	27.30	0.181	3.424	0.001

Educação para a saúde e frequência de formação

Mas será que os estudantes que tiveram formação na área da SIDA fazem uma melhor avaliação da educação para a saúde do que aqueles que não tiveram formação? Os resultados obtidos com o teste *t* de *Student* revelaram que as variâncias não são homogêneas, ao apresentarem-se com valor de $p < 0.005$. Por sua vez os índices médios apontam para diferenças significativas entre os que tiveram formação e os que não tiveram, sendo que os valores médios são mais elevados em todas as subescalas e escala global naqueles que tiveram formação na área da SIDA, confirmando-se assim a hipótese de que a formação influencia a avaliação da educação para a saúde (cf. Tabela 107).

Tabela 107 – Teste *t* para diferença de médias entre educação para a saúde e formação na área da SIDA

Formação na área da SIDA	Sem formação		Com formação		Levene, <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp			
Educação para a saúde							
Recursos educativos	51.64	11.04	54.95	9.07	0.000	-7.058	0.000
Processo de aprendizagem	37.51	8.92	40.69	7.35	0.000	-7.827	0.000
Conteúdos	32.41	6.84	34.17	5.89	0.008	-5.878	0.000
Métodos educativos	20.63	5.13	21.81	4.55	0.000	-5.349	0.000
Escala global	142.55	27.69	151.66	22.50	0.000	-7.775	0.000

14. Relação entre a avaliação da educação para a saúde na área da SIDA e as variáveis de natureza cognitiva (fontes de informação/conhecimento na área da sida, saúde e relacionamento) e as **variáveis de natureza psicológica** (motivação para a prática de comportamentos preventivos relativos à SIDA e eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA)

Para estudarmos a relação entre a educação para a saúde nas suas dimensões recursos educativos, processos de aprendizagem, conteúdos, métodos educativos e educação para a saúde na sua forma global, com as fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA (instituições de saúde/educação, meios de comunicação/educação pelos pares, formação profissionais de saúde/pais e familiares, interesses pessoais), saúde e relacionamento (conhecimentos para a prevenção da SIDA, crenças comuns aos estudantes, defesa incorrecta de informação sobre a SIDA), motivação para a prática de comportamentos preventivos relativos à SIDA (comprar e usar preservativos, fazer o teste da SIDA, falar sobre sexo seguro e não ter relações sexuais), e a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA (dificuldade em ter comportamentos preventivos e eficácia dos comportamentos preventivos), efectuamos análises de regressões múltiplas, dado que é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, principalmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente.

O método de estimação usada foi o de *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários até se conseguir determinar as variáveis que são predictoras da variável dependente.

Nos resultados que a seguir se apresentam há uma omissão de 7.4% de casos, percentagem não significativa, por os inquiridos não terem respondido em alguma das variáveis em estudo.

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (recursos educativos)

No que concerne aos recursos educativos, pela tabela 108, notamos que as correlações entre esta subescala e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre ($r = -0,008$) no fazer testes da SIDA e ($r = 0,282$) nas fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA. Verificamos ainda que recursos educativos estabelecem relações positivas e significativas com todas as variáveis, excepto com "fazer teste SIDA", "não ter relações

sexuais” e “eficácia comportamentos preventivos” pelo que podemos afirmar que quanto maiores os índices nas variáveis acima descritas maior é a avaliação da educação para a saúde no que concerne aos recursos educativos.

Tabela 108 – Correlação de *Pearson* entre recursos educativos e variáveis independentes.

Variáveis	r	p
Instituições de Saúde / Educação	0.067	0.002
Meios de Comunicação / Educação pelos Pares	0.251	0.000
Formação	0.273	0.000
Profissionais de Saúde / Pais e Familiares	0.233	0.000
Interesses Pessoais	0.177	0.000
Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA	0.282	0.000
Conhecimentos prevenção sida	0.078	0.000
Crenças comuns estudantes	0.148	0.000
Defesa incorrecta	0.147	0.000
Saúde e relacionamentos	0.155	0.000
Comprar e usar preservativos	0.118	0.000
Fazer teste sida	0.008	0.367
Falar sobre sexo seguro	0.145	0.000
Não ter relações sexuais	0.019	0.209
Motivação prática comport. prevent.	0.119	0.000
Dificuldade ter comport. preventivos	0.139	0.000
Eficácia comportamentos preventivos	0.016	0.247
Eficácia percebida	0.115	0.000

A primeira variável a entrar no modelo de regressão foi as fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA pois, como se pode verificar pelas correlações inseridas na tabela anterior, é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 7.9% da variação dos recursos educativos e o erro padrão de regressão é de 10.01391, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados dos recursos educativos.

No segundo modelo de regressão, entrou a variável Instituições de Saúde / Educação e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 12.6% da variabilidade total recursos educativos tendo o erro estimado diminuído para 9.761. Sucessivamente entram no modelo de regressão as variáveis, Crenças comuns dos estudantes, Dificuldade em ter comportamentos Preventivos, Defesa incorrecta, Falar sobre sexo seguro e Eficácia comportamentos preventivos.

Os resultados do sétimo e último modelo são sumariamente apresentados no Quadro 7 que comprova que são sete as variáveis que entraram neste modelo de regressão constituindo-se assim como preditoras da avaliação da educação para a saúde em relação aos recursos educativos. A correlação que estas variáveis estabelecem com os recursos educativos é fraca ($r=0,397$) explicando no seu conjunto 15.8% da variabilidade. O erro padrão da estimativa diminuiu para 9.594 neste último modelo de regressão. Utilizou-se o *variance inflation factor* (VIF) para diagnosticar a multicolaridade que oscilou entre (VIF = 1.101) e (VIF= 2.453) nas variáveis “Falar sobre sexo

seguro” e “Instituições de Saúde / Educação respectivamente, concluindo-se que as variáveis presentes no modelo não são colineares.

Os testes F são todos estatisticamente significativos, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de *t*, dado apresentarem significância estatística, permite afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo para os recursos educativos.

Finalmente pelos coeficientes padronizada beta notamos que as fontes informação/conhecimentos sobre SIDA é a que apresenta maior valor preditivo sendo seguido pela instituições de saúde / educação surgindo em último lugar falar sobre sexo seguro. Apenas as variáveis instituições de saúde/educação e eficácia de comportamentos preventivos estabelecem uma relação inversa com a avaliação da educação para a saúde no que respeita aos recursos educativos.

Quadro 7 – Regressão múltipla entre recursos educativos e as variáveis independentes

Variável dependente = recursos educativos					
R = 0,397					
R ² = 0,158					
R ² Ajustado = 0,154					
Erro padrão da estimativa = 9,594					
Incremento de R ² = 0,002					
F = 4,749					
P = 0,029					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	<i>t</i>	<i>p</i>	Colinearidade VIF
Constante	23,630	0,472	14,337	0,000	2,367
Fontes informa/ conhe SIDA	-0,620	-0,246	-7,337	0,000	2,453
Instituições de Saúde / Educação	0,428	0,086	3,184	0,001	1,612
Crenças comuns estudantes	0,211	0,089	3,257	0,001	1,634
Dificuldade ter comport. Preventivos	0,232	0,065	2,595	0,010	1,370
Defesa incorrecta	0,102	0,050	2,211	0,027	1,101
Falar sobre sexo seguro	-0,324	-0,056	-2,179	0,029	1,443
Eficácia comport. Preventivos					
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	<i>gl</i>	Média quadrados	F	<i>p</i>
Regressão	31689,134	7	4527,019	49,175	0,000
Residual	169388,000	1840	92,059		
Total	201077,134	1847			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (processo de aprendizagem)

Para o processo de aprendizagem, verificamos através da tabela 109 que as correlações entre este factor da avaliação da educação para a saúde e as variáveis independentes são ínfimas,

oscilando entre ($r=-0,005$) em fazer testes da SIDA e ($r=-0,288$) nas fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA.

Observamos também que existe uma relação directa com todos as variáveis excepto em “fazer teste de SIDA” e “eficácia comportamentos preventivos” pelo que podemos afirmar que quanto mais baixos os índices nas variáveis cuja relação é inversa e mais elevadas nas restantes, melhor é a avaliação da educação para a saúde no que respeita ao processo de aprendizagem. As diferenças não são estatisticamente significativas apenas na variável “fazer sexo seguro” e “eficácia de comportamentos preventivos”.

Acresce referir que não entraram neste modelo de regressão as variáveis “eficácia percebida” e “dificuldade em ter comportamentos preventivos” por o valor de VIF para diagnosticar a multicolinearidade ser respectivamente de ($VIF = 14.184$) e ($VIF= 13.919$) o que pode originar problemas de colineariedade

Tabela 109 – Correlação de *Pearson* entre processo de aprendizagem e variáveis independentes.

Variáveis	r	p
Instituições de saúde/educação	0.072	0.001
Meios de Comunicação / Educação pelos Pares	0.262	0.000
Formação	0.274	0.000
Profissionais de Saúde / Pais e Familiares	0.230	0.000
Interesses Pessoais	0.183	0.000
Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA	0.288	0.000
Conhecimentos prevenção sida	0.125	0.000
Crenças comuns estudantes	1.164	0.000
Defesa incorrecta	0.161	0.000
Saúde e relacionamentos	0.192	0.000
Comprar e usar preservativos	0.094	0.000
Fazer teste sida	-0.005	0.419
Falar sobre sexo seguro	0.146	0.000
Não ter relações sexuais	0.046	0.023
Motivação prática comportamento preventivo	0.106	0.000
Eficácia comportamentos preventivos	-0.008	0.373

As fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA foi, neste modelo de regressão composto por cinco passos, a primeira variável a entrar por se apresentar com o maior coeficiente de correlação em valor absoluto, explicando por si só 8.3% da variação do processo de aprendizagem com um erro padrão de regressão de 8.095.

De uma forma sucessiva entram neste modelo de regressão as variáveis “Saúde e relacionamento”, “Instituições de Saúde / Educação”, “Falar sobre sexo seguro” e “Crenças comuns dos estudantes” No quadro 8, apresentam-se os resultados do último modelo que evidencia que são cinco as variáveis que se constituíram como predictoras da avaliação da educação para a saúde no que respeita ao processo de aprendizagem. A correlação que o conjunto destas variáveis

estabelece com o processo de aprendizagem é razoável ($r=0,404$), explicando no seu conjunto 16.1% da sua variabilidade.

Por sua vez os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. Os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na avaliação da educação relativo ao processo de aprendizagem. Os coeficientes padronizados beta revelam que as fontes de informação/ conhecimentos sobre SIDA é a que apresenta maior valor preditivo sendo seguido pelas instituições de saúde/ educação surgindo em último lugar falar sobre sexo seguro. Apenas a variável instituições de saúde / educação, estabelece com processo de aprendizagem uma relação inversa pelo que podemos inferir que quanto menores os índices em que a correlação é negativa e maiores em que é positiva, maior a avaliação da educação para a saúde, no que respeita ao processo de aprendizagem.

Quadro 8 – Regressão múltipla entre processo de aprendizagem e as variáveis independentes

Variável dependente = processo de aprendizagem					
R = 0,404					
R ² = 0,163					
R ² Ajustado = 0,161					
Erro padrão da estimativa = 7.74222					
Incremento de R ² = 0,002					
F = 5.196					
P = 0.023					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	Colinearidade VIF
Constante	14.174				
Fontes informa/ conhe SIDA	0.381	0.472	14.275	0.000	2.408
Saúde e relacionamento	0.145	0.114	3.319	0.001	2.572
Instituições de Saúde / Educação	-0.454	-0.222	-6.487	0.000	2.583
Falar sobre sexo seguro	0.099	0.059	2.690	0.007	1.066
Crenças comuns aos estudantes	0.308	0.077	2.279	0.023	2.493
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	gl	Média quadrados	F	p
Regressão	21485.302	5	7297.060	71.687	0,000
Residual	110293.108	1840	59.942		
Total	131778.410	1845			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (conteúdos)

Quanto à avaliação da educação para a saúde relacionada com os conteúdos, a tabela 110 revela uma vez mais que as correlações com as variáveis independentes são ínfimas e positivas variam entre ($r= 0.028$) na eficácia comportamentos preventivos e ($r= 0.319$) nas fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA. Somente não encontramos significância estatística nos

conhecimentos de prevenção sobre SIDA ($p=0.222$), na variável não ter relações sexuais ($p=0,310$), e na eficácia de comportamentos preventivos ($p=0.117$).

Tabela 110 – Correlação de *Pearson* entre conteúdos e variáveis independentes.

Variáveis	r	p
Instituições de Saúde / Educação	0.156	0.000
Meios de Comunicação / Educação pelos Pares	0.253	0.000
Formação	0.266	0.000
Profissionais de Saúde / Pais e Familiares	0.243	0.000
Interesses Pessoais	0.183	0.000
Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA	0.319	0.000
Conhecimentos prevenção SIDA	0.018	0.222
Crenças comuns estudantes	0.074	0.001
Defesa incorrecta	0.083	0.000
Saúde e relacionamento	0.070	0.001
Comprar e usar preservativos	0.098	0.000
Fazer teste SIDA	0.048	0.020
Falar sobre sexo seguro	0.121	0.000
Não ter relações sexuais	0.011	0.310
Motivação prática comportamento preventivo	0.113	0.000
Dificuldade ter comport. preventivos	0.113	0.000
Eficácia comportamentos preventivos	0.028	0.117
Eficácia percebida	0.098	0.000

Face aos resultados acima apresentados, a primeira variável a entrar no modelo de regressão foram as fontes informação/ conhecimentos sobre SIDA com um valor de correlação de 0.319 e uma variância explicada de 10.2%. O erro estimado neste primeiro passo foi de 6.201. Nos três passos seguintes entraram para o modelo final as variáveis, “Crenças comuns nos estudantes”, “Instituições de Saúde / Educação” e “Dificuldade em ter comportamentos Preventivos” que passaram a explicar na sua globalidade 13.0 % da variação da avaliação da educação para a saúde relacionada com os conteúdos. O erro padrão de regressão no último modelo diminuiu para 6.108, e os valores de F e t ao apresentarem-se estatisticamente significativos leva à rejeição de nulidade entre as variáveis que entraram no modelo, que assim se constituíram como predictoras dos conteúdos. Também não se denotam problemas de colineariedade uma vez que os valores do VIF oscilam entre 1.122 na variável Dificuldade em ter comportamentos Preventivos e 2.439 na variável Instituições de Saúde / Educação (cf. quadro 9).

A correlação que estas quatro variáveis estabelecem com a avaliação da educação para a saúde é positiva e fraca ($r=0.361$) e os coeficientes padronizada *beta* sugerem-nos que as fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA é o que apresenta maior peso preditivo sendo o de menor as dificuldades em ter comportamentos preventivos. Com excepção da variável instituições de saúde / educação todas as restantes que entraram no modelo estabelecem uma relação positiva com os conteúdos da avaliação da educação para a saúde o que significa que quanto menores os índices

da variável instituições de saúde/educação e maiores os da fonte de informação/conhecimentos sobre SIDA e crenças comuns aos estudantes, melhor avaliação dos conteúdos da educação para a saúde.

Quadro 9 – Regressão múltipla entre conteúdos e as variáveis independentes

Variável dependente = Conteúdos					
R = 0.361					
R ² = 0,130					
R ² Ajustado = 0,128					
Erro padrão da estimativa = 6.10870					
Incremento de R ² = 0,004					
F = 7.641					
P = 0.006					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	Colinearidade VIF
Constante	16.573				
Fontes informa/ conhe SIDA	0.271	0.433	13.144	0.000	2.303
Crenças comuns estudantes	0.256	0.083	3.449	0.001	1.212
Instituições de Saúde / Educação	-0.218	-0.138	-4.074	0.000	2.439
Dificuldade ter comport. Preventivos	0.094	0.064	2.764	0.006	1.122
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	gl	Média quadrados	F	p
Regressão	10270.556	4	2567.639	68.808	0,000
Residual	68736.545	1842	37.316		
Total	59007.101	1846			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (métodos educativos)

Analisando os métodos educativos, a tabela 111 demonstra que, as correlações entre esta variável e as variáveis independentes variam entre ($r = -0.024$) em “fazer teste da SIDA” e os ($r = 0.250$) nos “meios de comunicação / educação pelos pares”.

A relação que a variável dependente estabelece com todas as independentes é positiva e significativa excepto em fazer testes da SIDA ($p = 0.142$) e na eficácia dos comportamentos preventivos ($p = 0.083$), o que nos permite afirmar que, quanto maiores os índices nas variáveis maior a avaliação da educação em relação aos métodos educativos.

Tabela 111 – Correlação de *Pearson* entre métodos educativos e variáveis independentes.

Variáveis	r	p
Instituições de Saúde / Educação	0.105	0.000
Meios de Comunicação / Educação pelos Pares	0.250	0.000
Formação	0.215	0.000
Profissionais de Saúde / Pais e Familiares	0.113	0.000
Interesses Pessoais	0.121	0.000
Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA	0.238	0.000
Conhecimentos prevenção SIDA	0.072	0.001
Crenças comuns estudantes	0.133	0.000
Defesa incorrecta	0.127	0.000
Saúde e relacionamentos	0.137	0.000
Comprar e usar preservativos	0.078	0.000
Fazer teste SIDA	-0.024	0.142
Falar sobre sexo seguro	0.130	0.000
Não ter relações sexuais	0.040	0.037
Motivação prática comportamento preventivo	0.083	0.000
Dificuldade ter comport. preventivos	0.114	0.000
Eficácia comportamentos preventivos	0.031	0.083
Eficácia percebida	0.100	0.000

Pelo facto de ser “meios de comunicação / educação pelos pares” a variável que apresentava maior coeficiente de correlação foi a primeira a entrar no modelo de regressão, que configurou sete passos. Esta variável explica no primeiro passo 6.2% da variação do métodos educativos com um erro padrão de regressão de 4.781. No segundo passo verificou-se a entrada da variável “formação”, passando a explicar estas duas variáveis em conjunto 8.0% de variação. Sequencialmente, entram no modelo de regressão, as variáveis, “crenças comuns dos estudantes”, “falar sobre sexo seguro”, “fazer teste de SIDA”, “instituições de saúde / educação” e “saúde e relacionamentos.

É, sobre este último modelo que apresentamos os resultados no Quadro 10, e pela sua análise, sobressai a correlação fraca ($r=0.331$) que o conjunto destas variáveis estabelece com os métodos educativos, explicando 11.0% da sua variabilidade com um erro padrão de estimativa de 4.665.

Observamos também que as variáveis presentes no modelo não são colineares dado que os valores da *variance inflation factor* (VIF) oscilam entre os 1.147 na variável fazer testes da SIDA e os 2.542 na saúde e relacionamento. Por outro lado os testes F e os valores de *t* ao apresentarem-se estatisticamente significativos, permitem afirmar que as variáveis acima descritas que entraram no modelo têm valor explicativo na variável dependente avaliação da educação relacionada com os métodos educativos.

No que respeita aos coeficientes padronizados *beta* meios comunicação/educação dos pares é a variável que se apresenta com maior peso preditivo seguida da formação. A variável com menor peso preditivo é a “instituições de saúde / educação”. Exceptuando a variável “fazer testes de SIDA”

cuja relação com os métodos educativos é inversa, todas as restantes variáveis estabelecem uma relação directa, o que nos permite afirmar que quanto menores os índices desta variável e maiores os das restantes melhor a avaliação da educação para a saúde em relação aos métodos educativos.

Quadro 10 – Regressão múltipla entre métodos educativos e as variáveis independentes

Variável dependente = Métodos educativos					
R = 0.331					
R ² = 0,110					
R ² Ajustado = 0,107					
Erro padrão da estimativa = 4.66530					
Incremento de R ² = 0,002					
F = 4.115					
P = 0.043					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	Colinearidade VIF
Constante	10.538				
Meios comun./Educação pares	0.240	0.176	7.577	0.000	1.196
Formação	0.210	0.132	5.253	0.000	1.404
Crenças comuns estudantes	0.181	0.077	2.305	0.021	2.482
Falar sobre sexo seguro	0.073	0.077	3.384	0.001	1.136
Fazer teste SIDA	-0.054	-0.067	-2.948	0.003	1.147
Instituições de Saúde / Educação	0.074	0.061	2.410	0.016	1.446
Saúde e relacionamentos	0.051	0.069	2.029	0.043	2.542
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	gl	Média quadrados	F	p
Regressão	5314.807	7	759.258	34.884	0,000
Residual	43073.056	1979	21.765		
Total	48387.836	1986			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (avaliação da educação para a saúde)

Na tabela 112, evidencia-se a relação entre avaliação da educação para a saúde (global) com as demais variáveis independentes notando-se que, a mais elevada surge com as “fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA” ($r = -0.331$) e, a menor com “fazer teste de SIDA” com ($r = 0.011$). A relação encontrada entre a variável dependente e as independentes são na sua totalidade directas mas não são significativas apenas para “fazer o teste da sida ($p = 0.312$)”, “não ter relações sexuais” ($p = 0.071$) e para a eficácia dos comportamentos preventivos ($p = 0.223$). Por o VIF ser bastante elevado nas variáveis dificuldade em ter comportamentos preventivos ($VIF = 14.397$) e eficácia percebida ($VIF = 13.978$) estas foram retiradas dos modelos de regressão.

Tabela 112 – Correlação de *Pearson* entre avaliação da educação para a saúde e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Instituições de Saúde / Educação	0.109	0.000
Meios de Comunicação / Educação pelos Pares	0.296	0.000
Formação	0.305	0.000
Profissionais de Saúde / Pais e Familiares	0.250	0.000
Interesses Pessoais	0.199	0.000
Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA	0.331	0.000
Conhecimentos prevenção SIDA	0.090	0.000
Crenças comuns estudantes	0.155	0.000
Defesa incorrecta	0.156	0.000
Saúde e relacionamentos	0.168	0.000
Comprar e usar preservativos	0.117	0.000
Fazer teste SIDA	0.011	0.312
Falar sobre sexo seguro	0.161	0.000
Não ter relações sexuais	0.034	0.071
Motivação prática comportamento preventivo	0.127	0.000
Eficácia comportamentos preventivos	0.018	0.223

A consecução do modelo de regressão entre as variáveis independentes e a avaliação da educação para a saúde levou à realização de cinco passos. No primeiro registou-se a entrada das “fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA”, que explica 10.9% da variação da avaliação da educação sobre SIDA. No segundo figurou a saúde e relacionamento, o que fez com que as duas variáveis em simultâneo explicassem 15.4 % da variabilidade. Já com a entrada das “instituições de saúde/educação no terceiro passo a variância explicada passou a ser de 17.3%.

Com a entrada das restantes variáveis (falar sobre sexo seguro e crenças comuns aos estudantes) a variância explicada no modelo final atinge os 18.5% enquanto o erro padrão de regressão que inicialmente era de 24.650 diminuiu para 23.608 neste último modelo. Os testes F e os valores de *t* ao apresentarem-se estatisticamente significativos nestes cinco passos, levam-nos a afirmar que todas estas variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na avaliação da educação para a saúde, constituindo-se como predictoras. Denota-se ainda pelos valores do VIF a inexistência de problemas de colineariedade uma vez que oscilam entre 1.066 na variável falar sobre sexo seguro e 2.587 nas instituições de saúde/ educação (cf. quadro 11).

Por sua vez os coeficientes padronizados *beta* indicam que as “fontes de informação/ conhecimentos sobre SIDA” é a variável com maior peso preditivo, sendo a que apresenta menor peso a variável “falar sobre sexo seguro”. Enquanto que com as “instituições de saúde/educação”, a relação com a avaliação da educação para a saúde é negativa com as “fontes de

informação/conhecimentos sobre sida”, “saúde e relacionamento”, “falar sobre sexo seguro” e “crenças comuns aos estudantes” a relação é positiva, pelo que se pode afirmar que quanto menores os índices onde a relação é negativa e maiores onde é positiva, melhor a avaliação da educação para a saúde

Quadro 11 – Regressão múltipla entre avaliação da educação para a saúde e as variáveis independentes

Variável dependente = Avaliação da educação para a saúde					
R = 0,430					
R ² = 0,185					
R ² Ajustado = 0,183					
Erro padrão da estimativa = 23,60889					
Incremento de R ² = 0,004					
F = 9,739					
p = 0,002					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	Colinearidade VIF
Constante	64,819				
Fontes inform/ conhe SIDA	1,277	0,513	15,680	0,000	2,413
Saúde e relacionamentos	0,288	0,073	2,157	0,031	2,573
Instituições de Saúde / Educação	-1,399	-0,222	-6,555	0,000	2,587
Falar sobre sexo seguro	0,356	0,069	3,180	0,001	1,066
Crenças comuns aos estudantes	1,285	0,104	3,121	0,002	2,493
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	gl	Média quadrados	F	p
Regressão	232471,037	5	46494,207	83,416	0,000
Residual	1025021,285	1839	557,380		
Total	1257492,322	1844			

Após a realização das diversas análises de regressão múltipla para cada uma das subescalas que constituem a variável avaliação da educação para a saúde,

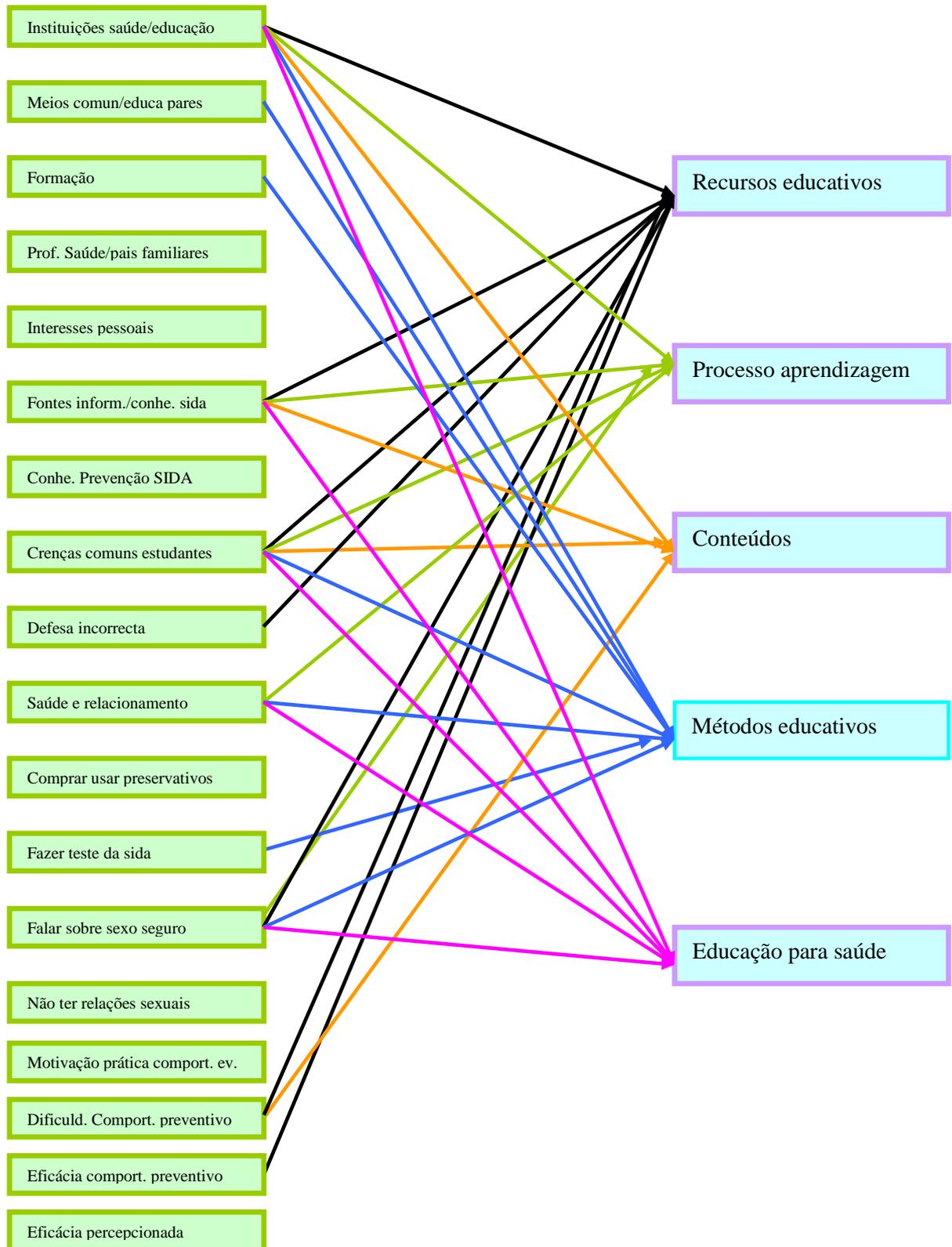
No que se refere:

- Aos **recursos educativos** as variáveis preditoras foram: fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA, instituições de saúde/educação, crenças comuns em estudantes, dificuldades em ter comportamentos preventivos, defesa incorrecta, falar sobre sexo seguro e eficácia de comportamentos preventivos;
- Quanto ao **processo de aprendizagem** encontramos como variáveis preditoras: fontes de informação sobre SIDA, saúde e relacionamento, instituições de saúde/educação, falar sobre sexo seguro e crenças comuns aos estudantes;

- A variável dependente **conteúdos** teve como variáveis preditoras: fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA, crenças comuns nos estudantes, instituições de saúde/educação e dificuldades em ter comportamentos seguros;
- Em relação **aos métodos educativos** encontramos como preditores: meios de comunicação/educação dos pares, formação, crenças comuns dos estudantes, falar sobre sexo seguro, fazer testes de SIDA, instituições de saúde/ educação e saúde e relacionamento;
- Finalmente para a **avaliação da educação para a saúde** os factores preditores encontrados foram: fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA, saúde e relacionamento, instituições de saúde/educação, falar sobre sexo seguro e crenças comuns aos estudantes.

As variáveis profissionais de saúde/pais familiares, interesses pessoais, conhecimentos da prevenção da sida, comprar, usar preservativos, motivação para a prática de comportamentos preventivos e eficácia percebida dos comportamentos preventivos não se constituíram como preditores em nenhuma das subescalas da avaliação da educação para a saúde. O esquema seguinte sintetiza os resultados obtidos:

Esquema 4 - Síntese das variáveis predictoras da avaliação para a educação para a saúde



Capítulo 6- Discussão

No capítulo dois, analisámos a informação fornecida pelos participantes no estudo, e fomos introduzindo alguns comentários aos resultados obtidos sempre que se justificou e consideramos oportuno. Reservamos para este capítulo uma discussão mais detalhada, dando especial ênfase aos resultados mais significativos confrontando-os em simultâneo com o quadro conceptual que deu suporte ao estudo, com os objectivos e hipóteses enunciadas e com os resultados de outros estudos publicados sobre a problemática em discussão enquadrando-os no contexto nacional e internacional.

Para uma maior facilidade de exposição e de leitura, assim como para uma adequada sistematização, optou-se por organizar a discussão dos resultados em torno das variáveis avaliadas.

Findas estas considerações, julgadas pertinentes, passamos de seguida, a discutir os resultados obtidos nas análises estatísticas efectuadas em corte transversal com o estudo realizado.

Discussão dos resultados

Sendo a educação para a saúde a principal variável em estudo optámos, por previamente proceder ao seu enquadramento, a fim de melhor compreender e discutir a sua variação relativamente às variáveis independentes do protocolo dos instrumentos de avaliação.

A prévia identificação dos conhecimentos das medidas preventivas sobre a SIDA e outras IST é importante, para que no desenvolvimento de programas educativos futuros incida nos aspectos positivos detectados e trabalhar os aspectos negativos para o auto-cuidado (Gir *et al.*, 1999).

A educação é uma função comum aos profissionais de saúde e é através dela que crescemos como pessoa e como profissionais.

Apesar do nível de conhecimentos sobre VIH ter aumentado, os jovens continuam a ter atitudes discriminatórias e preconceituosas em relação a toxicodependentes, homossexuais e pessoas seropositivas, mas por outro lado previne a sua proliferação.

Num estudo de Dias & Gonçalves (1998), semelhante ao desenvolvido por Brown & Smith (2005), verificou-se um maior nível de conhecimento sobre o VIH após as sessões, contribuindo

estas também para a desmistificação de certos mitos e para o crescimento e desenvolvimento pessoal dos inquiridos. Contudo e segundo os seus participantes estas sessões deveriam ter continuidade e opinaram que futuramente deveriam ter testemunhos reais para participar no debate.

Já no estudo de Gir *et al.*, (1999) verificou-se que a maioria dos estudantes citaram as medidas preventivas mais importantes, no entanto, também referiram algumas medidas não específicas para o tema. Assim podemos concluir que após a análise feita, em termos de frequência citada pelos estudantes, o conhecimento dos mesmos é precário. Verificou-se igualmente que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, havendo um nível de conhecimento semelhante entre os mesmos.

Num outro estudo desenvolvido por Baptista, Carvalho & Brites (2005), verificou-se que apesar dos conhecimentos sobre VIH serem relativamente elevados, os comportamentos de risco também o são, ou seja, a informação que é fornecida não tem as suas implicações na prática.

O mesmo autor refere ainda que as intervenções a nível nacional não têm tanta influência, e deverá apostar-se em intervenções dirigidas para grupos mais pequenos e com mensagens específicas para cada um, de modo a que seja respeitada a individualidade e características específicas desses mesmos grupos.

Numa análise sumária aos estudos aqui expostos, fácil nos é poder concluir que os jovens em geral possuem informações e conhecimentos sobre o VIH/sida, mas apesar disso, continuam a apresentar comportamentos de risco, o que significa, que é necessário dirigir as intervenções e orientá-las de modo a que haja uma consciencialização das práticas sexuais comportamentais individuais, e motivação para a mudança das mesmas.

Apesar disso, podemos dizer que a educação para a saúde tem um papel importante na aquisição de conhecimentos, e na mudança de crenças e atitudes. Findas estas considerações, julgadas pertinentes, passamos de seguida, a discutir os resultados obtidos.

Se a educação para a saúde surge frequentemente como um dos componentes a incluir na, aquisição de conhecimentos, e na mudança de crenças e atitudes conforme já referimos, o impacto que as variáveis socio-demográficas, académicas e na formação sobre SIDA possam ter a esse nível merece uma reflexão cuidadosa.

É frequente em estudos sobre educação para a saúde, proceder-se à discussão dos resultados tendo em conta o sexo e idade. Consideramos porém pertinente incluir neste grupo as "variáveis académicas", tais como, "ano de escolaridade", "tipo de curso" e "formação na área da

SIDA" por serem aquelas que ao longo deste capítulo mais contribuirão para a discussão dos resultados.

Educação para a saúde e as variáveis socio-demográficas

A amostra foi constituída por 2002 estudantes de ambos os sexos a frequentarem o ensino superior, dos quais 85.0% tem a idade compreendida entre os 18 e os 24 anos, apresentando uma idade média de 21.76 anos. Apesar das novas oportunidades que existem, a população jovem continua a ser predominante na frequência das instituições de nível superior. Como tal os resultados por nós obtidos não constituem qualquer surpresa e vão de encontro a outros estudos, nomeadamente o de Cruz (1997) que apresentou uma idade média de 21.9 anos, com idades compreendidas entre os 18 e 47 anos.

Também, no nosso estudo, os resultados obtidos estão de acordo ao estudo realizado por Costa (2005), com estudantes do ensino superior (N=401), em que 93.3% situavam no grupo etário entre os 18 e 24 anos e os restantes entre os 25 e os 37 anos, com uma média de 21.3 anos. Com efeito a idade mínima encontrada no nosso estudo foi de 17 anos, mas a máxima embora tivesse alcançado um valor de 68 anos para o sexo masculino, para o feminino situou-se apenas nos 49 anos.

Estes resultados fizeram com que a idade média dos homens se situasse nos 22.27 anos e nas mulheres nos 21.10 anos com 73.3% da amostra com idades compreendidas entre os 19 e 25 anos.

Sabendo que os jovens estudantes ocupam, a maior parte do dia na Escola, e que muitos comportamentos relevantes para a saúde foram iniciados ou tiveram início durante a adolescência é necessário saber como enquanto educadores nos posicionamos quando falamos de Educação para a Saúde. Refere o Ministério da Educação, (2001), que no âmbito da educação para a saúde, se deve tentar construir uma dinâmica curricular que vá de encontro às necessidades dos jovens, atendendo ao seu percurso de desenvolvimento e incluindo todos os actores do processo de ensino-aprendizagem: pais, professores, alunos e a comunidade em geral. Ao analisarmos os resultados do nosso estudo quando abordámos a idade e a educação para a saúde comprovamos que os mais jovens apresentaram índices consentâneos com uma melhor percepção na avaliação da educação para a saúde no que se refere aos Recursos educativos, Processo de aprendizagem, Conteúdos, Métodos educativos e Avaliação da educação para a saúde na área da SIDA, sendo

seguidos pelos sujeitos com idades compreendidas entre os 19 e 25 anos com diferenças entre os três grupos em estudo razão pela qual podemos afirmar que a idade influencia a educação para a saúde.

Em relação ao **sexo**, a supremacia do sexo feminino a frequentar o ensino superior é reforçada no nosso estudo já que 60.7% dos estudantes são mulheres e 39.3% homens, o que vem de encontro a um estudo de Cruz (1997), ao afirmar que 72.0% da amostra correspondia a elementos do sexo feminino e 28.0% a elementos do sexo masculino, bem como, ao estudo promovido por Costa (2005), em que 27.2% eram do sexo masculino e 72.8% do sexo feminino.

Os estudos relativos ao sexo assumem primordial importância pelas características fisiológicas, sociais e culturais que distinguem a mulher na relação com o VIH. A mulher torna-se mais vulnerável em relação aos homens devido à sua própria biologia, bem como toda a pressão social e submissão ao homem, adoptando como consequência determinados comportamentos de risco (Pires, 2005). Também a este propósito refere Pereira & Canavarro (2007), que devido às vulnerabilidades específicas, o risco das mulheres serem contaminadas pelo VIH tem aumentado, progressivamente, em todas as partes do mundo, acrescentando ainda que esta vulnerabilidade é decorrente de um conjunto de factores de ordem biológica, psicossocial e de natureza comportamental e relacional.

Como seria de esperar e devido às características da nossa população, o **estado civil** predominante é o solteiro com 93.4% e com de 5.1% casados/união de facto, o que é similar ao estudo de Cruz (1997), que apresenta um percentual de 93.2% da amostra de elementos solteiros. Também Costa (2005), num estudo efectuado com 401 estudantes do ensino superior, concluiu que 97.8% eram solteiros, 2% casados ou viviam maritalmente e 0.2% referiu ser divorciado. Não analisamos a relação entre estado civil e educação para a saúde e não encontramos estudos que analisem estas variáveis. Parece-nos porém que seria de todo o interesse saber se a educação para a saúde na área da SIDA apresentaria uma maior prevalência entre sujeitos solteiros ou casados.

Quanto ao **local de residência**, no nosso estudo constatámos que cerca de sete em cada dez dos inquiridos reside na cidade (69.6%), seguindo-se os residentes em aldeias (22.0%) e por último os que habitam em vilas (8.3%). Existem poucos estudos que indiquem a prevalência de infecção por VIH relacionados com o local de residência e os existentes estimam que a prevalência de infecção VIH é de 1% no meio urbano e 0.14% no meio rural (Fernández García *et al.*, 2000). Um estudo efectuado na Universidade de Ohio revelou que os indivíduos VIH positivos que vivem em

áreas rurais podem ter maior probabilidade de ter sexo inseguro do que os residentes em áreas urbanas. Na amostra rural encontraram 43% dos participantes que tinham risco elevado de transmitir a infecção enquanto na urbana o valor encontrado foi de 30%.

O estudo refere ainda que os casais rurais não têm acesso a programas que possam fortalecer a sua motivação para a redução do risco. Acrescenta que em muitas comunidades pequenas faltam programas de prevenção do VIH, especialmente para os indivíduos já infectados, e nas áreas onde eles existem, os indivíduos que são VIH positivos podem mostrar-se relutantes em procurar informação devido ao receio de que a doença seja revelada aos vizinhos e aos colegas de trabalho (Heckman, 2002). Ao procurarmos saber como os estudantes da nossa amostra percepcionaram a educação para a saúde na área da SIDA, face ao local de residência, concluímos que os oriundos da aldeia percepcionam melhor os conteúdos da avaliação da educação, os da vila os recursos educativos e os da cidade o processo de aprendizagem, os métodos educativos e em suma todo o processo de avaliação de educação para a saúde.

Quando indagados com quem habitavam (**coabitação**), 38.8% referiram ser com os pais e irmãos, 33.4% com amigos e colegas, 13.3% em residências estudantis e 6.5% sozinhos. Como alvitramos então, estes resultados constituíram uma surpresa, na medida em que julgávamos que a maior parte vivia com amigos e colegas, tal como é encontrado no estudo efectuado por Costa (2005), no qual predominava a “casa que divide com colegas”, com 45.1%, seguido da “casa com os pais” (35.0%) e 7.7% dos que viviam sozinhos. Provavelmente o facto de a maior percentagem dos estudantes coabitarem com familiares directos, poderá ser encarado como um factor protector em relação à infecção VIH/sida e consequentemente poderem acarretar melhores resultados na avaliação da educação para a saúde nesta área, o que também não foi avaliado neste estudo.

Na caracterização da **prática religiosa**, 65.2% manifestaram serem praticantes de uma religião enquanto que 34.8% referiu não ter qualquer prática religiosa. No estudo de Brasil *et al.* (2000), 93.0% da amostra era praticante de alguma religião. Como referimos consideramos pertinente para o nosso estudo questionar os estudantes sobre a prática de uma religião, na medida em que esta variável poderia, face aos valores religiosos de cada um, influenciar os seus resultados. É sabido que as confissões religiosas e os seus líderes têm um papel de relevo na formação dos traços culturais, sociais e ético-valorativos de parte significativa dos jovens de todo o mundo. De um modo geral as religiões desaprovam e desencorajam os comportamentos de risco como seja o consumo de drogas, ter múltiplos parceiros sexuais ou ter parceiros sexuais ocasionais, defendendo a heterossexualidade, o sexo dentro do matrimónio e a fidelidade conjugal. Neste

contexto os líderes tendem a manifestar-se e a recusar a cultura do preservativo e a considerar a fidelidade à religião e ao casamento como a melhor medida preventiva para a SIDA. Do ponto de vista lógico, parece-nos que o raciocínio é exemplar mas o problema é que a SIDA não é uma questão de lógica, sendo sobretudo um problema mundial que continua em franca ascensão afectando só na União Europeia mais de 40 milhões de sujeitos com 4,9 milhões de novos casos por ano e cerca de 3,1 milhões de mortes (UNAIDS/WHO, 2004).

No que concerne ao exercício de uma **actividade remunerada**, 87.2% referiu não a ter e os restantes 12.8%; trabalham, o que vai ao encontro do estudo efectuado por Costa (2005), em que 11.2% dos participantes estudavam e trabalhavam simultaneamente. Num estudo elaborado por Brasil *et al.* (2000), constatou-se que esta diferença não era tão marcante. Com efeito, o mesmo revelava que 56.0% da amostra não exercia actividade remunerada e 42.0% tinha alguma actividade remunerada. O facto dos estudantes exercerem uma actividade remunerada permite-lhes conforme já referimos alguma autonomia económica e conseqüentemente aumento do poder de compra o que lhes dará a possibilidade de mais facilmente poderem adquirir meios necessários para a promoção de uma vida saudável.

Por outro lado a maioria dos pais dos inquiridos possui como **habilitações literárias** a antiga quarta classe, hoje denominada de quarto ano. Detentores do ensino secundário são registados 18.0% para o progenitor masculino e 15.3% para o feminino. Somente um pequeno grupo possui o ensino superior (5.0%). Na nossa perspectiva trata-se de uma população iletrada, dado não se compreender nos tempos actuais que cerca de 4 em cada 10 pais dos estudantes possuam como habilitações mínimas a antiga 4ª classe.

Claro que os percentuais acima apontados se vão reflectir na **profissão que os progenitores exercem** pelo que não será de estranhar os 24.3% da totalidade da amostra em que o pai exerce a profissão de operário, artífice e trabalhadores similares, e os 15.3% dos que exercem a profissão de técnicos e profissionais de nível intermédio, Quanto ao sexo feminino, cerca de metade da amostra são trabalhadoras não qualificadas.

Também é notório no nosso estudo uma **baixa fratria** pois cerca de seis em cada dez famílias apenas possui um filho e com dois ou três filhos encontramos 25.3% da totalidade da amostra.

Educação para a saúde e as variáveis académicas

Os currículos escolares dos estudantes das áreas de saúde abordam com maior ou menor profundidade aspectos relacionados com a avaliação da educação para a saúde na área da SIDA. Daí que o nível de conhecimentos, as fontes de informação, as opiniões e os comportamentos difiram face aos estudantes que frequentam outras áreas de ensino. Este pressuposto parece-nos verdadeiro, pois no nosso estudo dos 54.9% dos estudantes que frequentam um curso na área da saúde e dos 45.1% que frequentam cursos na área das tecnologias os índices médios na avaliação da educação para a saúde nas diversas subescalas: Recursos educativos, Processo de Aprendizagem, Conteúdos, Métodos Educativos e Avaliação da Educação para a Saúde na área da SIDA, são mais elevados entre os estudantes da área da saúde o que nos permite afirmar que fazem uma melhor avaliação da educação para a saúde.

É-nos porém inexplicável que relativamente ao ano do curso que frequentam, os índices médios da avaliação da educação para a saúde apontem para um melhor conhecimento da avaliação na educação para a saúde nos estudantes que frequentam o primeiro ano em todas as subescalas, com excepção na avaliação da educação para a saúde relacionada com os métodos educativos. Provavelmente estes dados resultam da intensa campanha de prevenção do VIH/sida no âmbito do ensino secundário, como parte integrante da educação sexual.

Educação para a saúde e formação na área da SIDA

Tal como referimos na fundamentação teórica a educação para a Saúde é uma actividade que conduz a aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença com a finalidade de produzir a aquisição de competências que promovam a mudanças de comportamentos e de estilos de vida (Carvalho, 2006).

Em Portugal um estudo promovido pela CNLCS (2005) com 4693 estudantes a frequentarem o ensino superior revelou que cerca de 8 em cada 10 estudantes inquiridos já tinham tido aulas de informação ou sessões de esclarecimento sobre infecção do VIH. Estes resultados não são consentâneos com o estudo realizado por (Gir *et al.*, 1999) sobre o acesso à formação na área da educação para a saúde e SIDA, 62.1% dos inquiridos referiram nunca terem participado, enquanto que 37.9% já teria sido alvo de pelo menos uma intervenção do sexo. Também no nosso estudo encontramos resultados similares na medida em que cerca de dois terços dos estudantes

afirmou que não tiveram qualquer tipo de formação sendo a percentagem mais elevada e significativa para os rapazes (70.4%) do que para as raparigas (56.7%).

Dos que afirmaram ter sido dada formação cerca de 7 em cada 10 estudantes são raparigas.

A prevenção é a medida mais eficaz a ser aplicada quando se fala de VIH/sida, tanto a nível da população leiga como da população científica. Assim a educação tem um papel fundamental a nível da saúde uma vez que alerta e informa as pessoas. No que respeita ao estudo realizado por Brown & Smith (2005), constituído por uma amostra de 702 estudantes em que foi aplicado um estudo de corte, com um grupo de controlo e um grupo de intervenção, os resultados vieram a demonstrar que eram notórias as diferenças nas crenças e atitudes junto do grupo de intervenção, ou seja, os estudantes chegaram à conclusão de que a mudança de comportamentos é o passo fundamental para a prevenção de infecções, alterando assim o comportamento em relação à SIDA. No entanto, este aspecto não influenciou no início das relações sexuais, uma vez que esta até aumentou neste período de tempo. Por outro lado, aumentaram também o uso de preservativo nas relações sexuais, incluindo com pessoas que lhes são muito significativas, comportamento este que não era praticado anteriormente.

Também pelo estudo que realizamos chegamos à conclusão que os índices médios da avaliação da educação para a saúde área da SIDA apontam para diferenças significativas entre os que tiveram formação e os que não tiveram, sendo que esses índices são mais elevados em todas as subescalas e escala global naqueles que tiveram formação na área da SIDA.

Sabone *et al.* (2007), utilizaram uma amostra com estudantes de ambos os sexos, com o objectivo de perceber as causas que contribuíam para o insucesso dos programas da prevenção de VIH tendo concluído que a educação para a saúde sobre VIH/sida não tem um efeito significativo no que diz respeito à abstinência, mas em relação ao preservativo verificou-se uma maior adesão.

Para além das intervenções que simplesmente providenciam informação básica sobre a SIDA nas salas de aula, os programas multidimensionais das escolas incluem sessões para a construção de capacidades, actividades de pares a nível escolar, e programas para a mudança de normas sociais. A promoção do uso do preservativo foi o tema mais utilizado em programas para jovens, dentro e fora das escolas num estudo realizado por King (1999).

O estudo realizado por Merakou & Kourea-Kremastinou (2006), em Atenas, testou a educação de pares na prevenção do VIH/sida. Diversas variáveis foram analisadas antes e após uma intervenção em dois grupos (grupo de controlo e experimental). Nesse estudo, foi visível, que a

educação de pares aumentou o nível de conhecimentos (38.1% para 49.7%), ajudou a estabelecer normas de pares sobre estilos de vida saudáveis, o que levou à modificação de comportamentos; mudou crenças e atitudes junto dos grupos de intervenção. Os autores também verificaram que após a intervenção, o grupo experimental estava melhor informado sobre assuntos de VIH, do que o grupo controle, mas continuavam a apresentar atitudes discriminatórias e preconceituosas sobre toxicodependentes, homens que têm sexo com homens, e pessoas seropositivas. Concluíram ainda que apesar de o método não eliminar a discriminação relativa a grupos especiais, pelo menos previne a sua proliferação. O facto do nível de conhecimentos junto do grupo experimental não ter aumentado significativamente durante o ano de intervenção em comparação com o grupo de controlo deve-se ao facto dos estudantes não acreditarem que a educação de pares é uma fonte credível de informação, o que pode dizer que fontes de informação horizontais perdem credibilidade aos olhos dos jovens.

Um outro estudo levado a cabo por Strauss *et al.* (1989), com estudantes universitários baseado numa formação que fornecia informação detalhada sobre a infecção pelo VIH, demonstrou que a formação ajudou a mudar mentalidades e atitudes e aumentou a compreensão e tolerância dos estudantes perante os indivíduos seropositivos, como por exemplo que um dos meios de contágio se processar através da troca de saliva (11%). Por outro lado, também concluiu que não bastava apresentar dados aos estudantes pois, estes, após serem confrontados com uma lista de comportamentos de risco, só 6% dos estudantes se incluíram no grupo de pessoas com comportamentos de risco, mas depois da intervenção alguns estudantes perceberam que também estavam incluídos nesse mesmo grupo.

Este projecto indica que houve mudanças significativas nos conhecimentos e atitudes dos estudantes após a formação, o que vem confirmar a importância de um maior investimento da formação na área da sida entre os estudantes e comunidades. Contudo, o facto deste estudo ter sido restrito para esta faixa etária (18 a 29 anos) num universo de características muito específicas como é o ensino superior, deixa dúvidas quanto à possível aplicação do método em comunidades heterogéneas como são as do séc. XXI.

Também Antunes (2002), efectuou uma pesquisa com o objectivo de estudar as práticas sexuais de risco para a infecção pelo VIH de estudantes jovens adultos (18 a 25 anos), de escolas públicas nocturnas e avaliar as diferenças de sexo e o impacto de um programa de formação e prevenção de SIDA ("Oficinas de Sexo Mais Seguro"), tendo usado como metodologia fazer grupos de oficinas separadas. As diferenças entre homens e mulheres, evidentes na primeira colheita de

dados (antes das oficinas), são coerentes com os caminhos tradicionais para a socialização da identidade de sexo e da sexualidade, feminina e masculina. Observando os dados do grupo-controle e do grupo-intervenção na segunda colheita de dados, não se observaram mudanças significativas em nenhuma variável antes de analisar separadamente as respostas de homens e de mulheres. Nos dois grupos, presenciaram-se mais mudanças significativas no grupo de mulheres, onde por exemplo, foi visível a diferença entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo, no que diz respeito ao uso do preservativo. No grupo de controlo as jovens concordavam mais com o facto de o preservativo ser seguro, visto não rebentarem com facilidade.

No questionário respondido seis meses depois das oficinas, as jovens passaram a concordar mais com o facto de que "conhecer o parceiro" e a "paixão" eram motivos para a não - utilização do preservativo e a conversar mais com os amigos sobre Sida, acreditaram mais na eficácia do preservativo para a prevenção do VIH e relataram mais facilidade na negociação do prazer sexual e da prevenção. A opção por fazer grupos de oficinas separadas entre homens e mulheres, embora usando a mesma abordagem, parece ter sido correcta, já que foram observadas diferenças importantes na actividade sexual de rapazes e raparigas. As diferenças devem ser consideradas no planeamento de qualquer intervenção com fins de educação e consciencialização, como indica a revisão da literatura que descreve contextos socioculturais que afectam os riscos para Sida (Antunes *et al.* 1994). Refere o autor, que a maior parte dos estudos que avaliam o impacto de programas de prevenção entre jovens, não analisa as diferenças entre homens e mulheres ou avalia essas diferenças apenas em algumas variáveis, dificultando a comparação com o presente estudo.

Comparando estes estudos, é possível verificar que todas as intervenções a nível escolar são positivas, e demonstraram que os estudantes melhoram o nível de conhecimentos e mentalidades. No entanto, é necessária uma boa planificação das intervenções a realizar junto dos jovens, dado que engloba idades em que os jovens têm mentalidades diferentes um dos outros, é necessário ter em conta também o contexto sociocultural e o sexo dos jovens.

Com efeito, as mentalidades entre raparigas e rapazes são completamente diferentes, daí serem necessárias abordagens diferentes ou que tenham em conta os dois sexos. Outro aspecto pelo qual esta planificação deva ser tão importante resulta do facto desta faixa etária ser tão especial. Como foi salientado num estudo, não basta apresentar os dados, sendo por isso necessário outro tipo de abordagens.

É possível concluir em relação à avaliação da educação para a saúde que as intervenções nas escolas por professores ou profissionais de saúde têm mais efeitos positivos do que a educação de pares, devido ao facto de os jovens não acreditarem que a educação de pares seja uma fonte credível de informação. Assim, segundo (Gir *et al.* 1999), a educação ao público torna-se como a principal medida para reduzir a disseminação da SIDA, contraída através das relações sexuais com pessoas infectadas ou por contacto com o sangue e seus derivados contaminados por VIH.

A esta opinião junta-se Merakou & Kourea-Kremastinou (2006), ao afirmar que no seu estudo após a intervenção da educação de pares, o grupo de intervenção aumentou o seu nível de conhecimento sobre VIH/sida de 38.1% para 49.7%; enquanto que o grupo controle diminuiu o seu nível de conhecimento de 54.4% para 45.5%. O facto do grupo de intervenção não ter aumentado significativamente, em comparação com o grupo de controlo, foi visto como o facto dos jovens não acreditarem que a educação de pares como fonte de informação credível.

Ainda no estudo de Merakou & Kourea-Kremastinou (2006), verificou-se que paralelamente ao aumento do nível dos conhecimentos, os estudantes também interiorizaram que os comportamentos são a chave para evitar infecções (66.1% para 75.1%) e por outro lado alteraram comportamentos face ao HIV SIDA (42.8% para 52.3%).

Esta alteração positiva na mentalidade e capacidade dos jovens poderá estar relacionada com o maior número de campanhas de prevenção que surgiram entre os jovens, e ao facto de ser também um assunto mais comum e de menor tabu entre os jovens.

Educação para a saúde e Fonte de Informação/Conhecimentos sobre a SIDA

A maior ou menor adesão dos jovens a práticas de saúde é relevante não só do ponto de vista do bem-estar físico e psicológico, mas também pelo efeito de modelagem que estes comportamentos poderão ter nos outros jovens e, mais tarde, nos estilos de vida adoptados enquanto adulto.

Os jovens têm sido classificados como um grupo potencial de risco, nomeadamente pelos seus comportamentos sexuais, incluindo o início precoce, o uso inconsistente do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros (Centers for Disease Control and Prevention, 2000; Whitaker & Miller, 2000).

Num estudo realizado há cerca de 19 anos, por Perard, conclui-se que as principais fontes de informação sobre a SIDA/VIH eram por ordem decrescente o médico (84%), o indivíduo com

SIDA (30%), os *media* (10%), os professores (8%) e por fim, os profissionais paramédicos (7%). Este estudo, revelou ainda que, os melhores locais de informação eram: o hospital (60%), a escola e/ou a Faculdade (42%) e a casa (10%).

É sabido que hoje em dia os *media* têm uma dimensão muito superior, ao que tinham há cerca de 20 anos atrás, e verifica-se que actualmente o tema é muito debatido e falado através deste meio. Na nossa perspectiva achamos ser necessário investir mais neste modo de transmissão de conhecimentos, uma vez que se tem tornado uma fonte credível para os jovens e à qual têm acesso com bastante facilidade. Efectivamente pensamos que com a utilização destes meios se tornaria possível inverter os 42.0% da total da nossa amostra que foi classificado como tendo fracas fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA e aumentar substancialmente o percentual de 36.6% de classificados como tendo boas fontes de informação/conhecimentos sobre a sida. Ressalta que entre os classificados com fracas fontes de informação/conhecimentos a maior percentagem recai com significância estatística nos rapazes (47.3%) e as boas fontes observam-se sobretudo nas raparigas (38.7%). Na realidade o sexo feminino apresenta índices médios mais elevados, condizentes com melhores fontes de informação/conhecimentos em relação à SIDA no que respeita aos meios de comunicação/educação pelos pares, formação, profissionais de saúde/pais e familiares e valor global da escala, enquanto o sexo masculino apresenta índices médios mais elevados também condizentes com melhores fontes de informação/conhecimentos em relação à SIDA nas instituições de saúde/educação e nos interesses pessoais, sendo as diferenças significativas.

Freitas (2002), também afirma que a fonte de informação mais importante é a imprensa e TV (*media*), seguida dos colegas e amigos e dos professores, mas o mesmo estudo diz-nos ainda que a grande maioria dos indivíduos consideram que a divulgação da informação sobre a SIDA, deve ser feita pelos serviços de saúde (76.4%), seguida dos grupos de jovens (61.8%), professores (45.1%) e por fim a família (38.6%).

Quando no estudo que realizamos procuramos saber quais as fontes de informação que eram preditoras da avaliação da educação para a saúde, verificamos que as instituições de saúde/educação foi a variável que se consignou como preditora para todas as subescalas da avaliação da educação para a saúde. Já as fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA se tornaram preditora das subescalas recursos educativos, processo de aprendizagem, conteúdos e avaliação global da educação para a saúde. No que respeita aos meios de comunicação/educação pelos pares, e a formação foram preditores dos métodos educativos.

A tendência actual para iniciar mais precocemente a actividade sexual tem aumentado como resultado de um conjunto de factores e conseqüentemente o risco de contaminação por HIV bem como o da gravidez e a parentalidade na adolescência. Daí que as campanhas de educação para a saúde se iniciem em idades mais precoces. Nesse sentido, o nosso estudo veio revelar que os jovens com idades compreendidas entre os 19-25 anos eram os que apresentavam índices consentâneos com melhores fontes de informação/conhecimentos no que se refere às instituições de saúde/educação, meios de comunicação/educação pelos pares, formação, interesses pessoais e fontes de informação global/conhecimentos sobre a SIDA enquanto os estudantes com idade compreendida entre os 17 e 18 anos revelaram uma maior ordenação média na subescala Profissionais de Saúde/Pais e Familiares e os de idade superior a 25 anos nos interesses pessoais, sendo as diferenças significativas para todas as variáveis com excepção para os interesses pessoais

O estudo de Freitas (2000), veio concluir que é estatisticamente significativo haver diferenças no nível de conhecimentos sobre sida entre os indivíduos dos cursos na área da saúde e não saúde, sendo maiores nos indivíduos dos cursos de estratos de saúde, isto devido provavelmente a uma forte relação entre fontes de informação e a qualidade desta e os conhecimentos na área da SIDA. Também o nosso estudo aponta para maiores conhecimentos sobre fontes de informação/conhecimentos sobre sida nos que frequentam cursos da área da saúde, sendo as diferenças estatisticamente significativas, excepto no que respeita á fonte profissionais de saúde/pais e familiares. Por outro lado o nosso estudo também vem revelar que os valores médios se situam na melhor utilização das fontes de informação/ conhecimentos sobre SIDA em todos os estudantes que frequentam o último ano em todas as subescala com excepção da subescala profissionais de saúde/pais e familiares, mas o valor de *t* só é explicativo para a formação e para os interesses pessoais. É também significativa a diferença entre os estudantes que tiveram formação e os que não tiveram, sobre as fontes de informação /conhecimentos na área da sida sendo que os valores médios são mais elevados naqueles que tiveram formação.

Uma das conclusões a que chegou Oliveira (2007), sobre educação para a saúde, foi que quase 70.0% dos estudantes inquiridos consideraram as campanhas de prevenção adequadas e só 25.9% acharam que não. Contudo ao serem solicitados a pronunciarem-se sobre os conteúdos a privilegiar nas acções de educação para a saúde, 40.7% dos inquiridos sugeriram que deveriam incluir mensagens "choque" que despertassem os jovens para a gravidade do problema da SIDA,

24.4% sugeriram que as campanhas sejam mais informativas e realistas e só 14.2% foram de opinião que os conteúdos das mensagens se mantenham tal como estão.

Educação para a saúde e saúde e relacionamento

O relatório do Ministério da Saúde de 2006 refere que entre os jovens adultos portugueses escolarizados, dentro da faixa etária dos 15 aos 19 anos, apenas 15.0% demonstram ter **conhecimentos** correctos sobre os modos de transmissão do VIH. Inseridos nesta faixa etária encontram-se os estudantes que, actualmente estão a frequentar o ensino superior. Na época os jovens reconheciam que qualquer pessoa poderia ser afectada pelo VIH e que este vírus não atinge apenas os outros, concluindo-se assim que o preconceito que ligava os homossexuais, prostitutas e indivíduos que consomem droga ao VIH estava a diminuir.

A maioria dos estudantes identificou as **formas de transmissão** do VIH/sida, das quais o cumprimento a pessoas, o beijo, os contactos sociais e laborais não eram fonte de transmissão.

Muitas são as crenças dos participantes sobre as formas de contágio do VIH. Um estudo realizado por Piccoli (2001), provou que, de um modo geral, os inquiridos demonstraram conhecimento das formas de contágio do VIH/sida. Destes, 99.1% demonstrou conhecimentos no que diz respeito à **partilha de seringas**. Este resultado é corroborado por outros estudos tais como por Brown & Smith (2005), em que 94.7% dos entrevistados referiu a partilha de seringas como sendo um factor de risco e por Cano *et al.* (2007), em que 90.0% dos entrevistados citaram esta como meio de contágio. Os resultados obtidos no nosso estudo vêm de encontro aos referidos já que 84.6% identificou correctamente esta forma de contágio.

A **transfusão de sangue** foi referida no estudo de Piccoli (2001), por 93.4% da amostra como sendo uma forma de contágio, porém segundo o estudo de Cano *et al.* (2007), apenas 84.0% dos inquiridos faz referência ao sangue como veículo de transmissão. O estudo de Merakou & Kourea-Kremastinou (2006), é aquele que revela uma maior percentagem de respostas correctas em relação a este aspecto, (95.1%). Na nossa investigação detectamos baixos resultados referentes à transfusão sanguínea, tanto no que concerne a ter sido uma forma de transmissão (49.6% de respostas correctas), como ao facto de actualmente ser pouco provável que uma transfusão sanguínea transmita os vírus da sida (41.3%).

Um conceito importante analisado nos diversos estudos respeita à **transmissão vertical** ou seja a transmissão da mãe infectada que ocorre para o bebé durante a gravidez, parto ou

aleitamento natural (Brito *et al.* 2001). No que diz respeito à transmissão vertical do VIH/sida é apresentada por Piccoli (2001), como forma de contágio por 91.9% dos inquiridos. No entanto, na pesquisa de Merakou & Kourea-kremastinou (2006), a percentagem decresceu ligeiramente pois só 80.9% dos entrevistados apontou-a como forma de contágio. Este valor percentual é mais consentâneo com o obtido no nosso estudo porquanto 72.9% dos inquiridos opinaram no mesmo sentido.

Por outro lado, existe ainda uma falsa ideia relativamente às **relações sexuais** como factor de risco de contágio do VIH/SIDA, conforme mostram os dados de Piccoli (2001), onde se constata que 95.4% da amostra relata a relação homossexual como uma das formas de contágio enquanto 91.8% aponta a relação heterossexual, demonstrando assim que ainda existe a noção de que uma relação homossexual representa um maior risco de contágio do que uma relação heterossexual.

Quanto ao estudo de Merakou & Kourea-kremastinou (2006), 82.8% dos entrevistados referiu que homens que têm relações sexuais com outros homens têm maior risco de contrair o vírus da SIDA, o que reforça as opiniões sobre a transmissão do vírus da SIDA, da década de 80, que conotava transmissão do VIH com a homossexualidade. Ainda no mesmo estudo, 50.1% dos participantes referiram que o sexo oral sem preservativo poderia ser um factor de risco para o contágio do VIH. Os nossos resultados revelam que 88.8% dos estudantes consideram incorrecto que os homens possam transmitir o vírus da sida à mulher com mais facilidade do que as mulheres aos homens e 54.0% considera correcto que o sexo oral desprotegido é menos arriscado que o sexo vaginal desprotegido em relação à transmissão do VIH.

Em Piccoli (2001), o beijo e o contacto social também são apontados como fonte de contaminação, por 5.7% e 1.6% da amostra, respectivamente. De acordo com o estudo de Cano *et al.* (2007), uma percentagem mais elevada (22%) tem a falsa ideia de transmissão do vírus através do beijo, resultado este semelhante ao obtido no nosso estudo em que 19.2% afirma que é provável que se contraia a doença ao beijar alguém que tenha vírus da sida.

Ainda relativamente às falsas ideias sobre a SIDA, no estudo conduzido por Brown & Smith (2005), um grande número dos inquiridos (87.4%) acredita que o VIH pode ser contraído através do aperto de mão com uma pessoa infectada, sendo por isso necessário investir nesta área de conhecimentos junto dos jovens. Esta falsa ideia é também vivificada por 18.6% dos nossos inquiridos quando afirmam que é possível que se contraia o vírus da sida através do suor de pessoas infectadas em ginásios ou health clubs, ou por outro lado, usar fontes ou casas de banho públicas que tenham sido usadas por alguém infectado (42.4%).

Já os resultados obtidos do estudo de Cruz (1997), foram francamente negativos no referente à **prevenção**, nomeadamente no que respeita ao uso do preservativo, uma vez que 46.0% dos elementos da amostra considera que este tornava a relação sexual 100% segura. Embora não tivesse sido colocada no nosso estudo a questão neste mesmo âmbito, 80.8% dos estudantes considera correcta colocar-se o preservativo antes da ocorrência de qualquer acto sexual, para reduzir eficazmente o risco de contaminação, e 9.1% afirmou que só é necessário usar preservativo nas relações de “uma noite”.

No mesmo estudo de Cruz (1997), apenas 40.0% da amostra referiu saber que o vírus era transmissível de mãe para filho durante o período de aleitamento, 50.0% que as pessoas pertencentes a grupos de risco não devem doar sangue e 40.0% não sabia que a exposição ao VIH por parte de toxicodependentes não se devia ao facto de o vírus estar contido nas drogas injectáveis. Outros dados que devem ser salientados neste estudo reportam-se ao desconhecimento por parte de 50.0% da amostra à transmissão do VIH por mosquitos, e 40.0% não sabia que o SIDA não se transmite por tosse ou espirros. Estas mesmas duas questões colocadas aos inquiridos do nosso estudo revelaram que 62.5% considera que há transmissão do vírus da sida através dos mosquitos e 76.8% deram como correcto que o vírus da sida não se transmite através de espirros ou tosse.

Um estudo realizado por Soares (1995) sobre os meios de transmissão do VIH/sida revelou que embora os alunos apontassem correctamente os meios de transmissão cientificamente comprovados, ou seja, sangue, secreção sexual e leite materno, os resultados obtidos foram baixos: 45.2% dos alunos mencionou o sangue como meio de transmissão, 39.2% mencionaram as secreções sexuais e apenas 18.6% mencionaram o leite materno (Nardi, 2005).

Reportando-nos ainda ao estudo de Cruz (1997), os autores concluíram que 51.0% da amostra não sabia que uma pessoa recém - infectada não apresenta manifestações clínicas de doença. Contudo no nosso estudo 74.0% da amostra considerou correcta a resposta que se pode estar infectado durante cinco ou mais anos sem desenvolver a Sida. Porém, o valor percentual decresce para 46.8% quando respondem que a maioria das pessoas expostas ao vírus da sida mostra sintomas visíveis de doença grave.

No referente à informação incorrecta sobre SIDA no estudo de Cruz (1997), 42.0% dos elementos pensava que quando se tem apenas um parceiro sexual, o uso do preservativo não é necessário, o que aliás não é corroborado pelos resultados por nós obtidos uma vez que 84.2% dos estudantes acharam que não é necessário praticar sexo seguro quando duas pessoas só têm sexo

uma com a outra, e cerca de 30.0% da amostra desconhecia que a protecção mais eficaz ao VIH/sida era a abstinência sexual ou ter um único parceiro que nunca tivesse estado exposto ao vírus.

Não consentâneo com o estudo que efectuamos onde procuramos comparar os resultados obtidos da nossa pesquisa com o realizado por diversos investigadores, uma vez que não possuímos fontes de comparabilidade, resta-nos fazer referência ao estudo da escala saúde e relacionamento e aos resultados achados quando relacionada com as variáveis julgadas mais pertinentes. Nesse sentido, constatamos que dos 37.8% classificados com fraca informação global 43.6% são do sexo masculino e entre os que têm boa informação global (56.5%), pondera o sexo feminino com 61.2%, sendo as diferenças significativas entre o sexo. Aliás, os índices médios das diferentes subescalas comprovam que os rapazes só apresentam valores superiores às raparigas no que respeita aos conhecimentos para a prevenção da SIDA. Entre as subescalas encontramos significância estatística, o que nos permite afirmar que o sexo influencia a escala saúde e relacionamento com excepção dos conhecimentos para a prevenção da SIDA.

Por outro lado são os inquiridos com idades superiores a 25 anos que apresentam menores níveis de informação global, mas é no grupo com idades entre os 19 e 25 anos que se destacam melhores valores em relação às crenças comuns aos estudantes, defesa incorrecta de informação sobre SIDA e valor global da escala, com significância estatística na defesa incorrecta de informação sobre SIDA e valor global da escala.

Também no que se refere ao curso, e frequência de formação na área da sida os resultados apontam para índices mais elevados nos que frequentam cursos na área da saúde e naqueles que tiveram formação na área da sida. Em relação ao ano que frequentam os índices sobre saúde e relacionamento dão primazia para quem frequenta o último ano mas o valor de t só é explicativo para os conhecimentos de prevenção e para a escala saúde e relacionamento global.

Quando relacionamos a educação para a saúde e saúde e relacionamento o nosso estudo revelou que as crenças comuns aos estudantes é preditor de todos os factores da avaliação de educação para a saúde, mas a saúde e relacionamento só é preditora na escala global da avaliação da educação para a saúde, nos métodos educativos e processo de aprendizagem. Os restantes factores não se tornaram preditores em nenhuma das subescalas da avaliação da educação para a saúde.

Educação para a saúde e medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA

A dispersão mundial da SIDA, bem como o conhecimento de que o controlo da epidemia depende do comportamento das pessoas, obriga a uma reorientação da investigação relativa aos factores de risco comportamentais (Monteiro & Raposo, 2006 b). No discurso da promoção de comportamentos saudáveis é consensual a relação causal entre comportamentos e manutenção da saúde, e nesse sentido Ogden (1999), sublinha que os comportamentos que adoptamos são uma consequência dos nossos pontos de vista mutáveis sobre as normas sociais relevantes para qualquer comportamento e das nossas próprias atitudes em relação a esse comportamento.

Segundo a UNAIDS (2008), o preservativo masculino é “a tecnologia mais eficiente e disponível para reduzir a transmissão sexual de VIH e outras IST’s”. A promoção do uso do preservativo deve ser incorporada numa estratégia de prevenção compreensiva que envolva líderes de todas os estratos da sociedade, normas e crenças culturais, promova a igualdade de sexos, e promova a divulgação de conhecimento e atenção acerca da transmissão do VIH e a forma como os preservativos podem prevenir a infecção.

O mesmo organismo defende que o preservativo é uma componente - chave dentro de uma combinação de estratégias preventivas individuais que pode ser usada em diferentes alturas na vida de cada um, para reduzir o risco de exposição sexual ao VIH.

Se o preservativo é considerado por muitos como um modo seguro de prevenção, a sua imagem deixava muito a desejar junto dos jovens. Foi uma das conclusões retiradas de um estudo realizado por Perard (1989), numa população de 963 estudantes universitários de 13 Universidades Parisienses. Para 45.0% dos jovens o preservativo não é “divertido” e para 38.0% o seu uso não é prático. É preocupante que quase um aluno em cada três considerasse que o preservativo não fosse fiável (29% dos jovens). Piccoli (2001), no seu estudo, observou que, numa amostra de 670 alunos (média das idades = 18,4), o método anticoncepcional mais utilizado, era o preservativo (cerca de 59.8% da população estudada), e que este era mais utilizado junto da população masculina.

Os jovens vêm o preservativo como uma medida de prevenção e acreditam que é importante evitar as IST, mas parece-nos que ainda muitos se encontram desmotivados para a sua utilização durante a sua actividade sexual. Com efeito no nosso estudo encontramos 34.8% de jovens que apresentavam fraca motivação para pôr em prática comportamentos preventivos

relativos à sida, sendo que o valor percentual foi mais elevado nos homens (38.0%) do que nas mulheres com 32.8%. É contudo no sexo feminino que tem melhor motivação para pôr em prática os comportamentos preventivos. Estes dados vão de encontro aos apresentados por Dolores *et al.* (2005), quando encontrou apenas 28% dos inquiridos que consideram o uso de preservativo muito seguro para a prevenção da SIDA; 65% julgam-no pelo menos relativamente seguro, 6% dos inquiridos consideram-no pouco seguro.

Como já foi referido, no ano de 1989, foi realizado um estudo por Perard que refere que a imagem que os jovens tinham do preservativo era bastante negativa. Naquela época, cerca de 45.0% dos jovens referiam que o preservativo não era divertido, 38.0% afirmaram que não era prático e 29.0% diziam que não era fiável. Estes resultados indicam que o uso do preservativo, não era um método, quer a nível contraceptivo, quer de prevenção e que não estava integrado nos hábitos de comportamento sexual, o que era preocupante, dado que cerca de um em cada três estudantes punha em causa a sua fiabilidade. No entanto, Cano, *et al.* (2007), mais tarde veio a verificar que apenas 11.6% dos jovens considerava que o preservativo incomodava, e 19.6% reportou-se à perda de sensibilidade. Esta evolução positiva no que diz respeito à imagem do preservativo junto dos jovens, revela que têm sido feitos esforços no sentido de promover o uso do preservativo e de melhorar a imagem do mesmo. Apesar disto, os valores referidos nos estudos mais recentes, revelam que ainda há muito a fazer em relação a esta temática. Com efeito os resultados do nosso estudo vêm de encontro a esta opinião porquanto o sexo masculino apresenta índices mais elevados no comprar e usar preservativos e os participantes mais jovens, com idades entre os 17 e 18 anos, são os que apresentam melhor motivação para a prática de comportamentos preventivos no que respeita à compra e uso de preservativos, fazer o teste da sida, falar sobre sexo seguro e não ter relações sexuais sendo que os inquiridos mais são os mais renitentes à prática de comportamentos preventivos relativos à sida.

Numa amostra com 670 alunos, cuja média de idades de 18,4 anos, Piccoli (2001), observou que, apesar de a maioria dos alunos (96.7%), reconhecer o sexo seguro como a principal vantagem do uso do preservativo, apenas 76.6% referiram que não teriam nenhum contacto sexual (sexo não seguro) com um parceiro previamente desconhecido, o que demonstra que apesar de estarem consciencializados dos riscos existentes numa relação desprotegida, nem todos os estudantes se protegem devidamente. Dentro dos estudantes que não excluíram a possibilidade de uma relação sexual desprotegida (sexo não seguro) com parceiro desconhecido, 89.7% eram do sexo masculino. Outro estudo, realizado por Moriya *et al.* (1994), revelou que numa amostra de 182

estudantes universitários, cerca de 80.2% consideraram o uso do preservativo como a principal medida preventiva contra a SIDA.

Analisando estes estudos é possível dizer que os jovens estão despertados para a importância do preservativo na prevenção do VIH. No entanto, ainda existem jovens que não reconhecem esta importância, ou que mesmo sabendo que apenas o preservativo os protege contra o vírus da SIDA numa relação sexual, continuam a ter relações sexuais desprotegidas com parceiros desconhecidos.

Daí a necessidade de identificar os factores determinantes do uso ou não uso do preservativo e de perspectivar novas formas de conceber e comunicar as mensagens preventivas na área da sexualidade (Cunha-Oliveira, 2007).

A maior incidência de infecção nos jovens adultos, com aumento de transmissão pró via sexual e a feminização são características que demonstram alteração do quadro epidemiológico do VIH/ sida em Portugal, Oliveira, Abreu & Barroso (2009). Dentro das estratégias para reduzir a transmissão e melhorar o apoio aos infectados, carece de uma melhoria na qualidade da informação, acesso aos serviços de prevenção, redução de riscos, rastreio e diagnóstico precoce articulando com os diferentes níveis do ensino.

Embora os currícula escolares dos estudantes da área da saúde abordem estas temáticas devido a factores de actualização do conhecimento parece-nos importante que as mesmas sejam desenvolvidas em outros cursos, pois como constatamos os índices médios de motivação para prática de comportamentos preventivos são mais elevados para os estudantes que frequentam cursos na área da saúde com excepção do factor 2- "fazer o teste da SIDA". São os estudantes que frequentam o primeiro ano, que apresentam melhor motivação para a prática de comportamentos preventivos com diferenças significativas entre os dois grupos, o que vem reforçar que a prática da educação para a saúde (promoção de comportamentos saudáveis e prevenção do VIH) realizadas no âmbito do ensino secundário, permitem que a informação seja incorporada e traduzida em mudanças comportamentais. Esta ideia é corroborada por Gir *et al.* (1999), que numa amostra de 182 sujeitos universitários da área da saúde, concluiu que o uso de preservativo foi uma das medidas preventivas mencionadas pela maioria da amostra, facto considerado relevante dado o papel de divulgação de informação junto da comunidade que os profissionais de saúde exercem como agentes educativos.

Os factores culturais podem ser um desafio para a educação na prevenção de VIH e para a promoção do uso preservativo. No entanto, os preservativos devem ser promovidos de forma a ajudar a transpor obstáculos sexuais e pessoais que dizem respeito ao seu uso (UNAIDS, 2008).

Será a educação no seio dos jovens eficaz na promoção do uso do preservativo? Que tipo de educação para a saúde será mais eficaz?

O estudo realizado por Merakou & Kourea-kremastinou (2006), revelou mudanças no comportamento dos jovens pertencentes ao grupo de intervenção, comparativamente ao grupo de controlo. No grupo de intervenção (o qual foi sujeito à educação de pares), várias variáveis obtiveram alterações, como por exemplo, no que diz respeito à questão "Não terei relações sexuais sem preservativo com alguém de quem goste muito" (aumentou de 70.8% para 72%; enquanto que no grupo de controlo diminuiu de 62.7% para 60.8%); "No último ano iniciei o uso de preservativo com o meu/minha parceiro(a)" (aumentou de 13.8% para 14.5%, tendo descido no grupo de controlo de 17.3% para 11.9%).

Apesar de terem ocorrido mudanças a nível dos itens anteriormente referidos apenas no grupo de intervenção, observou-se também que noutras questões, ocorriam mudanças em ambos os grupos. Por este motivo, a educação de pares, apesar de ajudar a estabelecer algumas normas sobre estilos de vida saudáveis, que conduzem à mudança de comportamentos, não é suficiente para conduzir à mudança dos comportamentos, crenças e atitudes, e ainda das práticas sexuais pessoais. Também no nosso estudo verificamos que o ensino de pares foi a opção preferida (50.3%) pelos estudantes em comparação com o método de educação para a saúde na área da sida por prelecção (57.9%), discussão e dramatização (57.6%) e ensino programado (57.5%).

Os resultados sugerem ainda que as medidas de motivação para por em prática comportamentos preventivos como componentes preditivos importantes da avaliação da educação para a saúde na área da SIDA foram falar sobre sexo seguro na escala global (avaliação da educação para a saúde na área da SIDA), métodos educativos e recursos educativos e fazer teste de sida para os métodos educativos.

Educação para a saúde e eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA

Estudos recentes têm evidenciado que a mudança de comportamentos sexuais nos estudantes universitários face à pandemia do VIH/sida tem sido pequena ou quase inexistente. As campanhas junto da comunicação social e da publicidade deram a conhecer junto da população em

geral e dos jovens em particular a existência de um problema grave que é necessário dar resposta, mas não parece que tenham convencido ou motivado esses mesmos jovens para as mudanças de comportamento. Mesmo com o aumento do uso do preservativo que se tem verificado nos últimos anos, está claramente aquém do que seria de desejar num problema desta dimensão. Os resultados do nosso estudo vêm confirmar em certa medida estas afirmações pois que da totalidade da amostra cerca de 4 em cada 10 estudantes foram classificados com tendo uma fraca eficácia de comportamentos preventivos face à SIDA com valores percentuais superiores nos homens (40.8%). Todavia mais de metade da amostra (53.2%), apresentam uma boa eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA, sendo porém as mulheres com 58.0% que apresentam índice percentual mais elevado.

O estudo de Cunha-Oliveira (2008), com estudantes universitários portugueses veio revelar que 2.2% dos inquiridos referiram ter tido experiências de sexo em grupo ou com mais que um parceiro com predomínio nos estudantes do sexo masculino. A prática sexual mais prevalente foi a vaginal e oral com 42.8% seguida das relações vaginais (32.3%) e de relações vaginais, orais e anais (22.1%) Quanto ao uso de preservativo 52.6% dos estudantes referiram ter usado sempre preservativo mas 12.4% nunca o usou.

Um outro estudo conduzido por Brown & Smith (2005), numa comunidade da Florida, considerando-se o uso do preservativo, como uma das medidas preventivas contra o VIH, verificou-se que 94,0% da amostra consideram o seu uso como uma medida efectiva para prevenção de VIH. Relativamente à existência de múltiplos parceiros sexuais, 94.7% da amostra considerou este facto como um factor de risco para a transmissão de VIH.

No âmbito da nossa investigação verificamos que o sexo feminino tinha uma melhor eficácia percebida dos comportamentos preventivos da sida que sexo masculino no que respeita à percepção da eficácia e à percepção das dificuldades e ao valor global da escala, os resultados são explicativos para as dificuldades em ter comportamentos preventivos e eficácia percebida dos comportamentos preventivos da sida. Já no estudo de Carvalho (1999), as relações entre as variáveis mostrou que os participantes do sexo masculino tinham uma percepção mais elevada das suas aptidões comportamentais e desempenhavam mais comportamentos preventivos relacionados com a transmissão da sida.

Todavia, no nosso estudo, encontramos entre a percepção da dificuldade e a percepção da eficácia no nosso estudo uma correlação positiva e 0.557, o que nos permite afirmar que a índices menores de percepção de dificuldade correspondem menores índices na percepção da eficácia.

Este valor correlacional, é próximo do obtido no estudo de Carvalho (1999), que foi de 0.570 com diferenças significativas.

Reportando-nos à idade constatamos que os estudantes mais jovens eram os que apresentam melhor eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA em relação à dificuldade em ter comportamentos preventivos enquanto os de idade situadas entre os 19 e 25 anos percepcionavam melhora a eficácia dos comportamentos preventivos e valor global da escala.

A cognição com a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e a dificuldade em ter esses comportamentos preventivos em termos de diferenças tendo em conta a área do curso e ano que os estudantes frequentam, levou-nos a concluir que os índices médios são mais elevados para os estudantes que frequentam cursos na área da saúde com significância estatística para a dificuldade em ter comportamentos preventivos e nota global da escala. De forma inversa são os estudantes que frequentam o último ano, que revelam melhor eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA face aos do primeiro ano com significância estatística. Por outro lado entre os grupos com e sem formação na área da sida existem diferenças estatísticas sendo que os estudantes com formação os que possuem melhor eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA.

Quando relacionamos a educação para a saúde e a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da sida os resultados da nossa investigação veio revelar que a dificuldade em ter comportamentos preventivos e a eficácia dos comportamentos preventivos foram preditores para a avaliação da educação para a saúde no que se refere aos recursos educativos enquanto a dificuldade em ter comportamentos preventivos foi preditora para os conteúdos.

Conversa sobre a prática de sexo seguro

O conceito de sexo seguro, segundo Murray & Lopez (1998), refere-se a “um contacto sexual com um parceiro não infectado por nenhum patógeno transmissível sexualmente e envolvendo o uso apropriado de anticoncepcionais para prevenir uma gravidez não planeada, a menos que o casal esteja intencionalmente tentado a conceber uma criança”. Este conceito quando associado à prevenção do HIV/Sida inclui, a redução no número de parceiros sexuais e, principalmente, a prática sexual protegida pelo uso do preservativo – seja ela oral, anal ou vaginal.

Para os jovens uma relação sexual não está necessariamente programada nas suas vidas. O dia, a hora, o lugar, nem sempre acompanha o desejo e as possibilidades de estarem com o preservativo nas suas mãos (Ayres *et al.*, 1998).

Cruz *et al* (1997), ao realizar uma pesquisa com estudantes universitários concluiu que 52.1% da amostra nunca abordaram ou discutiram com o parceiro habitual a prática do sexo seguro., mas os resultados do nosso estudo indicam que a discussão sobre o tema se processou frequentemente em 24.8% e sempre em 21.8% da amostra. Há porém a registrar que cerca de 2 em cada 10 dos inquiridos nunca discutiram esse assunto sendo a percentagem similar em ambos os sexos. Se tivermos ainda em consideração os que raramente ou às vezes o faziam notamos que o valor percentual atinge mais de metade da amostra, com maior prevalência entre os inquiridos do sexo masculino (58.7%), valores estes que se aproximam dos obtidos no estudo acima referenciado.

Ainda em relação à prática de sexo seguro, são várias as implicações que impedem a negociação do uso do preservativo com o parceiro, visto que utilizar o preservativo não é apenas uma escolha individual, mas sim uma decisão conjunta, que implica a participação do parceiro masculino. Entre as causas da não utilização do preservativo, encontram-se as representações de amor e sexualidade, que os homens e as mulheres assumem em relação aos encontros sexuais. Por outro lado, vários estudos vêm constatando que existe pouco diálogo sobre sexo entre os parceiros, uma vez que a contracepção é encarada como um dever feminino. A utilização do preservativo poderá suscitar de igual forma, sentimentos de dúvida em relação à fidelidade por parte do parceiro masculino. A infidelidade por parte do sexo masculino, culturalmente é mais aceite pela sociedade, sendo encarada como um aspecto natural, pelo que as mulheres adoptam uma postura passiva em relação a esta questão (Nascimento Barbosa & Medrado, 2005). Todavia comprovou-se no estudo que realizamos que a tentativa de persuasão para praticar sexo seguro foi sempre efectuada em 46.2% no total da amostra, dos quais 48.0% advém mais do homem e 45.5% da mulher mas o percentual dos que nunca tentam persuadir o parceiro para a prática de sexo seguro ou que o tentam às vezes são similares entre homens e mulheres.

Face aos resultados, seria importante vir-se a estudar a relação entre a avaliação da educação para a saúde e a discussão sobre sexo segura dado que Costa (2006), referiu que fornecer informação verbal e escrita sobre o VIH, os meios de transmissão, como fazer o teste do VIH e o esclarecimento dos mitos relacionados com a sida resultará numa maior confiança nas

mulheres traduzindo-se numa maior capacidade de negociar a utilização do preservativo com os seus parceiros.

Acessibilidade aos preservativos

A acessibilidade aos preservativos é habitualmente referida como uma das questões centrais quando se quer que a prática do sexo protegido seja a norma habitual e seguida de uma forma consistente, Cunha & Oliveira (2008), referem que os valores encontrados para o desconforto em adquirir o preservativo constituem um dado importante. A explicação para este facto pode encontra-se relacionada com a presença de certas pessoas no momento da aquisição dos preservativos conduzindo a um momento de desconforto, sugerindo a autora a colocação de máquinas de distribuição automática em lugar de maior privacidade.

Também Dias, Matos & Gonçalves (2002), chega às mesmas conclusões quanto à utilização e acessibilidade do preservativo num estudo de natureza qualitativa que foi realizado numa comunidade de emigrantes africanos. Salaria que os jovens utilizam o preservativo em relações casuais, e que apesar de se encontrarem mais conscientes da sua utilização que os mais velhos, justificam a sua pouca utilização com a fraca acessibilidade “os jovens não se dão ao trabalho de comprar preservativos à farmácia... os pais podem passar e vê-los por lá, enquanto que se houvesse aqui nos cantos uma máquina de preservativos...” e com o elevado preço dos preservativos. A este propósito Cunha-Oliveira *et al.* (2008), encontrou 13.5% de estudantes que responsabiliza o preço dos preservativos pela sua não utilização.

Dados do nosso estudo corroboram com o referido, pois a maior percentagem 37.8% da amostra afirmou nunca ter adquirido preservativos, sendo a percentagem mais elevada entre as mulheres (43.9%). É visível pois que a aquisição de preservativos é uma tarefa que recai sobretudo nos homens, 43.2%. Em relação à acessibilidade cerca de 4 em cada 10 homens e 3 em 10 mulheres afirmam tê-lo sempre acessível antes do acto. Como referimos é algo preocupante os 27.1% das mulheres que nunca ou raramente se preocupam em tê-los acessíveis para a sua utilização, já que somos de opinião que a uma maior acessibilidade corresponde um maior uso do preservativo.

Uso de preservativo durante as relações sexuais

O início da idade adulta é uma fase de **experimentação sexual**, pelo que existe uma grande proximidade com o outro, e por consequência uma fase de particular vulnerabilidade decorrente dos riscos da actividade sexual. Na faixa etária dos jovens com menos de 25 anos a proporção entre rapazes e raparigas é muito semelhante, sendo de 1,6 para 1 na infecção e de 2,6 para 1 nos casos de SIDA (Alvarez & Oliveira, 2007).

Existe uma grande modificação dos **comportamentos sexuais** durante o período do ensino universitário. Estas modificações estão bem patentes na redução da percentagem de indivíduos virgens no primeiro ano universitário, sendo que houve uma redução de 73 para 38% nas raparigas e de 33 para 14% nos rapazes (Alvarez & Oliveira, 2007).

Implícito ao aspecto da **actividade sexual, encontra-se o uso do preservativo**. Os jovens usam o preservativo com mais frequência do que a população em geral, no entanto comparativamente com outros países europeus como a Espanha, a Suíça e a Grã-Bretanha, a sua utilização é 3 a 4 vezes menor. A percentagem dos indivíduos que não utilizaram o preservativo na última relação sexual com um parceiro não habitual é de 10.0%, colocando-se desta forma em risco de contrair a infecção pelo VIH (Alvarez & Oliveira, 2007). No que refere aos comportamentos que acentuam a vulnerabilidade deste grupo, encontram-se: a utilização do preservativo sob efeito de álcool ou drogas, a não utilização sistemática do preservativo numa relação mais estável e o desinteresse pela compra do preservativo (Alvarez & Oliveira, 2007).

Costa (2005), num estudo efectuado a 401 estudantes do ensino superior concluiu que 39.7% tinham namorado(a). Outro aspecto que torna os indivíduos mais vulneráveis à infecção pelo VIH, é a associação que estes fazem do preservativo à contracepção, quando mantêm relações com um parceiro fixo (Nardi, 2005).

Sendo o contexto universitário espaço privilegiado para o acesso ao conhecimento, bem como para a vivência de novas experiências sexuais e/ou afectivas, seria interessante verificar o conhecimento das atitudes dos estudantes universitários e o modo de se comportarem de maneira preventiva frente ao VIH/sida.

O estudo realizado por Cano, *et al.* (2007), para avaliar o conhecimento de jovens universitários acerca da SIDA e sua prevenção, demonstrou que o nível de conhecimento dos estudantes foi compatível com o grau de escolaridade e que, mesmo tendo conhecimento sobre as formas de contaminação da doença, isso não significou mudanças nas atitudes para a prevenção.

Já na pesquisa realizada por Szwarcwald *et al.* (2004), sobre comportamento, atitudes e práticas, foi demonstrado que 62.3% dos jovens tinham conhecimento correcto das principais formas de transmissão do HIV, mas verifica-se que o saber sem deficiências varia de acordo com as fontes utilizadas pelo jovem como meio de informação, bem como depende do nível socioeconómico destes. Assim, considera-se que um bom nível de conhecimento sobre HIV não garante, por si, o exercício de comportamentos preventivos (Martins, Nunes, Muñoz-Silva & Sánchez-García, 2008).

Cláudio & Sousa (2003), estudaram uma amostra de 1000 estudantes, dos quais 36,8% eram da Escola Secundaria Gil Vicente e 63,2% do Instituto Superior de Psicologia Aplicada e Instituto Superior Técnico. Os resultados revelaram que dentro dos sujeitos sexualmente activos, usaram sempre o preservativo 29.6% dos homens e 17,9% das mulheres enquanto 16,8% do sexo masculino e 26,9% do sexo feminino nunca usaram preservativo. Os resultados do nosso estudo são comparáveis aos referidos porquanto a frequência da não utilização de preservativos de látex no último mês, foi de 26.0% para o total da amostra, dos que afirmam usar sempre preservativo os valores percentuais são similares em ambos os sexos. Acresce referir que dos 28.4% que sempre utilizaram preservativo nas relações sexuais vaginais, 32,5% são homens e 25.8% mulheres sendo as diferenças percentuais significativas.

Muito diferentes são os valores encontrados no estudo de Cruz (1997), que aponta para 66.7% dos jovens que frequentam o Ensino Superior que nunca utilizaram o preservativo durante as relações sexuais e que apenas 9.5% o utilizava. É significativa e preocupante a percentagem (52.4%) dos alunos que não tencionavam utilizar o preservativo na próxima relação sexual.

Um estudo de Sanches (1999), que se debruçou sobre as razões para o não uso do preservativo veio a constatar que as mais invocadas foram: 24.3% justificaram pelo conhecimento que tinham do parceiro, 14.5% pela confiança e fidelidade, 14.5% só usam quando necessitam de prevenir uma gravidez; 12.1% só usam em relacionamentos ocasionais, 10.2% por restrições impostas pelo parceiro, 9.4% devido a certas características pessoais, 8.3% pelo uso de contraceptivos orais, 8.1% por não terem o hábito de o adquirir e 4.1% porque corta o "clima". Por sua vez Amaro (2004) numa amostra que abrangeu a faixa dos 15 aos 69 anos encontrou as seguintes justificações: 34.1% não tinha necessidade, 19.5% não o tinha consigo, 17.1% não gosta de usar e 9.8% não pensou no assunto.

Também Cano *et al.* (2007), revelou que 66.3% dos alunos usam o preservativo, e os alunos que não usavam, justificavam o não uso do preservativo com "quando você já conhece o

parceiro"; "quando você é casada" ou "quando tem parceiro fixo", "porque sou evangélico e sexo só no casamento". Ainda neste estudo, um grupo que representa 11.6% das respostas, referem que o uso do preservativo incomoda, provoca desconforto ou aperta. Para 19.6% dos jovens, o preservativo tira a sensibilidade, faz a relação ficar artificial, interfere negativamente no clima da relação.

Cruz *et al* (1997), Ainda de acordo com um estudo realizado pelo mesmo autor, quando inquiridos sobre as estratégias ou comportamentos mais eficazes de protecção contra o VIH/sida, apenas 49.1% enunciou a exclusividade/fidelidade, 13.5%, a abstinência sexual e 0.7% o evitamento de sexo anal ou oral desprotegido. O mesmo estudo revela ainda que 57.4% dos alunos nunca se recusaram a ter relações ocasionais ou casuais por falta de preservativo, 52.1% nunca abordou ou discutiu com o parceiro habitual o uso do preservativo e que 35.4% dos alunos referiu que o VIH/sida em nada fez alterar o seu comportamento sexual. Outra ideia que ficou patente nestes estudos foi o facto de os jovens considerarem desnecessário o uso do preservativo quando mantêm uma relação estável (Cruz *et al*, 1997).

Cunha-Oliveira (2008), no seu estudo refere que tanto na primeira relação sexual como ao longo da vida, nos últimos três meses e na última relação sexual, os rapazes referiram ter usado mais o preservativo do que as raparigas, o que também é comprovado no estudo que realizamos ao constatarmos que 47.3% do total dos inquiridos utilizam o preservativo de látex nas relações sexuais vaginais não se verificando diferenças estatísticas entre o sexo, embora se evidencie uma maior prevalência para os homens (48.5%) quando comparados com as mulheres (46.5%).

Concordamos com a autora quando refere que a julgar pelo uso do preservativo, os rapazes parecem colocar-se menos em risco que as raparigas, mas as raparigas são mais selectivas e têm um menor número de parceiros sexuais (56.7%) do que os rapazes (34.2%) que têm parceiro sexual único.

Por outro lado as raparigas percebem mais a segurança do preservativo do que os rapazes (81.0% vs 78.0%). O que é comprovado na nossa pesquisa ao constatarmos que cerca de sete em cada dez estudantes não se protegem quando têm relações sexuais.

Revendo o que foi dito nestes estudos, é possível concluir que a prevenção a nível do vírus da SIDA passa muito pela utilização do preservativo, e que a maioria dos jovens está desperto para esta importância, como é referido no estudo em 1999, de Gir e colaboradores, (94.0% da amostra consideram o uso de preservativo como uma medida efectiva para prevenção de VIH). No entanto, a percentagem de jovens que nunca usam o preservativo ainda é bastante elevada, pelo que as

intervenções estão a ser realizadas em relação à prevenção do VIH/sida terão de levar uma abordagem diferente para conseguir mudar a mentalidade dos jovens, por forma a alterarem os seus comportamentos.

Comportamento relativo aos testes VIH

Sabe-se que actualmente o prognóstico da infecção VIH pode ser largamente melhorado quando iniciado antes do aparecimento de sintomas ou da doença, e hoje dispõe-se de testes de rastreio fiáveis, económicos e de fácil aceitação. No entanto, é geralmente reconhecido que mesmo as pessoas que acedem aos serviços de saúde não são testadas para a infecção VIH como parte da avaliação do seu estado de saúde, perdendo-se oportunidades de identificação precoce e gestão mais eficiente da saúde individual e colectiva, tendo em conta que o conhecimento da seropositividade VIH resulta na redução de comportamentos de risco.

Apesar de ser do conhecimento geral que um em cada três portugueses conhece uma pessoa seropositiva, metade da população tem receio de fazer testes para diagnóstico da doença por vergonha, e para evitarem ser confrontados com possíveis maus resultados. Efectivamente constatamos que cerca de 8 em cada 10 estudantes, da totalidade da amostra, não marcaram consulta para a execução do Teste da sida, contribuindo para este valor 83.0% de sujeitos do sexo masculino e 72.5% do feminino. Apenas uma minoria de 4.4% da totalidade os inquiridos afirmou que marcou consulta sendo 5.5% do sexo masculino e 3.7% do feminino. Cerca de 19.0% dos inquiridos referiu que não fez marcação por não ter relações sexuais nem usar drogas. Para os inquiridos o local de preferência para a realização do teste de sida o gabinete médico 42.9% sendo de 42.3% para os rapazes e os 43.4% para as raparigas, o que nos a pensar que essa escolha recai pelo facto de aí encontrarem maior privacidade. De destacar ainda os 27.2% dos inquiridos que fazem teste do VIH quando efectuam a doação de sangue. O estudo de Alvarez (2005), numa população universitária tinha detectado 12.0% de testes de VIH e o estudo SIDAdania (2006) também numa população universitária encontrou 26.8% de estudantes. Mais recentemente um estudo conjunto da CNIVIH/sida e da APIFARMA (2007), numa amostra representativa da população em ambos os sexos com mais de 18 anos de idade, encontrou 27.0% de indivíduos que realizaram o teste de VIH. Acresce referir que este valor se reporta `população geral e não a uma população universitária. Estes resultados indicam uma tendência para a realização do teste de despiste do VIH, embora fique muito aquém do desejável.

Com efeito, face a esta panorâmica somos induzidos a questionarmo-nos sobre o problema da percepção da vulnerabilidade face à sida. Este conceito utilizado no início dos anos 90 na reflexão de acções preventivas da VIH/sida, aponta para um conjunto de factores de níveis distintos cuja interacção amplia ou reduz o risco a possibilidade de uma pessoa ser infectada pelo vírus de VIH/sida (Ayres *et. al*, 2003) Curiosamente, o estudo de Freitas (2002), que remete para uma auto-relação com os comportamentos e ou práticas sexuais dos estudantes, veio revelar que 87.8% acham que o seu risco pessoal de poder vir a estar infectado com o vírus da sida é muito pequeno ou nenhum, concluindo que a percepção da vulnerabilidade dos estudantes universitários perante a sida não é independente da área do curso, dado que os estudantes da área de saúde têm uma melhor percepção de vulnerabilidade superior aos dos cursos de outras áreas.

Frequência das relações sexuais

Sabemos que factores individuais, socioculturais e socioeconómicos influenciam o comportamento sexual dos jovens universitários, factores estes ligados directamente à educação e ao meio onde o indivíduo se encontra. A grande maioria dos estudos comprova que quanto mais cedo os jovens abandonam os estudos, menores são suas possibilidades de reinterpretação do universo que cerca, influenciando a sua sexualidade. Na nossa amostra 60.5% dos inquiridos afirmaram ter tido relações sexuais no mês anterior e 81.4% foi a percentagem dos que afirmam já ter tido relações sexuais durante a vida. Estes resultados vão de encontro aos de Cunha-Oliveira *et al.* (2008), quando na sua amostra encontra 22.1% de estudantes que nunca tiveram relações sexuais de qualquer tipo (vaginais, anais ou orais). Concluimos também que 35.4% da amostra não teve parceiro sexual durante o mês passado sendo a percentagem mais prevalente e significativa para as mulheres (37.9% vs 31.6 %) e um percentual 10.9% foi encontrado entre os que afirmaram que tanto eu como o meu parceiro tivemos no teste de VIH negativo". Os nossos resultados vêm assim corroborar alguns estudos realizados em Portugal, solicitando que apesar de a maioria já ter tido relações sexuais, ainda há uma percentagem sem iniciação sexual pelo que deverão ser consideradas intervenções preventivas nestes grupos.

Relação íntima que envolva relações sexuais vaginais e anais

A vivência das relações de amizade íntima na adolescência é fortemente influenciada pelo sexo. Não podemos esquecer que estudamos uma fase de desenvolvimento onde emerge a expressão de uma orientação sexual estável, o que naturalmente cria condições à expressão da intimidade. Em ambos os sexos é dado um valor muito semelhante às relações com o sexo feminino, o que pode estar relacionado, para o caso dos respondentes do sexo feminino, com fenómenos de identificação inter-pares, pela valorização de ideias e sentimentos comuns ou até por processos de socialização muito semelhantes, envolvendo até actividades comuns, e para os respondentes do sexo masculino, por fenómenos que estarão mais relacionados com a necessidade de afirmação perante o sexo oposto, na perspectiva da procura de uma amiga especial que lhes permita nesta fase tardia da adolescência afirmar a sua masculinidade, essencial no seu processo de socialização.

Uma relação sexual íntima não é sinónimo de consumação de um acto sexual mas no nosso estudo constatamos que a relação íntima envolveu para a maioria da amostra (60.8%) relações sexuais, sendo este valor mais elevado no sexo masculino 64.8% do que no feminino 58.2% do feminino com significância estatística. Dos inquiridos que responderam afirmativamente para cerca de 80%, é uma relação monogâmica, isto é (nenhum dos dois tem relações sexuais com outras pessoas, 13.7% afirmam que não e 6% não têm a certeza. As mulheres são as que responderam mais afirmativamente (85.0%) e na posição oposta com 16.7%) figuram os homens. Como diz Paiva & Amâncio (2004), os jovens e neste caso particular as mulheres, acrescentamos, tendem a associar a concepção de amor romântico a conceitos como: paixão, entrega física e emocional e esta associação de conceitos pode conduzir a uma falsa sensação de segurança, da qual decorrem comportamentos de risco, tornando-as assim mais vulneráveis à possibilidade de contaminação por VIH.

Dos que afirmaram ter relações sexuais 40.5% afirmaram ter relações sexuais vaginais apenas com um parceiro e este valor é mais significativo para as mulheres 44.1%. mas cerca de 6 em cada 10 estudantes tiveram este tipo de relações com pessoas diferentes. Já em relação ao sexo anal no último mês nunca este não foi praticado pela quase totalidade da amostra (85.8%) Somente 14.3% da amostra afirma que teve relações sexuais anais com parceiros diferentes uma ou mais vezes sendo este tipo de relação mais frequente entre os homens.

Como já referimos parece-nos preocupante o número de parceiros que usou como método preventivo o preservativo pois 57.4% afirmaram que nunca o usou percentagem esta muito similar aos que tiveram uma ou mais que uma relação sexual vaginal com pessoas diferentes (59.5%), mas quando olhamos para os que tiveram relações sexuais anais constatamos que cerca de um quarto da amostra não usou este método preventivo

No que concerne ao uso de preservativo nos jovens sexualmente activos e com mais que um parceiro sexual Cruz *et al* (1997), afirma que a comparação entre os sexos não é pertinente, pelo facto de no seu estudo apenas onze sujeitos do sexo feminino se enquadrarem nesta situação. É de salientar dentro do grupo do sexo feminino com mais de um parceiro sexual, 36.5% utilizam sempre preservativo. Por sua vez, no sexo masculino, na mesma situação, a percentagem é bastante mais elevada.

Contudo, de acordo com um estudo realizado por Reis & Dessunti (2007), 68.2% dos alunos referiu ter mantido relações sexuais com 2 ou mais parceiros no último ano e o mesmo estudo revelou que os métodos contraceptivos mais utilizados pelos alunos foram o preservativo (34.1%), a pílula anticoncepcional (28.6%), o método de calendário (6.0%) e o coito interrompido (4.4%). No entanto a utilização da pílula como método contraceptivo faz com que muitos jovens não utilizem o preservativo, pois estes preocupam-se mais em evitar a gravidez em detrimento da prevenção do VIH/sida. Cerca de 68.8% dos alunos referiram ainda que consumiam bebidas alcoólicas antes das relações sexuais e 4.0% consumiam drogas (Reis & Dessunti, 2007).

Reportando-nos ao número de parceiros que fizeram o teste da SIDA, a situação é também deveras preocupante tanto para os que tiveram relações sexuais vaginais como anais na medida em que mais de três quartos dos inquiridos o desconhecem com percentuais semelhantes e não significativos entre homens e mulheres. Somente uma pequena franja de 0.9% afirmou que os parceiros com quem tiveram relações sexuais fizeram mais que uma vez o teste da SIDA

Mas ao analisarmos o sexo dos parceiros sexuais envolvidos nas relações sexuais quer elas sejam vaginais ou anais, 46.6% da amostra afirma que só fazem sexo com homens sendo que 75.7% são mulheres e 1.7% homens e a percentagem dos que responderam que fazem sexo tanto com homens como com mulheres, (0.8%) é ínfima mas aumenta substancialmente (35.7%) quando respondem que só fazem sexo com mulheres. Destes o maior destaque, recai como seria de esperar para os homens (88.6%) e também como seria de esperar este percentual aproxima-se do obtido com as mulheres que só fazem sexo com homens.

Capítulo 7: Conclusões

Para melhor consecução do estudo procurámos explicitar os dados epidemiológicos da infecção VIH/sida, conceitos e influências teóricas na prática da educação para a saúde que nos serviram de base para a análise das questões que pretendemos estudar. A revisão de literatura e o estudo empírico que realizámos permitiu-nos retirar algumas conclusões, contributos que nos pareceram válidos para a elaboração de uma síntese clarificadora da problemática em análise e para a sugestão de formas complementares de intervenção que visassem a implementação de estratégias de promoção de comportamentos saudáveis e a prevenção da infecção VIH/sida nas instituições do ensino superior.

Conscientes da limitação que um estudo desta natureza pode suscitar procuraremos, também, sugerir novas linhas de acção/intervenção para futuras investigações.

Desta forma, o presente estudo procurou caracterizar as fontes de informação/conhecimento às quais os estudantes do ensino superior recorrem para esclarecimentos na área da SIDA e simultaneamente identificar o nível de conhecimentos em relação à infecção VIH/sida, as áreas deficitárias na vertente da formação no âmbito da infecção VIH/sida, classificar as estratégias da Educação para a Saúde já aplicadas, os recursos utilizados e avaliação efectuada e ainda analisar os saberes dos intervenientes relacionados com a infecção VIH/sida e os seus comportamentos preventivos bem como os aspectos cognitivos e psicológicos face à percepção da educação para a saúde.

Procurou-se, assim, responder às seguintes perguntas de partida:

1. De que forma as variáveis socio-demográficas e académicas se repercutem na avaliação da educação para a saúde?
2. Em que medida os estudantes do ensino superior participaram/foram alvo de uma prática estruturada de educação para a saúde no âmbito da SIDA?
3. Como é que os estudantes avaliam as práticas da educação para a saúde de que foram alvo?
4. Quais as estratégias utilizadas pelos estudantes por forma a prevenir a infecção pelo VIH?
5. Que factores cognitivos e comportamentais interferem na percepção da avaliação da educação para a saúde na área da SIDA?

Nesse sentido, propôs-se um modelo explicativo e formularam-se as hipóteses em que se previa que:

H₁ - As variáveis socio-demográficas (idade, sexo e local de residência) e as variáveis acadêmicas (curso, ano que frequenta e formação na área da SIDA) têm efeito significativo na avaliação da educação para a saúde na área da SIDA.

H₂ - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis de natureza cognitiva (fontes de informação e saúde e relacionamentos), as variáveis de natureza psicológica (medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos em relação à SIDA e a eficácia percebida dos comportamentos preventivos da SIDA e por fim os comportamentos preventivos identificados) e a variável dependente, educação para a saúde na área da SIDA.

Concluiu-se que as mesmas viriam a ser parcialmente aceites, como foram oportunamente descritas na segunda parte, nos pontos 12 e seguintes do capítulo 5, dedicado aos resultados.

Para estudar esta problemática, recorreu-se a uma amostra de 2002 estudantes, que permitiu definir o perfil dos mesmos da seguinte forma:

Assim, se procurássemos traçar o perfil sócio-demográfico dominante dos estudantes, encontraríamos um jovem do sexo feminino, com uma idade média de 21.76 anos, solteira, residente na zona urbana, que cohabita com os pais, um irmão e outros familiares, está inserida numa família em que os progenitores possuem maioritariamente como habilitações literárias a antiga quarta classe, o pai exerce a profissão de operário, artífice e trabalhadores similares, e a mãe trabalhadora não qualificada. Pratica alguma religião e não possui actividade remunerada.

Como reflexões, sobre os resultados encontrados e no que respeita à primeira questão “De que forma as variáveis socio-demográficas e académicas se repercutem na avaliação da educação para a saúde?” o estudo, leva-nos a considerar ser possível que:

- As áreas do curso com maior participação de estudantes no presente estudo, foram as áreas da saúde destacando-se pelos seus percentuais o curso de Enfermagem e o curso de Medicina;
- Cerca de 7 em cada 10 estudantes encontravam-se no primeiro ano e a percentagem de inquiridos que frequentam o 3º e o 4º ano e 5º anos era bastante reduzido.

Quanto à segunda questão “Em que medida os estudantes do ensino superior participaram/foram alvo de uma prática estruturada de educação para a saúde no âmbito da SIDA?”, verificamos que:

- Cerca de dois terços dos estudantes, maioritariamente rapazes, afirmaram que não tiveram qualquer tipo de formação na área da SIDA e entre os que tiveram cerca de 7 em cada 10 eram raparigas;
- Quanto às fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA os estudantes consideram “os assuntos relacionados com a infeção VIH/SIDA importantes” (Média=4,82); procuram manter-se “informados acerca da infeção VIH/SIDA” (Média=3,99); consideram-se adequadamente preparados, para abordar tópicos relacionados com a educação para a saúde, na área da SIDA” (Média=3,80); e obtiveram os conhecimentos sobre SIDA através da leitura de material informativo (cartaz, panfleto, brochuras, revistas, livros) ” (Média=3,74);
- Concluiu-se ainda que para 42.0% são fracas as fontes de informação/conhecimentos sobre a SIDA sendo esta mais prevalente entre os rapazes;
- Por outro lado, concluiu-se também que o sexo feminino apresentava índices mais elevados, sobre as fontes de informação/conhecimentos em relação à SIDA no que tange aos meios de comunicação/educação pelos pares, formação, profissionais de saúde/pais e familiares e valor global da escala, e o sexo masculino em relação às fontes de informação/conhecimentos em relação à SIDA nas instituições de saúde/educação e nos interesses pessoais;
- Foram os jovens com idades compreendidas entre os 19-25 anos que apresentaram índices consentâneos com melhores fontes de informação/conhecimentos no que se refere às instituições de saúde/educação, meios de comunicação/educação pelos pares, formação, interesses pessoais e fontes de informação /conhecimentos sobre a SIDA no global, enquanto os de idade superior a 25 anos nos interesses pessoais;
- Os valores médios apontam para melhor utilização das fontes de informação/ conhecimentos sobre SIDA nos estudantes que frequentam o último ano nos que são oriundos dos cursos da área da saúde e nos que tiveram formação na área da SIDA.

Em relação à terceira questão “Como é que os estudantes avaliam as práticas da educação para a saúde de que foram alvo?” concluímos que:

- No referente à saúde e relacionamento concluiu-se que o sexo masculino só apresentava valores superiores mas não significativos em relação ao feminino no que respeita aos conhecimentos para a prevenção da SIDA e que os inquiridos com idades superiores a 25 anos foram os que apresentaram menores níveis de informação global sendo no grupo com idades entre os 19 e 25 anos que se destacaram melhores valores em relação às crenças comuns aos estudantes, defesa incorrecta de informação sobre SIDA e valor global da escala mas diferenças só foram significativas nas subescalas, defesa incorrecta de informação sobre SIDA e valor global da escala;
- Por outro lado, os resultados indicaram índices mais elevados em todos os factores da escala Saúde e relacionamento, excepto no que respeita aos conhecimentos para a prevenção da SIDA, nos estudantes que frequentam cursos da área da saúde e nos que tiveram formação na área da SIDA, dando ainda primazia para quem frequenta o último ano;
- Ponderou para 34.8% dos inquiridos uma fraca motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA, sendo no sexo feminino, nos participantes mais jovens, nos que frequentam o primeiro ano e cursos na área da saúde que se verificaram maiores índices na motivação para pôr em prática comportamentos preventivos relativos à SIDA;
- Em relação à eficácia percebida sobre comportamentos preventivos da SIDA o maior valor percentual (53.2%) recaiu nos que foram classificados como tendo boa eficácia, com primazia para as estudantes. Por outro lado os índices médios apontaram valores mais elevados para os inquiridos que frequentam cursos na área da saúde e para os que se encontravam no último ano.

Quanto à questão “Quais as estratégias utilizadas pelos estudantes por forma a prevenir a infecção pelo VIH?” os resultados obtidos permitiram concluir que:

- Em relação aos comportamentos preventivos da SIDA, a discussão sobre sexo seguro processou-se frequentemente e sempre em 46.6% da amostra mas cerca de 2 em cada 10 dos inquiridos nunca discutiram esse assunto;
- A tentativa de persuasão para praticar sexo seguro foi efectuada em 46.2% dos inquiridos com maior prevalência entre os homens recaindo também sobre estes a aquisição de preservativos, contudo, em relação à acessibilidade aos preservativos, 37.8% afirmou nunca tê-lo adquirido, mas cerca de 4 em cada 10 homens e 3 em 10 mulheres afirmam tê-lo sempre acessível;

- Já no que se refere à frequência da sua utilização durante as relações sexuais no último mês, 26.0% do total da amostra afirmou não o utilizar, mas sete em cada dez estudantes não se protegeram quando tiveram relações sexuais vaginais no último mês sendo mais elevado o valor percentual entre as mulheres;
- Cerca de 8 em cada 10 estudantes, da totalidade da amostra não marcaram consulta para a realização do teste da SIDA alegando não terem relações nem usarem droga. Contudo um percentual (10.9%) foi encontrado entre os que afirmaram que “tanto eu como o meu parceiro tivemos teste VIH negativo”;
- A frequência das relações sexuais no mês anterior ocorreu em 60.5% do total da amostra e 81.4% já tiveram relações sexuais durante a vida. Para os inquiridos a relação actual íntima envolve relações sexuais, que foi para cerca de 80% monogâmica. Já no que se refere à frequência das relações sexuais no último mês com pessoas diferentes, cerca de 6 em cada 10 estudantes afirmaram ter uma relação sexual vaginal, sendo que 40.5% afirmaram ter relações sexuais vaginais apenas com um parceiro, mas é preocupante a percentagem (59.5%) dos que nunca usaram preservativos, tanto mais que 84.6% dos inquiridos desconhecem o número de parceiros que o efectuaram o teste da SIDA;
- O sexo anal foi praticado por uma pequena franja dos inquiridos no último mês, mas 14.3% da amostra afirmou que teve relações sexuais anais com parceiros diferentes uma ou mais vezes sendo este tipo de relação mais frequente entre os homens. Neste tipo de relação cerca de um quarto da amostra não usou preservativo e entre os que usaram 69.7% fê-lo só com um parceiro. Todavia, não tiveram conhecimento da realização teste da SIDA entre os parceiros com quem tiveram relações sexuais anais e 30.4% não utilizou preservativo nesse tipo de relação;
- Foi ínfima a percentagem (0.8%) dos que responderam que fazem sexo tanto com homens como com mulheres, mas dos parceiros sexuais envolvidos nas relações sexuais quer elas sejam vaginais ou anais, 46.6% da amostra só faz sexo com homens sendo que 75.7% são mulheres e 1.7% homens;
- Quanto ao comportamento dos estudantes em relação aos testes do VIH, o maior valor percentual recaiu nos estudantes que afirmaram não realizar o teste da SIDA, sendo este mais prevalente entre as mulheres (71.0%). O local para a sua realização foi para 42.9% o gabinete médico;

Finalmente no que se reporta à última questão “Que factores cognitivos e comportamentais interferem na percepção da avaliação da educação para a saúde na área da SIDA? constatou-se que:

- Na “Avaliação da educação para a saúde na área da SIDA”, foi avaliada como inadequada por 36.4% da amostra;
- Os estudantes mais jovens, que tiveram formação na área da SIDA, que frequentam o primeiro ano, oriundos das áreas da saúde, e as raparigas apresenta índices médios mais elevados no que respeita à percepção sobre a avaliação da educação para a saúde. Todavia, os estudantes residentes na aldeia percebem melhor os conteúdos, os da vila os recursos educativos e os da cidade o processo de aprendizagem, os métodos educativos e em suma todo o processo de educação para a saúde;
- Instituições de Saúde/Educação, Fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA, Crenças comuns dos estudantes, Dificuldade em ter comportamentos preventivos, Defesa incorrecta, Falar sobre sexo seguro e Eficácia comportamentos preventivos, constituíram-se como preditoras da avaliação da educação para a saúde em relação aos recursos educativos;
- As Fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA, Saúde e relacionamento, Instituições de Saúde/Educação, Falar sobre sexo seguro e Crenças comuns dos estudantes associaram-se ao processo de aprendizagem;
- Em relação aos conteúdos obtiveram-se como variáveis preditoras as Fontes informação/conhecimentos sobre SIDA, “Crenças comuns nos estudantes”, “Instituições de Saúde / Educação” e “Dificuldade em ter comportamentos preventivos” que explicam na sua globalidade 13.0 % de variabilidade;
- Constituíram-se como preditores dos métodos educativos os Meios de comunicação/educação pelos pares, Formação, Crenças comuns dos estudantes, Falar sobre sexo seguro, Fazer teste de SIDA, Instituições de saúde/educação e Saúde e relacionamentos;
- Finalmente na avaliação da educação para a saúde (valor global), encontraram-se como preditoras as variáveis Fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA, Falar sobre sexo seguro, Instituições de saúde/educação, Saúde e relacionamento, e Crenças comuns aos estudantes.

Conforme mostra o presente estudo, apesar de todos os esforços, a percentagem de estudantes que ainda não adopta medidas preventivas, ainda é preocupante, o que indica que ainda falta um longo caminho a percorrer, mas não impossível, para travar esta pandemia.

A realização deste trabalho possibilitou-nos fazer a distinção entre o que já foi feito no âmbito da Educação para a Saúde para prevenção da transmissão do VIH/sida. Percebemos que apesar de haver uma grande panóplia de estudos realizados nesta área, principalmente sobre os jovens, e desses estudos se extraírem conclusões óbvias, não são suficientes para se tomarem atitudes mais agressivas da parte de entidades competentes.

Do nosso ponto de vista, pensamos que para que se possa de alguma forma travar este flagelo global é necessário investir na educação para a saúde. No entanto esse investimento não poderá ser feito de qualquer forma, mas terá de ser arquitectado e realizado de modo a que tenha o máximo efeito no público-alvo que no caso vertente são os jovens.

Mas como se tornará isso possível? Embora seja difícil responder a esta questão pensamos ser fundamental que o conteúdo e a forma de transmissão da mensagem seja compreensível e lógica para o jovem, ou seja, não adianta insistir em aconselhar um tipo de comportamento que não faz sentido para os jovens, e que seja incompatível com a sua realidade.

As áreas de intervenção para a saúde que têm sido mais abordadas, no caso da educação para a saúde direccionada para os jovens, passam pela promoção do uso do preservativo. Este estudo demonstrou que a educação para a saúde é eficaz, no entanto deve ser reforçada em áreas como o uso do preservativo, pois apesar de ser um tema bastante abordado, ainda subsiste alguma resistência à sua utilização, bem como falsas crenças sobre a transmissão do VIH/sida e na não discriminação de indivíduos seropositivos.

Além disso, apesar de os jovens terem um círculo de amizades, regra geral, restrito a pessoas da mesma idade, foi possível inferir que as informações que provêm dos pares não são as mais eficazes para a alteração de comportamentos, pelo que na nossa opinião, a educação para a saúde realizada por professores e profissionais de saúde, ao longo de um determinado tempo poderá ser mais eficaz.

Em quaisquer dos estudos analisados e que serviram de suporte teórico à nossa pesquisa, conclui-se que era preciso direccionar os esforços no sentido de incrementar a educação para a saúde, pelo que é nossa sugestão investir-se na educação contínua e integrada no ensino superior, leccionada sobretudo por profissionais de saúde e da educação de forma multidisciplinar.

No nosso estudo também podemos concluir que há diferença nos conhecimentos e atitudes face ao VIH/sida entre homens e mulheres, já que estas mostraram um nível de conhecimentos superior e uma percentagem de comportamentos de risco mais reduzida. Na nossa perspectiva esta constatação pode dever-se ao contexto sociocultural que incentiva o homem a ter certo tipo de comportamentos para por um lado provar a sua virilidade, e por outro haver um conceito que ainda discrimina as mulheres no que diz respeito à actividade sexual.

Também percebemos que existem várias formas de efectuar educação para a saúde direccionada para o jovem, porém nem todas apresentam o mesmo grau de eficácia, pois como pudemos analisar, a educação de pares tende a não ser a mais eficaz quanto à mudança de comportamentos e atitudes dos jovens, uma vez que estes tendem a valorizar mais a informação fornecida pela comunicação social e principalmente pelos professores.

Investigações Futuras

Em suma, podemos dizer que são necessárias alterações nos modelos de Educação para a saúde no âmbito do VIH/sida, pois estas não estão a revelar um nível de eficácia satisfatório, bastando para isso analisar os números oficiais. Por outro lado, não há em Portugal, uma Educação para a Saúde estruturada e organizada que motive os jovens à mudança de comportamentos, pois apesar de muitos deles terem conhecimentos, não se regista alteração dos comportamentos de risco. Essa motivação passa também por fazer perceber que a SIDA não é apenas um problema dos outros e que pode afectar qualquer um que não tome medidas de prevenção. Nesse sentido sugerimos as seguintes intervenções:

- Promover discussões com estudantes do ensino superior sobre a problemática do VIH/sida, nos seus aspectos relacionais e técnico-científicos;
- Criação de gabinetes de apoio, no próprio campus universitário e politécnico, com parcerias competentes no ramo;
- Continuação da elaboração de projectos de educação pelos pares no Ensino Superior;
- Divulgar o nosso estudo a entidades responsáveis pela educação/formação neste campo com a finalidade de criar estratégias cada vez mais activas e eficaz para colmatar este flagelo do VIH/sida, no Ensino Superior;

Em futuros projectos aconselhamos dar continuidade a todos os temas das formações, dando especial atenção à "Defesa de informação incorrecta sobre VIH/sida". Também se deve

continuar a apostar na Educação pelos Pares devido a sua eficácia demonstrada em outros contextos. Como fomos constatando ao longo da nossa pesquisa as teorias do comportamento sugerem que os indivíduos recebem e aprendem grande parte da informação através dos pares e que a influência destes é extremamente importante nas expectativas, atitudes e comportamentos dos indivíduos. Vários autores referem que os indivíduos confiam, dão mais credibilidade e são mais influenciados por um educador com o qual se identifiquem. Contudo estes estudos deixaram-nos a dúvida se esta metodologia teria viabilidade numa população universitária em que a influência do grupo é menor e onde se estabelecem relações significativas com um menor número de indivíduos. Seria importante num futuro próximo testar esta metodologia com os estudantes do ensino superior.

Porém a avaliação dos resultados não pode deixar de ser influenciada por algumas limitações da investigação realizada, impondo prudência na sua interpretação e generalização. Entre as principais limitações inerentes ao estudo em si, destacam-se a complexidade conceptual do tema e a dificuldade de operacionalizar a variável conexa do nosso estudo, para além de outros aspectos que iremos abordar seguidamente.

Limitações do estudo

A estratégia metodológica desenhada para este estudo teve em conta o tipo de estudo realizado e os objectivos traçados. Tais objectivos levaram-nos a definir uma amostra suficientemente ampla que conseguisse traduzir resultados fiáveis e a eleger como instrumentos de medição questionários de auto-resposta, que como refere Sampieri *et al.* (2003), são os instrumentos mais adequados para se estudar no mais curto espaço de tempo um grande número de sujeitos.

Em todas as situações do dia-a-dia nunca deixamos transparecer completamente aquilo que somos e sentimos. Quando adoptamos determinado papel social, assumimos uma determinada fachada durante a interacção. É evidente que a utilização dos questionários de auto-resposta com uma única aplicação para avaliar a prática da educação para a saúde na área da SIDA, permitem-nos apenas um grau de precisão subjectivo que a nosso ver seria ultrapassado com a aplicação de instrumentos objectivos tais como observação de comportamentos, metodologia impraticável, face ao tamanho da nossa amostra.

Por outro lado, há ainda a considerar as limitações que encontramos quando trabalhamos com o público em geral e neste particular com estudantes, já que os resultados, dependem da

honestidade e sinceridade do estudante, isto é, as suas respostas são habitualmente dirigidas mais a condutas desejáveis e não tanto às que na realidade acontecem.

Apesar dos esforços encetados junto dos Conselhos Directivos das instituições do ensino superior nas áreas das Tecnologias não foi possível a obtenção de uma amostra de estudantes representativa da população estudantil que na época frequentava o ensino superior nos 1º e últimos anos, daí que a proporcionalidade destes estudantes por ano e estabelecimento de ensino não foi tida em consideração, embora todos os anos, cursos e instituições se façam representar.

Tal como afirma Sampieri *et al.* (2003, p. 251), a validade externa refere-se “à possibilidade de generalizar os resultados de um experimento ou situações não experimentais bem como a sujeitos ou outras populações” e esta só seria possível se tivéssemos recorrido a uma amostra que fosse representativa e proporcional dos estudantes do ensino superior. Contudo, para Shaughnessy *et al.* (2007), esta não poderá estar comprometida não tanto pelo N da amostra, mas porque o teste último para essa validação é a reaplicação. Face a estes factos limitativos, a pesquisa está condicionada às nossas opções metodológicas, o que nos impede de generalizar os resultados à população estudantil que frequentava o ensino superior durante o período em que decorreu o trabalho de campo desta investigação e carece de confirmação em outros estudos do mesmo âmbito com amostras mais alargadas.

No que se refere aos instrumentos de avaliação utilizados, após análise dos resultados, entendemos terem sido adequados. Primeiro porque como referido na metodologia mede um constructo das fontes de informação dos conhecimentos relacionados com a SIDA, e segundo por ter viabilizado outra perspectiva na dinâmica da prática da educação para a saúde, conforme se verificou no modelo de análise e até passível de introduzir novas formas de pensar e realizar a educação para a saúde na área da SIDA.

Outra preocupação presente desde o início do estudo foi a de obviar os enviesamentos nos resultados obtidos, controlando, nomeadamente, as variáveis ditas “concorrentes” ou “parasitas”. Temos consciência que tal nem sempre foi conseguido pois é quase impossível dispor, em meio escolar, de condições que permitam recolher nas diferentes escolas a informação em completa paridade, pelo que reconhecemos não terem sido reunidas as condições para poder afirmar que os dados obtidos foram adequadamente controlados.

Apesar das eventuais limitações consideramos que os resultados obtidos, nos permitem, por um lado, adquirir um conhecimento mais real sobre a problemática da infecção VIH/sida e, por outro, poderão constituir um contributo valioso ao nível da prevenção primária, já que a sua

divulgação poderá sustentar uma intervenção pedagógica focalizada no jovem, porque é nesta fase de vida que ele atravessa momentos de ruptura e de novas adaptações, nem sempre fáceis, tanto a nível psicossocial como fisiológico. Somente uma acção conjunta de todas as estruturas sociais será capaz de produzir uma melhor e real prevenção da infecção VIH/sida e da promoção de comportamentos saudáveis, embora não existam dúvidas que o primeiro passo é a consciencialização individual e uma prática assertiva da actividade sexual.

Apesar das limitações inerentes, o nosso estudo foi ao encontro de todos os nossos objectivos e tentamos deixar o nosso contributo para uma melhor compreensão desta problemática. Essencialmente desejamos que se abram novas portas para projectos futuros, que incluam estas e outras variáveis.

Implicações práticas

A prevenção da SIDA como uma questão de cidadania, que afecta toda a sociedade, consideramos este trabalho de investigação como mais uma contribuição à nossa forma de pensar e estar, não só no âmbito da instituição como agente educativo, como principalmente, na sociedade em geral.

Em Portugal, e em outros países europeus, o aumento crescente do peso do grupo de indivíduos infectados com VIH/sida no conjunto da população constituiu uma preocupação central de todos os governos, não só pela ameaça que representa para o equilíbrio da sociedade, mas também, pela dificuldade crescente em evitar o seu desenquadramento e marginalização social. A dificuldade está, pois, em saber que mudanças rápidas são necessárias implementar e como podem ser geridas de maneira a diminuir o número de novos casos de infecção VIH/sida e, simultaneamente, manter um nível de solidariedade e garantir a continuidade da integração social dos indivíduos infectados.

Tratando-se de uma área de estudos importante e de grande pertinência actual, pensamos estar a contribuir para uma alteração de comportamentos e atitudes face à infecção VIH/sida, por parte dos estudantes; julgamos conseguir despertar o interesse dos dirigentes das instituições do ensino superior para a importância de leccionar estes conteúdos e realizarem acções de sensibilização/informação através de uma Educação para a Saúde eficaz e realista, tendo como premissa o conhecimento da comunidade escolar.

Desta forma, com este estudo, obtivemos algumas respostas às questões de partida, atingindo os objectivos a que nos propusemos. Assim, como implicações práticas seria importante:

- Que se promovam discussões com os estudantes sobre a problemática da SIDA, nos seus diferentes aspectos relacionais, comunicacionais e técnico-científicos;
- Que se dinamize a discussão de situações reais, nas equipas pedagógicas com o objectivo de permitir a partilha de saberes dos diferentes profissionais, como intervenientes na promoção da saúde e prevenção do VIH/sida;
- Que se enfatize, no ensino teórico e prático, a importância da educação para a cidadania, para desta forma alterar o estigma presente nesta doença.

Para além das sugestões já referenciadas, e atendendo a que actualmente a única forma de parar a epidemia é a prevenção, concordamos que as práticas de prevenção privilegiam a informação assumindo ser possível modificar o comportamento individual pela comunicação de mensagens e utilização de diferentes estratégias, devendo ainda privilegiar-se o contacto pessoal à informação de massas.

Da análise dos programas de saúde, a maior parte do esforço aponta não para uma socialização primária (família) ou secundária (escola), mas sim para a re-socialização do adulto.

Julgamos também oportuno referir que o papel do Estado precisa de ser mais activo e eficaz criando medidas específicas que ajudem a colmatar as necessidades e défices dos agentes educativos que estão no terreno, definindo igualmente o campo das responsabilidades dos técnicos, serviços e dos próprios indivíduos, como cidadãos. Por sua vez, as novas políticas de saúde reclamam da parte do Estado um papel igualmente activo na promoção de novas atitudes e comportamentos (saudáveis), o conhecimento, a formação e a informação acerca da SIDA apresentam-se como um dos aspectos mais relevantes, susceptíveis de reforçar as capacidades promotoras de saúde da sociedade e as competências sociais (pessoais, relacionais, profissionais) dos agentes educativos.

Os estabelecimentos de ensino deveriam implicar toda uma lógica de organização do trabalho e de gestão, de modo a levar à substituição das tradicionais estruturas piramidais, autoritárias e rígidas, por outras, matriciais, participativas e flexíveis, mais próximas dos estudantes e da comunidade escolar.

Torna-se urgente, avançar para uma política de prevenção que previna e se abandonem as intervenções vulneráveis, que além de porem em risco a percepção da eficácia das intervenções pontuais, poderão por em risco a percepção da eficácia da própria prevenção, em geral.

Como pista final, é necessário criar um grupo de investigação das práticas pedagógicas, conducentes à elaboração de novos modelos de formação. Assim pretendemos divulgar os resultados do trabalho junto das instituições e sugerir reformulação dos conteúdos, referentes à formação /educação no âmbito da SIDA.

Em suma, o que se pretende com este estudo é contribuir para o incentivo de pesquisas sobre o tema na área da educação numa perspectiva histórico-cultural e para a orientação de projectos nas questões que digam respeito à SIDA e à infecção por VIH.

Referências Bibliográficas

- Afonso, E. & Lucas, A. (2001, Julho/Agosto). A sexualidade na adolescência. *Servir*, Vol.49 (nº4), 165-171.
- Aires, J. (2000). *Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios actuais*. [em linha]. Interface - Comunic, Saúde, Educação. [consult. em 10 de Maio de 2008]. Disponível em [www.<URL:http://interface.org.br/revista11/ensaio1.pdf>](http://interface.org.br/revista11/ensaio1.pdf)
- Alarcão, M. (2000). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- Albuquerque, C., Pereira, A. & Ferreira, P. (2008). O Consumo do álcool e comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Indústrias Gráficas, Lda.
- Almeida, A., Silva, C. & Cunha, G. (2003). *Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre SIDA dos adolescentes portugueses do meio urbano e não-urbano. Os adolescentes e o HIV/SIDA*. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
- Almeida, A., Silva, C. & Cunha, G. (2005). Os adolescentes e o VIH/SIDA: estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao VIH/SIDA. *Saúde dos adolescentes*, Vol. 23 (nº 2), 105-113.
- Alvarez, M. & Oliveira, M. (2007). Programa de prevenção do HIV/SIDA para estudantes universitários: um estudo piloto. *Revista Portuguesa de Educação* Recuperado em 10 de Abril 2008, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpe/v20n2/v20n2a07.pdf>.
- Alvarez, M. (2005). *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Lisboa: Fundação Calosute Gulbenkian: Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Amaral, A. & Saldanha, A. (2006). *A vulnerabilidade à AIDS associada ao uso de álcool por adolescentes*. Recuperado em 24 de Março 2008, de <http://www.aidscongress.net/comunicacao.php?num=303>.
- Amaro, F. (2004). *Inquérito às opiniões, atitudes, conhecimentos e comportamentos face à sida da população portuguesa dos 15 aos 69 anos*. Lisboa: Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.

- Amaro, F. & Cunha – Teles, L. (2006). *A SIDA em Portugal e o Contexto Sociopolítico*. Fundação N. S. do Bom Sucesso. Lisboa.
- Antunes, M. (2002). Diferenças na prevenção da AIDS entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo *Saúde Pública, Vol.36* (nº 4), 88-95.
- Antunes, M. (2005). Comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior: influências de factores individuais e familiares. Teses. Referência. 2ª Série, nº1, p.89.
- Araújo, M. T. (2005). *SIDA no Feminino*. Coimbra. Formasau.
- Araújo, R. (2004). Comportamento de estudantes aumenta risco de contágio do HIV. *Diário de Notícias*. Recuperado em 12 de Maio de 2008, de http://dn.sapo.pt/2004/11/30/sociedade/comportamento_estudantes_aumenta_ris.html>
- ARCAT-SIDA. *SIDA*. (1997). Lisboa: Texto Editora.
- Ashworth, C. (1992). An evaluation of a school-based AIDS/HIV education programme for high school students. *Journal of adolescent health*. vol. 13, no. 7, pp. 582–88.
- Associação de Informação, Educação e Promoção de Saúde (1994). *Guia*.
- Associação para o Planeamento da Família. (2005). Declaração do IMAP sobre VIH/SIDA: uma visão global. *Boletim Médico da IPPF, Vol. 39*(nº2), 1-4.
- Ayres, J. (2002). Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec.
- Azevedo, R. (2006). Frequência do uso de preservativo e percepção de vulnerabilidade para o HIV entre os adolescentes. *7º Congresso: Comunicação: Ciência Social e Comportamental*. Recuperado em 22 Março 2008, de [.http://www.aidscongress.net/article.idcomunicacao301](http://www.aidscongress.net/article.idcomunicacao301)>.
- Babo, M. (2001). Para uma semiótica do corpo. In *Revista de Comunicação e Linguagens*, (nº 29), 255-269. Lisboa: CECL.
- Balint, M. (1998). *O médico, o seu doente e a doença*. Lisboa: Climepsi.
- Baptista, A., Carvalho, M. & Brites, J. (2005). Estudo sobre transmissão do vírus da SIDA entre estudantes universitários. *IV Simpósio sobre Sexologia*. Lisboa.
- Barbosa, A. (1987, Setembro). Educação para a saúde: determinação individual ou social? *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Nº 23, pp.169-183.
- Barreira, D. (2000). Género e estado civil no auto-conceito: um estudo comparativo e correlacional. *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 253-258. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Barros, H. (2004). Professor Henrique de Barros não tem dúvidas: não tem havido um programa de ataque organizado à SIDA. *Informação SIDA e outras doenças infecciosas*. Ano VII (nº 43), pp. 6-8. Lisboa.
- Basch, C. (1989). Preventing AIDS through education: concepts, strategies, and research priorities. *Journal of school health*, Kent, Vol. 59 (nº 7), pp. 296–300.
- Benavente, A. (1996). *A literacia em Portugal: resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Biscaia, J. (2006, Dezembro). Princípio: vulnerabilidade. *Cadernos de bioética*, Ano 17 (nº 42), pp. 295-302. Coimbra.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Borrel, F. (1989). *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma.
- Bourdieu, P. (1987). O estado, a sociedade e as políticas de ciências sociais: o caso das políticas de saúde. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (nº 23), pp. 13-74. Coimbra: CES.
- Bourdieu, P. (1998). *O que falar quer dizer: a economia das trocas linguísticas*. Lisboa: Defel.
- Bourdieu, P. (1999). *A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicos*. Petrópolis: Vozes.
- Brasil, L. (2000). Mudanças no comportamento sexual do adolescente decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social. *Análise Psicológica*. Série 18 (nº4), pp. 465-483. Lisboa.
- Braunstein, F. & Pépin, J. (1999). *O lugar do Corpo na Cultura Ocidental*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Brites, A. (2001). O corpo e o prazer segundo Roland Barthes. In *Comentário, Revista Crítica de Ciências Sociais e Humanas*, (nº2), pp. 16-19. Lisboa: NEAFCSH.
- Bryman, A. & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Editores.
- Caíres, S. & Almeida, L. (1998). Estratégias curriculares: avaliação das vivências e percepções na transição do mundo académicos para o mundo do trabalho. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 3, pp 83-96.
- Cano, M., Zaia, J., Neves, F. & Neves, L. (2007). O conhecimento de jovens universitários sobre AIDS e sua prevenção. *Revista eletrónica de enfermagem*, Vol. 9 (nº 3), pp.752. Recuperado em 18 de Março 2008, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a14.htm>.
- Carvalho Teixeira, J. (1993). *Psicologia da saúde e SIDA*. (Coleção Estudos). Lisboa: ISPA.
- Carvalho Teixeira, J. (1993). Representações sociais da SIDA entre os médicos. *Análise Psicológica*. Vol. 11(nº 2), pp. 287-290.

- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2005). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa: Lusociência, pp.15-25.
- Carvalho, E., Atanázio, E. & Saldanha, A. (2006). Vulnerabilidade ao HIV/ Aids: um estudo com adolescentes femininas. Aids Congress.net. URL <http://www.google.pt/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&q=Vulnerabilidade+ao+HIV%2f+Aids%3a+um+estudo+com+adolescentes+femininas>.
- Carvalho, M. & Baptista, A. (2006). Modelos teóricos acerca dos determinantes dos comportamentos preventivos na transmissão do vírus da imunodeficiência humana. *Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento, Ano 8 (nº1)*, 161-168.
- Carvalho, M. & Baptista, A. (2006). O modelo informação-motivação: aptidões comportamentais para a compreensão do uso de preservativos. *6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Universidade do Algarve.
- Carvalho, M. (1999). *O modelo informação-motivação-aptidões comportamentais: estudo dos determinantes dos comportamentos preventivos na transmissão do VIH em jovens adultos*. Tese de mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Castilla, J. & Belza, M. (1999). Epidemia mundial. In Soriano, V. & González-Lahoz, J. *Manual del SIDA*, pp.166-177. Madrid: IDEPSA.
- Castro, L. (2007). *Politização (necessária) do campo da infância e da adolescência*. Recuperado em 14 de Maio de 2008, de <http://fafich.ufmg.br/~psicopol/seer/ojs/viewarticle.php?id=32>>.
- Cenelli, B. (1994). Applying co-operative learning in health education. *Journal of School Health, Kent, Vol. 64 (nº 3)*, pp. 99-102.
- Centers for Disease Control. (1988). Guidelines for effective school health education to prevent the spread of AIDS. *Morbidity and mortality weekly report, Vol. 37 (nº S-2)*, pp.1-13.
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2007). *Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2007*. Recuperado em 15 de Dezembro 2008, de www.aidsportugal.com/recursos/sida122007.fev2008.pdf>.
- Chaves, C. (2005). *Educação para a Saúde e SIDA nos cuidados de saúde primários*. Universidade de Coimbra: Faculdade de Medicina. Dissertação de Mestrado.
- Cláudio, V. & Sousa, P. (2003). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA *Análise Psicológica, Vol. 2 (nº21)*, pp. 159-174.
- Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (2007). *Programa nacional de prevenção e*

- controle da infecção pelo VIH/SIDA - 2007/2010*. Recuperado em 9 de Maio de 2008, de <http://www.sida.pt>.
- Costa, E. (2005). *Um olhar sobre a saúde dos estudantes do ensino superior*. Estudos e Documentos. Lisboa: Instituto Piaget.
- Costa, E. (2006). *Avaliação da eficácia relativa de duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção à prevenção da SIDA e promoção da saúde em mulheres com risco para o VIH*. Dissertação de doutoramento, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Costa, M. (1995). *Percepções dos jovens sobre a problemática da SIDA: a intervenção educativa e a intervenção médica na escola na prevenção da SIDA*. Tese de mestrado, Faculdade de Medicina, Coimbra.
- Crosby, R. (1996). Combating the illusion of adolescent invincibility to HIV/AIDS. *Journal of school health*, Kent, Vol. 66 (nº 5), 186–90.
- Cruz, J. (1997). Prevenção do VIH e da SIDA nos adolescentes e jovens adultos: investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 279-304. Recuperado em 20 de Junho 2008, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5349>
- Cruz, J. *et. al* (1997). Comportamentos, atitudes e práticas sexuais dos estudantes universitários. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. Vol. 2, nº2, pp.279-304.
- Cunha-Oliveira, A. (2007). *O uso e o não uso do preservativo numa população jovem: contributo para a compreensão dos factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/Sida*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.
- Cunha-Oliveira, A., Cunha-Oliveira, J., Pita, J. & Massano Cardoso, S. (2008). Os jovens universitários e a prevenção do VIH/sida. IX Congresso Virtual HIV/AIDS. Aidscongress_net.
- Denson, D.R. (1993). Factors that influence HIV/AIDS instruction in schools. *Adolescence*, Vol. 28 (nº 110), pp. 309-14. San Diego.
- Dias, F. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Dias, I. (2008). *Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais: um estudo no ensino superior*. Universidade de Aveiro: Departamento de Ciências da Educação. Dissertação de Doutoramento.

- Dias, J. (1998). Do trapezista sem rede às redes dos equilíbrios. *Interacções*, (nº 7), pp. 103-110. Coimbra.
- Dias, S. & Gonçalves, A. (1998). *Desenvolvimento de competências no âmbito da promoção de comportamentos sexuais saudáveis e prevenção de HIV/SIDA/DST's*. Lisboa.
- Dias, S., Matos, M. & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – Implicações para a uma intervenção. *Psicologia, Saúde e Doenças*, ano/vol. III, nº 001. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa, pp. 89-102.
- Dick, B. (2007). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Diniz, A. (2001). *Crenças, Escolha de Carreira e Integração Universitária*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho, Braga.
- Duarte, S. (2002). *Saberes de Saúde e de Doença – Porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra: Quarteto Editora.
- Durham, G. & Plant, A. (2005). Strengthening workforce capacity for population health. *The Public Health Education and Research Program*, Austrália.
- Dworkin, S. L.; Beckford, S. T. & Ehrhardt, A. A. (2006). Sexual scripts of women: a longitudinal analysis of participants in a gender-specific HIV/STD prevention intervention. *Arch Sex Behav.*, pp. 269-279. Nova Iorque.
- Education International World Health Organization (2001). *Training and resource manual on school health and HIV/AIDS prevention*. Geneva, Switzerland.
- Elias, N. (1989). *O Processo Civilizacional, Investigações sociogenéticas e psicogenéticas*, 1º e 2º vol., Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- EuroHIV (2006). *HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005*. (Nº 73), Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.
- Fernandes, A. (2000). *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*, Vol. 1, pp. 3-152. São Paulo: Editora Atheneu.
- Fernández García, C., Molina Quilis, R., Ramírez Sampedro, C., Pérez Pérez E., Castilla Catalán, J. & Marrodán Gironés, J. (2000). Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH tras la intervención escolar *aulasida*, 1996-1997. *Revista Española de Salud Pública*, Vol 74 (nº2), pp.163-176.

- Ferreira, P. (2008). Juventude, género e sexualidade em Portugal. *Fazendo Gênero 8- Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis.
- Fisher, J. & Fisher, W. (1996). The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of AIDS risk behavior change: Empirical support and application. In S. Oskamp & S. Thompson (Eds.), *Understanding and preventing HIV risk behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 120-127
- Fisher, J., Fisher, W., Misovich, S. & Byran (1998). *School based information-motivation-behavioral skills intervention has sustained positive effects on HIV prevention practices of urban minority youth*.
- Fisher, J., Fisher, W., Misovich, S. & Kimble, L. (1996). Changing AIDS risk behavior: Effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioral skills in a college student population. *Health Psychology*, 15, pp.114-123.
- Fisher, J., Fisher, W., Williams, S. & Malloy, T. (1994). Empirical tests of an Information-Motivation-Behavioral Skills Model of AIDS preventive behavior with gay men and heterosexual university students. *Health Psychology*, 13, pp. 238-250.
- Fisher, J., Kimble, D., Misovich, S. & Weinstein, E. (1998). Dynamics of HIV risk behavior in HIV infected men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 2, pp.101-113.
- Fisher, W. & Fisher, J. (1993). A general social psychological model for changing AIDS risk behavior. In J. Pryor & G. Reeder (Eds.), *The social psychology of HIV infection*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. pp. 127-154.
- Fisher, W. (1997). A theory-based framework for intervention and evaluation in STD/HIV prevention. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 6, pp.105-112.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Foucault, M. (2000). *Naissance de la clinique*, Paris: Presses Universitaires de France.
- Frasquilho, M. (1996). *Comportamentos problema em adolescentes: factores protectores e educação para a saúde. O caso da toxicoddependência*. Lisboa: Laborterapia.
- Freire, P. (1983). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.
- Freitas, M. (2002). Conhecimentos, opiniões e comportamentos de uma população universitária face à sida: estudo descritivo, transversal, com uma amostra aleatória de alunos da Universidade do Minho e da Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian. *Portal de Saúde Pública*.

- Freitas, M. (2003). Conhecimentos, opiniões e comportamentos face à SIDA de uma população universitária. *IV Congresso Virtual HIV/AIDS*.
- Fundação da Juventude (2007). *Alunos universitários correm risco muito elevado de contrair vírus da Sida*. Recuperado em 22 de Mar. 2008, de <http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=266781&visual=26>>.
- Gil, A. & Temporini, E. (2000). Prevenção da aids entre estudantes universitários: existe influência dos pares? *Medicina*, Ribeirão Preto, 33, pp. 147-154.
- Gingiss, P.; Basen-Engquist, K. (1994). HIV education practices and training needs of middle school and high school teachers. *Journal of school health*, Vol. 64 (nº 7), Kent, OH, pp.290-95.
- Gir, E.; Moriya, T.; Hayashida, M.; Duarte, G. & Machado, A. (1999). Medidas preventivas contra a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol. 7(nº 1), pp.11-17.
- Glanz, K. (2000). Teoria num relance: um guia para a prática da promoção da saúde. In: Sardinha, L. B. *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*, pp.9-55. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. (4ª ed.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gomes, A. (2008). Comportamentos sexuais de risco: uma análise comparativa da auto-eficácia e da atitude face ao uso de preservativo, entre sexos. *Actas do 7º Congresso Nacional da Psicologia da Saúde*. Universidade do Porto, Porto.
- Gomes, R. et al. (2002). As representações sociais e a experiência da doença, *In Cadernos de Saúde Pública*, vol. 18 nº 5, Rio de Janeiro: ENSP, pp. 1207-1214.
- Gottlieb, B. (1981). Social networks and social support. In *Community Mental Health*.
- Greene, W.H. & Simons-Morton, B.G. (1984). *Educación para la salud*. México: Interamericana.
- Guayta, R. (1995). El consejo médico en atención primaria. *Jano*, Vol. 49, pp. 1419-1424.
- Guédon, M. (1984). *Les réseaux sociaux*. Montréal: Edicions France-Amérique.
- Guenter, D.; Majumdar, B.; Willms, D.; Travers, R.; Browne, G. & Robinson, G. (2005). Community-based HIV education and prevention workers respond to a changing environment. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, Vol. 16(nº1), pp. 29-36.
- Hesbeen, W. (1993) *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*, Loures: Lusociência.
- Hinrichen, S. L. (2005). *DIP: doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Hintikka, J. (1993). Estratégia e Teoria da Argumentação. In *Retórica e Comunicação*, Edições Asa, pp. 71-93.
- Hubbard, B. (1998). A replication study of reducing the risk: a theory-based sexuality curriculum for adolescents. *Journal of School Health*, Vol. 68 (nº 6), pp.293-297.
- Hubley, J. (2006). Patient education in the developing world: a discipline comes of age. *Patient Education and Counseling*, Vol. 61, pp. 161-164.
- Instituto Nacional de Estatística. (1994). *Classificação Nacional de Profissões*. Recuperado em 15 de Dez. 2008, de <http://www.ine.pt/prodserv/nomenclaturas/cnp1994.asp>.
- Israel, B. (1995). Evaluation of health education programs: current assessment and future directions. *Health education quarterly*, Vol. 22 (nº 3), pp. 364-89.
- Janz, N. & Zimmerman (1996). Evaluation of thirty-seven AIDS prevention projects: successful approaches and barriers to programme effectiveness. *Health education quarterly*, Vol. 23 (nº 1), pp. 80 – 97.
- Kelly, M. (2000). Planning for education in the context of HIV/AIDS. UNESCO/International Institute for *Fundamentals of Educational Planning*, 66.
- Kirby, D. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public health reports*, Vol. 10, pp. 339-360.
- Kirby, D. (1995). Sexual and HIV/AIDS education in schools. *British Medical Journal*, (nº 311), 403.
- Kubler-Ross, E. (2000) *Sobre a morte e o morrer*, São Paulo: Martins Fontes.
- Lacerda, A. (1998). *SIDA: respostas ao público*. Lisboa: Hugin Editores.
- Lacroix, J. (1990). *L'individu, sa famille et son réseaux: les thérapies familiales systémiques*. Paris: ESF.
- Leandro, M. (1995) "A dinâmica dos Modelos Familiares", in *Cadernos do Noroeste*, vol. 8, nº2, Braga: CCHS, pp. 69-97.
- Leandro, M. (2001) A saúde no prisma dos valores da modernidade, *Separata dos Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Porto: SPAE, vol. XLI (3-4).
- Lemos, M. (2002). O papel do conhecimento e atitudes sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, (nº 33), pp. 43-50.
- Lima, M. & Vinagre, M. (2006). *Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco*. Psicologia, saúde e doenças Recuperado em 18 de Março 2008, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/362/36270105.pdf>.

- Lisboa, M. (2004). Vulnerabilidade da mulher frente às DST/HIV/AIDS: a mulher e a infecção pelo VIH SIDA, pp.263-268. Santarém: SIDAnet.
- Locker, D. (1986). Communication in medical practice. In Patrick, D. & Scambler, G. *Sociology as applied to medicine*. Londres: Bailliere.
- Lopes, A. (2000). *O terceiro sector nos sistemas de bem-estar: uma perspectiva comparativa das ONG's ligadas ao complexo VIH/SIDA*. Tese de mestrado, Faculdade de Economia, Coimbra.
- Lopes, O. (2006). *SIDA: os media são deuses de duas cabeças: como estruturar campanhas de saúde pública*. Viseu: Psicossoma.
- Lorente, A. (1987). *Educacion para La Salud*, pp.81-86. Ed. Herder, Barcelona.
- Lucas, J. S. (1993). *SIDA: a sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Luna, L. (1995). *Salud publica*. McGraw-Hill Internamericana.
- Machado & Almeida, L. (2000). *Vivências académicas: análise diferencial em estudantes do 1º e 4º anos do ensino superior*. In Tavares, J e Santiago, R.A. (orgs.), *Ensino Superior: (In)Sucesso Académico*. Porto: Porto Editora, (pp 133-145).
- Machado Caetano G. (2000). *Lições de SIDA, lições de vida*. Porto: Âmbar.
- Machado, C. (Abril 2000). O Adolescente na Relação Interpessoal. In *Cadernos de Bioetica*. Ano 11(nº 22), pp. 51-55. Coimbra.
- Manita, C. & Oliveira, A. (2002). *Estudo de caracterização da prostituição de rua no Porto e em Matosinhos*. Porto: Programa STOP.
- Mannetti, L. & Pierro, A. (1991). Health care workers' reactions to AIDS victims: perception of risk and attribution of responsibility. *Journal Of Community & Applied Social Psychology*, 1, pp.133-142.
- Mareque, I. (2002). Papel de la enfermería en la prevención de VIH/SIDA. *Seminário de Intervención Educativa en Población General sobre el SIDA*. Mesa Redonda: Manejo del SIDA en Atención Primaria, pp. 159-175. Santa Cruz de Tenerife: Instituto de Formación Médica Continuada de Tenerife.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com a utilização do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martínez, A. (2000). *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán Ediciones.
- Martins, R. (2009). Envelhecimento e multiculturalidade. In Lopes, J. [et al.] – *Multiculturalidade : perspectivas da enfermagem, contributos para melhor cuidar*. Loures: Lusociência. Parte 3, cap. 4.

- Mateus, M. & Cláudio, V. (2000). *SIDA: eu e os outros*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Melo, A. (1998). *Uma aposta educativa na participação de todos: documento de estratégia para o desenvolvimento da educação de adultos*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Melo, D. (2004). *Breves considerações sobre a vida do jovem adulto*. Recuperado em 9 de Maio de 2008, de <http://acessa.com/viver/arquivo/psique/2004/03/19-jovem>>.
- Mendes, F. (1996). A saúde e a doença dos professores universitários. In *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 19, Lisboa: CIES, pp. 165-187.
- Meneses, A. (1995). *Sociologia da Saúde*, Recife: CEPE.
- Merakou, K. & Kourea-Kremastinou, J. (2006). Peer education in HIV prevention: an evaluation in schools. *European Journal of Public Health, Vol.16* (nº 2), pp.128-132.
- Ministério da Saúde (2005). *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA): saiba o que é a SIDA, como se transmite, como se previne e trata*. Recuperado em 23 Março 2008, de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+infeciosas/sida.htm>>.
- Ministério da Saúde (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2007-10*. Recuperado em 25 Março 2008, de <http://portaldasaude.pt>>.
- Mondragón, J. (1999) *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*, Madrid: Siglo XXI de Espanã Editores.
- Monteiro, M. & Raposo, J. (2006 a). Contextualizar os conhecimentos atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia Saúde & Doenças, Vol. 7*(nº 1), pp. 125-136. Lisboa.
- Monteiro, M. & Raposo, J. (2006 b). Entre o Saber e o Agir. *7º Congresso virtual HIV/AIDS. Aidscongress.net*. de http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=314.
- Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. (Psicologia Clínica e Psiquiatria, nº 10). Coimbra: Quarteto Editora.
- Moreno, S. (2000). *Actuación en enfermería comunitaria: sistemas y programas de salud*. (Enfermería Comunitaria; 3). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Morrondo, N. (1996). Educación para la salud. In Morrondo, N. & Lahoz, G. *Atención integral al paciente con V.I.H.*
- Moscovici, S. (1984). *Psicologia Social*, Barcelona: Editorial Paidós.
- Motta, E. (2006). Educação para a saúde pelos pares: intervenção em comportamentos de risco do VIH SIDA. *6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp.673-679.

- Nardi, M. (2005). *Os estudantes universitários e a AIDS: o que aponta a produção nacional de 1980 a 2003*. Universidade Estadual De Campinas Faculdade De Educação. Recuperado em 10 de Abril 2008, de <http://libdigi.unicamp.br/document/?view=vtls000364435> >.
- Nascimento, A.; Barbosa, C. & Medrado, B. (2005). Mulheres de Camarajibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Vol.5 (nº 1). Recuperado em 10 de Abril 2008, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292005000100010&script=sci_arttext&lng=pt>.
- Neves, M. (2006). *Jovens adultos universitários e dependência financeira*. Recuperado em 9 de Maio de 2008, de http://sbpcnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumos_944.html>.
- Nossa, P. & Silvestre, M. (2005). Estudo sobre comportamentos de estudantes do Ensino Superior e sua Relação com Infecções Sexualmente Transmissíveis. In: Pereira, A. & Motta, E. (Eds.). *Acção Social e aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção. Actas do Congresso Nacional*. SASUC Edições. Coimbra, pp.383-386.
- Nossa, P. (2001). *Geografia da saúde: o caso da SIDA*. Oeiras: Celta Editora.
- Nyamathi, A. (2001). Evaluating the impact of peer, nurse case-managed, and standard HIV risk-reduction programs on psychosocial and health-promoting behavioral outcomes among homeless women. *Research in Nursing and Health*, Vol. 24 (nº 5), pp. 410-422.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ogletree, R. (1995). An assessment of twenty-three selected school-based sexuality education curricula. *Journal of School Health*, Vol. 65 (nº 5), Kent, OH, pp. 186 – 91.
- Oliveira, S., Abreu, M. & Barroso, M. (2009). Situação do VIH/SIDA em Portugal e propostas de enfrentamento. *Revista Investigação em Enfermagem*, nº19, pp. 6-14.
- Oni, A. (2005). Education: An Antidote for the Spread of HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, Vol. 16(nº 2), pp. 40-48.
- ONUSIDA (1999). *Educação sobre SIDA na escola*.
- ONUSIDA (2007) *Situación de la epidemia de SIDA*. Recuperado em 20 de Abril de 2008, de [www:URL:http://ONU.com](http://ONU.com).
- Organização Mundial de Saúde (1984). *Health promotion: a discussion document on the concept and principles*. (Supplement to Europe News; 3). Copenhagen: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (1985). *As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.

- Organização Mundial de Saúde (2001). *Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health*.
- Organização Mundial de Saúde (2006). *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach*. WHO Library Cataloguing-in-Publication. Suíça.
- Orlandi, E. (1996). *A linguagem e o seu funcionamento: as formas do discurso*, Campinas: Pontes.
- Paiva, S. & Amâncio, L. (2004). Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de género para a SIDA/AIDS entre jovens universitários: estudo comparativo Brasil Portugal. *5th HIV-AIDS Virtual Congress*. Recuperado em 25 de Março 2008, de <http://www.aidscongress.net/pdf/241.pdf>>.
- Paixão, M. (1996). A pandemia da SIDA: aspectos epidemiológicos da SIDA a nível mundial. In *Simpósio Sexualidade e Sida*. Coimbra: Fundação Portuguesa A Comunidade Contra a SIDA.
- Parizotto, A. & Tonelli, M. (2005). *Juventude: desafiando a definição predominante através dos tempos*. Recuperado em 14 de Maio de 2008, de <http://pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=190&dd99=view>>.
- Perard, D. (1989). Les jeunes et le SIDA: quelle prévention? *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, (n.º 5-6), pp. 197-222.
- Pereira, A. & Leão, M. (2005). Afinal... a SIDA só acontece aos outros! Comportamentos e níveis de tolerância face ao VIH/SIDA em estudantes do ensino superior. In: Pereira, A. & Motta, E. (Eds.). *Acção Social e aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: investigação e intervenção*. In Actas do congresso nacional SASUC Edições. Coimbra. pp.375-382.
- Pereira, A. & Silva, C. (2001). Quality of Life in the Academic Context: Contributions to the Promotion of Students' Health Behaviours. *10th Biennial Conference of the International Study Association on Teachers and Teaching (ISATT), 21-25 September, Algarve*.
- Pereira, A. (1999). Sucesso versus Insucesso: Taxonomia das necessidades do aluno. In Tavares, J. (eds.), *Investigar e Formar em Educação*. IV Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação. (Vol. I). Aveiro, pp. 129-136.
- Pereira, A. (2003). *Guia prático de utilização do SPSS – Análise de Dados para as Ciências Sociais e Psicologia* – Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, A. (2004). *Educação Multicultural: teorias e práticas*. Cadernos do CRIAP. Porto: ASA Editores.

- Pereira, A. (2005). *Para obter sucesso na vida académica; apoio dos estudantes pares*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pereira, A., Vaz, C., Patrício, M., Campos, M. & Pereira, R. (1999). *Contribuição para o estudo do sucesso e insucesso na Universidade de Coimbra*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Pereira, F. (2007). A vulnerabilidade da pessoa humana. *Servir*, Vol. 55 (nº 1-2), pp. 33-36. Lisboa.
- Pereira, H. (2007). Determinantes do risco e implicações para a saúde nas práticas sexuais de homens que têm sexo com homens. *Análise Psicológica*, Vol. 3 (XXV), pp. 517-527.
- Pereira, M. & Canavarro, M. (2007). Vulnerabilidade de género e outras dimensões de influência na adaptação ao VIH SIDA e à gravidez e maternidade. *Análise Psicológica*, Série 15 (nº 3), pp. 503-515. Lisboa.
- Pérez, R. & Revuelta, C. (2001). Investigación en promoción de la Salud. In *Promoción de la salud y cambio social*, pp. 47-59. Barcelona: Masson.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (4ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais*. 4ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (5ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. (1996). Formação dos enfermeiros e educação para a saúde num contexto multicultural. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, Ano 1 (nº 2), pp. 183-297.
- Piccoli, C. (2001). Grau de conhecimento e comportamento de universitários gaúchos em relação ao HIV/AIDS. *Revista AMRIGS*, Vol. 45. Porto Alegre.
- Pimentel, P., Silva, J. & Saldanha, A. (2008). Uso de preservativo e atitudes de estudantes universitários frente ao HIV/AIDS: entre o saber e o exercício do saber. IX Congresso Virtual HIV/AIDS. [Aidscongress_net/article.php?id_comunicacao=354](http://aidscongress_net/article.php?id_comunicacao=354).
- Pinheiro, M. (2003). *Uma época especial: suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, Universidade de Coimbra. Recuperado em 26 de Março 2008, de <http://fpce.uc.pt/pessoais/pinheiro/trabalhos/>.
- Pires, T. (2005). Vulnerabilidade da mulher na infecção pelo VIH-SIDA: números alarmantes. *Informação SIDA e outras doenças infecciosas*, Ano 8 (nº 48), pp. 12-13.

- Pita-Fernández, S.; Rodríguez-Vasquez, B. & Pertega-Díaz, S. (2004). Attitudes of nursing and auxiliary hospital staff toward HIV infection and AIDS in Spain. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, Vol. 15 (nº3)*, pp. 62-69.
- Polit, D. & Hungler, B. (1994). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (4ª ed.) México: Editorial Inter-Americana.
- Polit, D. & Hungler, P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa*. (3ª ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Popham, W. (1992). *Evaluating HIV education programs*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control.
- Portal da Saúde [em linha]. [consult. em 25 de Março de 2008]. Disponível em [www.<URL:http://min-saude.pt/portal/>](http://min-saude.pt/portal/)
- Portugal (2004). Ministério da Saúde. CNLCS - Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. [em linha]. [consult. 21 Janeiro 2004]. Disponível em [www: <URL:http://www.cnlcs.pt>](http://www.cnlcs.pt).
- Portugal (2006). Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2007-2010: um compromisso com o futuro: Editorial do Ministério da Educação.
- Portugal, Ministério da Saúde (2005). *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA): saiba o que é a sida, como se transmite, como se previne e trata*. [Consult. 23 Março de 2008]. Disponível em [WWW:<URL:http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas+doencas+infecciosas/sida.htm>](http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas+doencas+infecciosas/sida.htm).
- Portugal, Ministério da Saúde (2006). *Programa Nacional De Prevenção e Controlo Da Infecção VIH/sida 2007-10*. Lisboa: Ministério da Saúde. [Consult. 25 Março de 2008]. Disponível em [WWW: <URL:http://portaldasaude.pt>](http://portaldasaude.pt).
- Precioso, J. (2004). Educação para a Saúde na Universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias, Vol. 3 (nº 2)*. Recuperado em 7 Outubro de 2008, de <http://www.saum.uvigo.es/reec>.
- Precioso, J. A. G. (1999). *Educação para a Saúde na Escola: um estudo sobre a prevenção do hábito de fumar*. Ed. Livraria Minho, Braga.
- Programa conjunto das Nações Unidas para a infecção VIH/SIDA – *Situação da epidemia da SIDA*. (2007). Recuperado em 29 de Março 2008, de http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf.

- Programa conjunto das nações unidas para a infecção VIH/SIDA (2007). *Situação da epidemia da sida*. [Em Linha] Versão espanhola: ONUSIDA. [Consult. 29 de Mar. 2008]. Disponível em WWW: <URL:http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf>.
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA. (1997). *Educação sobre SIDA na escola: actualização técnica da ONUSIDA*, 1-8. (Colecção Boas Práticas).
- Ragon, B., et al. (1995). The effect of a single affective HIV/AIDS educational programme on college students' knowledge and attitudes. *AIDS education and prevention* (New York, NY), vol. 7, no. 3, pp. 221-31.
- Rebull Fatsini, J.; Montserrat Reverté Simó, M.; Piñas Forcadell, I.; Ortí Llavería, A.; González Gavilán, L. & Contreras Barbeta, E. (2003). Evaluación pre-post de una actividad preventiva de la infección por VIH dirigida a los adolescentes de las comarcas del sur de Tarragona. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 77(nº 3), pp. 373-382.
- Reis, A. & Dessunti, E. (2007). *Factores psicossociais e comportamentos associados ao risco de DST/AIDS entre estudantes*. [Em Linha] Revista Latina-Americana de Enfermagem. [Consult. 25 de Mar. 2008]. Disponível em WWW: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411602007000200012&script=sci_arttext&lng=pt> ISSN 0104-1169>.
- Remón, C. A. (2001). Educacion para la salud. In *Promoción de la salud y cambio social*, pp. 61-75. Barcelona, Masson.
- Renaud, I. (2005). Fragilidade e vulnerabilidade. *Cadernos de bioética*. Coimbra: Ano XVI, nº39, pp. 405-416.
- Resende, J. (1999). A construção social do corpo nas sociedades de modernidade tardia: disposições corporais distintivas e a corporalidade como recurso mobilizado nas relações e trajetórias sociais, In *Fórum Sociológico*, nº 1-2 (II série), Lisboa: IEDS, pp. 9-40.
- Revuelta, C. & Díaz, C. (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Ricoeur, P. (1987) *Teoria da Interpretação*, Lisboa: Edições 70.
- Rocha E., et. al (2001). Auto-avaliação do Estado de saúde e comportamentos de risco da população estudantil da Universidade de Lisboa. *Arquivos de medicina*, 15, pp. 12-32.
- Rocha, M. (1999). A montante e a jusante das doenças emergentes no final do milénio: SIDA: um problema mais vasto. *Informação SIDA*, Vol. 3 (nº 16), 16. Lisboa.
- Rodrigues, M. (2000). Planeamento, heteroavaliação e autoscopia na formação de educadores de saúde. *Revista Referência*, (nº 4), pp. 5-15.

- Rodrigues, M; Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para Saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra. Formasau.
- Rosa Alcázar, A., Méndez Carrillo, F., Parada Navas, J., Rosa Alcázar, E., Andreu Díaz, M., Rosa Alcázar, M. (2003). Educación para la Salud. In Quiles, O., Sebastián, Q. & Carrillo, M. *Manual de Psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Ediciones Pirámide, Madrid.
- Sabone, M. (2007). Perceptions of undergraduate students not participating in HIV/AIDS prevention activities in Botswana. *International Nursing Review*, (nº54), pp. 332-338.
- Sagrestano, L. (2001, Novembro/Dezembro). Sources of HIV-prevention information for individuals at high risk. *American Journal of Health Behaviour*, Vol. 25 (nº 6), pp. 545-556.
- Sampieri, R. ; Collado, C. & Lucio, P. (2003). Metodología de la investigación. 3ª edición, Mc. Graw- Hill , Interamericana, México.
- Sanches, K. (1999). *A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. [Consult. 27 Jan. 2006]. Tese de Doutorado disponível na Internet: [URL:http://portalteses.icict.fiocruz.br](http://portalteses.icict.fiocruz.br).
- Saraiva, M. (2007, Novembro/Dezembro). VIH/SIDA: realidade em Portugal. *Informação Sida e outras doenças infecciosas*, Ano 11 (nº 65), pp. 38-39. Lisboa.
- Schenker, I. & Greenblatt, C. (1993). Israeli youth and AIDS: knowledge and attitude changes among high school students following an AIDS education program. *Israel journal of medical sciences*, Vol. 29 (nº 10), pp. 41-47.
- Schenker, I. & Sabar-Friedman, G., Sy. F. (1996). *AIDS education: interventions in multi-cultural societies*. New York, NY, Plenum.
- Schenker, I. (2001). New challenges for school AIDS education within an evolving HIV pandemic. *Prospects*, Vol. 30 (nº 3), pp. 415-434.
- Schenker, I. (2006). HIV/AIDS literacy: an essential component in education for all. Paper commissioned for the *EFA Global Monitoring Report 2006, Literacy for Life*.
- Schenker, I. I. & Nyirenda, J. M. (2002). Preventing HIV/AIDS in schools. *Educational Practices Series*, 9.
- Selolilwe, E. (2005). Factors that influence spread of HIV/AIDS among students of University of Botswana. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, Vol.16 (nº 3), pp. 3-10.

- Siegel, D., (1996). Change in junior high school students' AIDS-related knowledge, misconceptions, attitudes, and HIV-preventive behaviours: effects of a schoolbased intervention. *Journal of community health*, Vol. 21(nº 1), pp. 23-35.
- Silva, L. et al (2006). Factores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*: Recuperado em 25 de Março 2008, de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200014>.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la practica sistematica*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Soares, A.P.C, Vasconcelos, R.M. & Almeida, L.S. (2002). *Adaptação e Satisfação na Universidade: apresentação e validação do Questionário de Satisfação Académica*. In: Pouzada, A.S.; Almeida, L.S & Vasconcelos, R.M. (eds). *Contextos e Dinâmicas da Vida Académica* (pp 153-165). Guimarães: Universidade do Minho.
- Soto Mas, F., Lacoste Marín, J., Papenfuss, R. & Gutiérrez León, A. (1997). El modelo de creencias de salud: un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 71 (nº 4), pp. 335-341.
- Sousa, M. (2002). *SIDA: e a vida contínua*. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Speek, R. & Atteneave, C. (1990). *Redes familiares*. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Stott, N.C.H. (1986). The role of health promotion in primary health care. *Health Promotion*, Vol. 1, pp. 49-53.
- Strauss, R. et. al (1992). Cognitive and Attitudinal Impacts of a University AIDS Course: Interdisciplinary Education as a Public Health Intervention. *American Journal of Public Health*. Estados Unidos da América. Vol.82, n.º4, pp.569-572.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Monteiro, S. & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto, Porto Editora.
- Tones, B. & Tilford, S. (1994). *Health education: effectiveness, efficiency and equity*. (2.^a ed). Londres: Chapman and Hall.
- Tones, B. (1986). Health education and the ideology of health promotion: a review of alternative approaches. *Health Education Research*, Vol. 1, pp. 3-12.
- Torres, G. & Ruffino, M. (2001). Competência técnica na prevenção do HIV/AIDS: validação de um instrumento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol. 9 (nº6), pp.7-12.
- UNAIDS (1997). *Learning and teaching about AIDS at school*. Geneve, Switzerland.
- UNAIDS (2007). *AIDS Epidemic Update*. Geneve: UNAIDS.
- UNAIDS (2008). *Report on the global AIDS Epidemics*. Geneve: UNAIDS.

- UNAIDS (2009). AIDS Epidemic Update. Geneve: UNAIDS.
- Vasconcelos, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e de sexualidade dos jovens portugueses. In Cabra, M., Fernandes, A. & Nunes, J. *Jovens portugueses de hoje*, pp. 215-305. Oeiras: Celta.
- Vasconcelos, R.M., Almeida, L.S. & Soares, A.P (2002). Envolvimento extracurricular e ajustamento académico; um estudo com estudantes de engenharia da Universidade do Minho. *Actas do Congresso Internacional de Educação em Engenharia*. Santos, Brasil.
- Vaz-Serra, A. (1994). *IACLIDE, Inventário de avaliação clínica da depressão*. 1ª Ed. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Ventura, F. (2000). Mensagem. In *Informação SIDA e outras doenças infecciosas*.
- Vieira, D. (2007). Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. *Revista de Saúde Pública*. Recuperado em 25 Março 2008, de www.sielosp.org/scielo.php?pid=s0034-89102006005000022&scrip_arttext&tlng=en.
- Vitorino, R. (2003). A SIDA e as novas pestes. *Análise Social*. Vol. XXXVIII (166), pp.13-33.
- Whitehead, D. (2001, Novembro). A social cognitive model for health education/health promotion practice. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 36 (nº 3), pp. 417-425.
- Whitman, C.V. (2001). *Skill-based health education and life skills*. Washington, DC, Pan-American Health Organization.
- Wyk, V. N. C. (1999, Dezembro). Health education as education of the oppressed. *Curationis*, Vol. 22 (nº 4), pp. 29-34.
- Xiaodong T., Jianyan L., Fengjie W., Hong L., Lan L. & Lei W. (2007). Evaluation of the Effect of a Health Education Campaign of HIV by Using an Analytical Hierarchy Process Method *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2007, 4(3), pp. 254-259.

ANEXOS

ANEXO 1

Protocolo de Instrumentos de Avaliação

UNIVERSIDADE DE AVEIRO

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

(Não preencher este quadrado)

Nº Quest. -

--	--	--	--	--

PROTOCOLO

Este protocolo de instrumentos de avaliação destina-se a colher dados sobre a **avaliação da educação para a saúde na área da SIDA**, para um estudo descritivo correlacional, no âmbito de um projecto de doutoramento, que estamos a desenvolver coordenadas pelas Professoras Doutoradas Anabela Pereira e Rosa Martins sobre a **“Promoção de comportamentos saudáveis e prevenção da SIDA no Ensino Superior”**. Para tal, solicitamos a sua participação, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar o questionário.

O mesmo é constituído por questões abertas e fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre a realidade vivenciada por cada estudante.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso. Nas questões onde encontrar um espaço em branco (____), deve responder claramente, e de forma legível, a informação ou opinião mais adequada à situação indicada, de forma a que não restem dúvidas sobre a sua intenção.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Cláudia Chaves (Docente da ESSV)

Fontes de informação/conhecimentos sobre SIDA (Chaves, 2007)

Não há respostas certas ou erradas. A sua opinião será para nós um grande contributo	1 Nunca	2 Raras Vezes	3 Às Vezes	4 Muitas Vezes	5 Sempre
1-Considero os assuntos relacionados com a infecção vih/sida importantes;					
2-Considero-me adequadamente preparado(a), para abordar tópicos relacionados com a educação para a saúde, na área da SIDA;					
3-Procuro manter-me informado acerca da infecção VIH/SIDA;					
4-Durante o último mês conversei com outros acerca da problemática da SIDA;					
5-Durante o curso tive formação na área de educação para a saúde, no que se refere ao problema da SIDA;					
6-Durante o secundário, participei em acções de formação relacionadas com a educação para a saúde no que se refere ao problema da SIDA;					
7-Obtive conhecimentos sobre a Sida nas consultas com Profissionais de Saúde (médico de família, infecciólogista, enfermeiro);					
8-Frequentei Conferências / Jornadas / Seminários relacionados com a SIDA;					
9-Obtive conhecimentos sobre Sida através da leitura de material informativo (cartaz, panfleto, brochuras, revistas, livros);					
10- Obtive conhecimentos sobre Sida através de colegas, amigos e/ou namorado(a);					
11- Obtive conhecimentos sobre Sida através dos mass-media (programas de rádio, televisão, jornais);					
12- Obtive conhecimentos sobre Sida através da internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fóruns, blogs);					
13- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro a colegas, amigos e/ou namorado(a);					
14- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro à internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fórum, blogs);					
15- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao(s) professor(es);					
16- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro aos pais e familiares;					
17- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro a equipas de Saúde (Centro de Saúde, Hospital, Clínicas);					
18- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao gabinete de apoio da escola (psicólogos, professores, orientadores);					
19- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro à consulta de Infecciólogia no Hospital;					
20- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao serviço social;					

21- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro às ONG's (Organizações Não Governamentais);					
22- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao CAD (Centro de Aconselhamento e detecção precoce do VIH);					
23- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro à Comissão Distrital de Luta Contra a SIDA.					

Escala de avaliação da educação para a saúde (Chaves, 2007)

A educação para a saúde constitui uma estratégia válida no combate à SIDA se recorrer a métodos como:	1 Nunca	2 Raras Vezes	3 Às Vezes	4 Muitas Vezes	5 Sempre
1-Prelecção e ensino programado.					
2-Discussão, simulação, jogos e dramatização.					
3-Ensino de pares, jogos, dramatização.					
4-Prelecção, questionamento, demonstração.					
5-Discussão de classe, ensino de pares, projectores de grupo.					
6-Dramatização, simulação, jogos e exercício.					
Na última sessão de educação para a saúde em que participei, os seguintes aspectos estiveram presentes no que refere a:					
7-Os objectivos de aprendizagem estavam claros para o grupo alvo.					
8-Os objectivos da sessão abrangiam os pontos principais do material de educação para a saúde.					
9-A relevância do conteúdo para o grupo alvo estava claramente definida.					
10-As frases eram mantidas por ordem cronológica.					
11-Os títulos e subtítulos eram claros e informativos.					
12-Os desenhos e ilustrações estavam rotulados de modo claro.					
13-O conteúdo foi apresentado sem preconceitos, respeitando a livre escolha por parte do grupo alvo.					
14-O conteúdo foi apresentado de modo que relata e integra nova informação na que já era conhecida e compreendida pelo grupo alvo.					
15-O conteúdo de ensino é apropriado para os padrões da comunidade.					
16-O foco do material de educação para a saúde estava no cumprimento das tarefas de aprendizagem.					
17-O conteúdo educacional estava escrito num estilo específico e centrado no estudante.					
18-O conteúdo incluía descrições das sensações físicas que o grupo alvo pode experimentar durante os procedimentos de diagnóstico e de tratamento.					
19-O vocabulário do material de educação para a saúde incidia em palavras usadas correntemente pelo grupo alvo.					
20-As ideias e pontos importantes do conteúdo foram repetidas como reforço.					
21-A informação mais importante para o grupo alvo foi apresentada primeiro.					
22-Foi apresentada uma ideia por parágrafo.					
23-Foram usadas frases pequenas e simples para incluir uma ideia de cada vez.					
24-Foi incluída uma lista de recursos que fornece mais informação sobre o assunto.					
25-Os termos de saúde foram definidos.					
26-O conteúdo foi apresentado em termos concretos e não em conceitos e ideias abstractas.					
27-A primeira frase de cada parágrafo era a frase tópic.					
28-Foram dadas instruções específicas e precisas se se espera que o grupo alvo desempenhe algumas actividades de auto-cuidado.					
29-Os desenhos e ilustrações eram reconhecíveis pelo grupo alvo com ou sem texto explicativo.					
30-O conteúdo focava no que o grupo alvo deve fazer bem como no que necessitava de saber.					
31-Os desenhos e ilustrações representavam o conteúdo com rigor para melhorar a compreensão do material.					
32-Foram fornecidas oportunidades para o grupo alvo usar os novos conceitos.					
33-Foi dada igual consideração ao género na utilização de pronomes.					
34-A finalidade do material de educação para a saúde estava claro para o grupo alvo de formandos.					
35-Os exemplos utilizados contêm as características centrais das ideias e conceitos apresentados.					

36-Foram utilizados exemplos para ligar aquilo que o grupo alvo já sabe com o conteúdo a ser ensinado.					
37- Os objectivos de aprendizagem e o conteúdo educacional relacionavam-se uns com os outros.					
38-Foi utilizada a voz activa.					
39- Os objectivos de aprendizagem do material de educação para a saúde estavam relacionados com o resultado pretendido.					
40-O conteúdo educacional estava actualizado.					
41- Foram incluídos resumos rigorosos e coerentes ao longo do material de educação para a saúde.					
42-As ideias apresentadas estavam logicamente relacionadas e apresentavam uma estrutura coerente.					

Escala sobre Saúde e Relacionamento (Fisher & Fisher, 1993, traduzida e adaptada para Portugal por Chaves, 2007)

Por favor responda a cada questão assinalando-a com um (X) de acordo com a escala	1 - Concordo totalmente	2 - Concordo	3 - Nem concordo nem discordo	4 - Discordo	5 - Discordo totalmente
1. A taxa mais elevada de vírus que causa a SIDA encontra-se no sangue e sémen, mais do que noutros fluidos corporais.					
2. Estima-se que mais de 53.000 Portugueses estão actualmente infectados com o vírus da SIDA.					
3. Se não se usar preservativo, retirar o pénis imediatamente antes do orgasmo reduz o risco de contrair o vírus da SIDA, ao ponto de ser altamente improvável contrai-lo.					
4. É pouco provável contrair o vírus da SIDA através da partilha de seringas de alguém que tem o vírus.					
5. Actualmente, é pouco provável que uma transfusão sanguínea transmita o vírus da SIDA.					
6. O sexo oral desprotegido é menos arriscado do que o sexo vaginal desprotegido, relativamente à transmissão do vírus da SIDA.					
7. A maioria das pessoas que foram expostas ao vírus da SIDA mostra sintomas visíveis de doença grave.					
8. O vírus da SIDA não se transmite através de espirros ou tosse.					
9. Não existem casos de pessoas que contraem o vírus da SIDA através de contactos de saliva.					
10. Pode estar-se infectado com o vírus da SIDA durante cinco ou mais anos sem desenvolver SIDA.					
11. Muitas pessoas contraíram o vírus da SIDA através de transfusões sanguíneas.					
12. É pouco seguro usar fontes ou casas-de-banho públicas que possam ter sido usadas por alguém que tem o vírus da SIDA.					
13. Algumas pessoas contraíram o vírus da SIDA através do suor de pessoas infectadas em ginásios ou <i>health clubs</i> .					
14. Se se beijar alguém que tenha o vírus da SIDA, é provável que se contraia a doença.					
15. Uma mulher grávida infectada com o vírus da SIDA não transmite o vírus ao filho.					
16. O vírus da SIDA não se transmite através dos mosquitos.					
17. Nas relações sexuais, os homens podem transmitir o vírus da SIDA às mulheres com mais facilidade do que as mulheres aos homens.					
18. Os lubrificantes à base de óleo, tal como a vaselina, devem usar-se para lubrificar os preservativos.					
19. Os preservativos podem ser guardados com segurança na carteira por mais de dois meses.					
20. Para que o preservativo reduza eficazmente o risco da SIDA, deve ser colocado antes da ocorrência de qualquer contacto sexual.					
21. Os preservativos naturais feitos de produtos animais são tão eficazes quanto os de látex na prevenção do vírus da SIDA.					
22. Os médicos especialistas acreditam que a maioria das pessoas infectadas com o vírus da SIDA vão eventualmente desenvolver SIDA.					
23. Para que o vírus da SIDA seja transmitido de uma pessoa para outra, tem que existir contacto directo entre o sangue, secreções vaginais ou sémen, com o sangue de outra pessoa.					
24. Tal como os alimentos, os preservativos têm um prazo de validade, pelo que não se deve comprá-los quando a data de validade já tiver expirado.					
25. Nonoxynol-9 (encontrado em alguns espermicidas e sabonetes), mostraram conseguir matar o vírus da SIDA.					
26. Se se fizer um teste de SIDA "confidencial", tem que se dar o nome para o site de testes.					
27. Pode contrair-se o vírus da SIDA através da comida que foi preparada por alguém que tenha o vírus.					
28. As crianças que têm o vírus da SIDA podem espalhá-lo facilmente a outras					

crianças.					
29. Não é seguro partilhar copos de bebidas e utensílios de cozinha com pessoas que têm o vírus da SIDA.					
30. Muitos profissionais de saúde foram infectados por tratarem de pessoas com o vírus da SIDA.					
31. Os animais domésticos podem transmitir o vírus da SIDA aos humanos.					
32. Se se praticar sexo desprotegido e se o teste sanguíneo para o HIV feito duas semanas mais tarde der negativo, é certo que não se esteve exposto ao vírus da SIDA.					
33. Quando usados devidamente, os preservativos de látex reduzem fortemente a hipótese de transmissão do vírus da SIDA.					
34. De acordo com um estudo recente, 1 em cada 500 estudantes universitários já estiveram expostos ao vírus da SIDA.					
35. Há vários locais nos campus universitários onde se pode adquirir preservativos a qualquer hora da noite.					
36. A maioria dos estudantes universitários que contraem o vírus da SIDA na universidade sentir-se-ão bem e não mostrarão sintomas de SIDA ao longo do seu percurso universitário.					
37. Se se conhecer o percurso e estilo de vida sexual de alguém antes de se ter sexo com ele, não é necessário usar preservativo.					
38. O modo como as pessoas se comportam connosco quando as conhecemos é provavelmente um bom indicador sobre se são ou não o tipo de pessoas que foram expostos ao vírus da SIDA.					
39. Só é necessário usar preservativo nas relações "de uma noite".					
40. Pode dizer-se se um potencial parceiro sexual corre o risco de ter SIDA através do modo como se veste e da sua aparência.					
41. Quando se sente que se conhece bem alguém, já não é necessário praticar sexo seguro.					
42. Perguntar ao parceiro sobre a história da sua vida sexual é uma boa maneira de perceber se é necessário ou não praticar sexo seguro com ele.					
43. Desde que não se pertença a um grupo de "alto risco", tal como os gays ou toxicodependentes, não é necessário preocupar-se com a possibilidade de eles nos contagiarem com o vírus da SIDA.					
44. Se duas pessoas só têm sexo uma com a outra, não é necessário praticar sexo seguro.					
45. As pessoas de zonas urbanas devem seguir à risca as orientações sobre sexo seguro, mas as pessoas de zonas rurais não necessitam de o fazer.					

**Medidas de motivação para pôr em prática comportamentos preventivos
relativos à SIDA (Fisher & Fisher, 1993, traduzida e adaptada para Portugal por Chaves, 2007)**

As questões seguintes relacionam-se com o que pensa fazer ou vai fazer *no próximo mês*. Apesar de muitas das situações poderem ser relevantes por um período de tempo mais longo, para fins de investigação, necessitamos de estabelecer um período temporal.

Responda a cada questão assinalando com um x na hipótese que melhor traduz o que sente. Assegure-se que assinala *um dos cinco intervalos de cada linha*.

As perguntas seguintes referem-se a não praticar qualquer tipo de relação sexual.

	1 - Totalmente falso	2	3	4	5 - Totalmente verdade
1. Eu não ter relações sexuais no próximo mês seria:					
2. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu não devo ter relações sexuais no próximo mês.					
Nota: A maioria das perguntas desta secção pede-lhe para descrever os seus sentimentos em relação a um comportamento específico que envolva um parceiro sexual. Se actualmente não tem um parceiro sexual, responda como se tivesse. As questões seguintes referem-se a discutir sexo seguro com os parceiros.	1 - Muito improvável	2	3	4	5 - Muito provável
3. Não penso ter relações sexuais no próximo mês.					
	1 - Totalmente falso	2	3	4	5 - Totalmente verdade
4. Falar sobre sexo seguro (como prevenir o contágio pelo vírus da SIDA) com o(s) meu(s) parceiro(s) antes de ter sexo com eles durante o próximo mês seria:					
5. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo falar sobre sexo seguro com o meu parceiro antes de ter sexo com ele.					
6. Se eu tiver sexo durante o próximo mês, penso falar sobre sexo seguro com o meu parceiro antes de ter sexo com ele.					
7. Tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro (por exemplo, usar preservativos de látex) durante o próximo mês seria:					
As perguntas seguintes referem-se a tentar persuadir o seu parceiro a praticar apenas sexo seguro.	1 - Totalmente falso	2	3	4	5 - Totalmente verdade
8. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro durante o próximo mês.					
	1 - Muito improvável	2	3	4	5 - Muito provável
9. Se eu tiver sexo durante o próximo mês, penso tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro					
As questões seguintes referem-se à compra de preservativos de látex.	1 - Totalmente falso	2	3	4	5 - Totalmente verdade
10. Comprar preservativos de látex durante o próximo mês seria:					
11. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo comprar preservativos de látex durante o próximo mês.					
12. Penso comprar preservativos de látex durante o próximo mês.					
As questões seguintes referem-se a assegurar-se de que tem sempre à mão preservativos de látex.	1 - Totalmente falso	2	3	4	5 - Totalmente verdade
13. Ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês seria:					
14. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês.					
	1 - Muito improvável	2	3	4	5 - Muito provável
15. Penso ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês.					

As questões seguintes referem-se a usar sempre preservativos de látex durante as relações sexuais.	1 - Totalmente falso	2	3	4	5 - Totalmente verdade
16. Durante o próximo mês, o meu parceiro e eu usarmos sempre preservativos de látex nas relações sexuais seria:					
17. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devia usar sempre preservativos de látex nas relações sexuais, durante o próximo mês.					
	1 - Muito improvável	2	3	4	5 - Muito provável
18. Se eu tiver relações sexuais durante o próximo mês, penso usar sempre preservativos de látex.					
As questões seguintes referem-se a fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA	1 - Totalmente falso	2	3	4	5 - Totalmente verdade
19. Fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês seria:					
20. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês.					
21. Penso fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês.					
As questões seguintes referem-se a pedir ao seu parceiro para fazer um teste da SIDA.	1 - Totalmente falso	2	3	4	5 - Totalmente verdade
22. Pedir ao seu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês seria:					
23. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo pedir ao meu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês.					
24. Penso pedir ao meu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês.					

Escala de eficácia percebida dos comportamentos Preventivos da SIDA (Fisher & Fisher, 1993, traduzida e adaptada para Portugal por Chaves, 2007)

Nas questões seguintes, coloque um (X) na resposta que mais se identifica consigo. Sabemos que algumas questões podem parecer repetitivas ou estranhas, mas por razões científicas, têm que ser feitas de um modo particular. Cada questão é diferente e importante para os resultados deste estudo. Por favor, seja paciente e responda o melhor que pode.

Assinale o quanto seria difícil ou fácil para si fazer cada uma das coisas seguintes.	Difícil	Fácil
1. Quão difícil seria para si comprar preservativos?		
2. Quão difícil seria para si apoiar o seu parceiro se ele lhe falasse na possibilidade de usarem preservativos de látex para prevenir o vírus da SIDA?		
3. Quão difícil seria para si praticar sexo seguro com preservativos de látex, excitando o seu parceiro?		
4. Quão difícil seria para si discutir sexo seguro (por exemplo, usar sempre preservativos de látex) com o seu parceiro, num cenário não sexual, por exemplo, ao volante de um carro?		
5. Quão difícil seria para si usar continuamente preservativos com um parceiro sempre que tem um encontro de uma noite?		
6. Quão difícil seria para si usar preservativo com o seu parceiro sob o efeito de álcool ou droga?		
7. Quão difícil seria para si evitar o álcool ou drogas se pensasse que ia ter relações sexuais mais tarde?		
Por favor, assinale quão efectivamente ou não efectivamente pensa ou não sobre as questões seguintes.	Efectivamente Sim	Não efectivamente
8. Quão efectivamente poderia discutir sexo seguro (tal como usar preservativos de látex) com o seu parceiro antes de ter sexo com ele?		
9. Quão efectivamente conseguiria recusar ter sexo desprotegido (Nota: Sexo desprotegido significa 1. pénis-vagina sem preservativo; 2. pénis-recto sem preservativo).		
10. Se estivesse prestes a ter sexo, quão efectivamente conseguiria demonstrar ao seu parceiro não verbalmente (por exemplo, através de movimentos corporais) que apenas quer praticar sexo seguro?		

11. Quão efectivamente conseguiria dizer ao seu parceiro através de uma piada que apenas quer praticar sexo seguro?		
12. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a praticar sexo seguro?		
13. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a usar preservativo no sexo vaginal?		
14. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a usar preservativo (ou outra barreira de látex) no sexo oral?		
15. Quão efectivamente conseguiria planear antecipadamente ter preservativos à mão sempre que tem sexo?		
16. Quão efectivamente conseguiria fazer o sexo seguro ser agradável para o seu parceiro?		
17. Quão efectivamente conseguiria fazer o seu parceiro sentir-se bem em relação ao uso do preservativo durante as relações sexuais vaginais?		
18. Quão efectivamente conseguiria fazer o seu parceiro sentir-se bem em relação ao uso do preservativo (ou outra barreira de látex) durante o sexo oral?		
19. Quão efectivamente conseguiria recusar ter sexo oral sem preservativo ou outra barreira de látex?		
Nos itens seguintes, queremos que responda como se tivesse uma relação longa, em que tivesse relações sexuais sem preservativo (por exemplo, se você ou o seu parceiro usar pilulas anti-concepcionais).		
20. Quão efectivamente conseguiria falar sobre iniciar práticas sexuais mais seguras (por exemplo, usar preservativos de látex) com o seu parceiro?		
21. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a começar a ter apenas sexo seguro (com preservativo de látex)?		
22. Se conseguisse convencer o seu parceiro a começar a usar preservativos de látex consigo, quão difícil seria para si continuar a usar preservativos sempre que tivessem relações sexuais, antes de ambos fazerem o teste da SIDA?		
23. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a fazer um teste de SIDA consigo?		
Para cada uma das questões seguintes, queremos que responda como se tivesse uma relação longa, em que tivesse relações sexuais com preservativo.		
24. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a continuar a usar preservativo sempre que tivessem relações sexuais?		
25. Quão difícil para si seria continuar a usar preservativo com o seu parceiro sempre que tivesse relações sexuais, antes de ambos fazerem o teste da SIDA?		
Imagine que está no seu quarto com uma pessoa atraente que conheceu recentemente e de quem gosta muito. É evidente pelo seu comportamento que quer ter sexo consigo e que você também quer. No entanto, quando tem sexo quer usar preservativo para reduzir o contágio do vírus da SIDA.		
26. Quão efectivamente conseguiria discutir práticas sexuais mais seguras com este novo parceiro antes de ter sexo com ele?		
27. Quão efectivamente conseguiria persuadi-lo a praticar apenas sexo seguro consigo?		
28. Se estivesse prestes a ter sexo, quão efectivamente conseguiria mostrar não verbalmente (por exemplo, através de movimentos corporais) que apenas quer ter sexo seguro?		
29. Quão efectivamente conseguiria dizer-lhe através de uma piada que apenas quer ter sexo seguro?		
30. Quão efectivamente pensa que conseguiria usar um preservativo sem sequer discutir isso com o seu parceiro, colocando-o apenas antes do sexo?		
31. No geral, quão efectivamente conseguiria assegurar que o preservativo seria usado?		
32. Se não tivesse nenhum preservativo, em vez de ter relações sexuais, quão difícil para si seria fazer outra actividade agradável (tal como a masturbação mútua), em que não seja necessário usar preservativo?		
33. Se não tivesse nenhum preservativo, quão difícil para si seria parar a relação sexual, até que você ou o seu parceiro conseguíssem arranjar um?		
Agora imagine que o seu atraente parceiro que conheceu à pouco tempo lhe diz que usar preservativo é desnecessário, porque um dos dois toma a pilula. Você quer continuar a usar preservativo, devido às suas preocupações em relação à SIDA.	Efectivamente Sim	Não efectivamente
34. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro de que os dois devem usar preservativo, sem o fazer recusar a ter sexo consigo?		
35. Quão efectivamente pensa que conseguiria negociar uma alternativa sexual com ele? Por exemplo, se ele recusasse usar preservativo, quão efectivamente conseguiria convencê-lo a outras actividades sexuais, tal como a masturbação mútua?		
36. Quão difícil seria para si recusar ter sexo com ele, se ele se recusasse a usar preservativo?		

ESCALA DE COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS

Gostaríamos que dissesse se já fez alguma das seguintes coisas durante o intervalo de tempo indicado.	Sim	Não
1-Tive relações sexuais durante o mês passado;		

2-Já teve relações sexuais na sua vida.		
---	--	--

3 – Assinale com um círculo qualquer uma das alternativas que se aplique a si e ao seu parceiro durante o último mês.

A- Tanto eu como o meu parceiro tivemos negativo o teste HIV.
B- Tanto eu como o meu parceiro nunca tivemos outros parceiros sexuais.
C- Nenhuma das afirmações anteriores é verdadeira para mim e para o meu parceiro, durante o mês anterior.
D- Não tive nenhum parceiro sexual durante o mês passado.

4- Neste momento tem alguma relação íntima que envolva relações sexuais?

- Sim Não

5- Se respondeu "sim" na questão anterior, a relação com o seu parceiro é monogâmica (nenhum dos dois tem relações sexuais com outras pessoas)?

- Sim Não Incerto Não aplicável: não tinha uma relação sexual íntima

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não aplicável: não tive relações sexuais no último mês
6 - Já discuti sexo seguro com um parceiro sexual antes de ter sexo com ele durante o último mês.						
7 - Comprei preservativos de látex durante o mês passado.						
8 - Tenho preservativos de látex por perto e acessíveis durante o último mês.						
9 - O meu parceiro e eu usámos preservativos de látex nas relações sexuais durante o último mês.						

Preencha com números:

10 - Com quantas pessoas diferentes teve relações sexuais vaginais durante o último mês? _____

11 - Com quantos destes parceiros usou sempre preservativo? _____

12 – a) Quantos destes parceiros fizeram o teste da SIDA; ____ b) E quantos você sabia que não tinham estado expostos ao vírus da SIDA? ____

13 - Quando teve relações sexuais vaginais, durante o último mês, com que frequência foram usados preservativos?

- Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre Não aplicável : não tive relações sexuais no último mês

14 - Quando teve relações sexuais vaginais, durante o último mês, qual a percentagem da utilização de preservativo? _____%

- Não aplicável: não tive relações sexuais no último mês

15 - Com quantas pessoas diferentes teve relações sexuais anais durante o último mês? _____

16 - Com quantos destes parceiros usou sempre preservativo? _____

17 – a) Quantos destes parceiros fizeram o teste da SIDA; ____ b) E quantos você sabia que não tinham estado expostos ao vírus da SIDA? ____

18 - Quando teve relações sexuais anais, durante o último mês, qual a percentagem da utilização de preservativo? _____

- Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre Não aplicável : não tive relações sexuais no último mês

19 - Tentei convencer ou persuadir o meu parceiro sexual a praticar apenas sexo seguro (sempre com preservativo), durante o último mês.

- Sempre Às vezes Nunca Não aplicável : não tive relações sexuais no último mês Não aplicável: o meu parceiro quis ter apenas sexo seguro (usou sempre preservativo) durante o último mês

20 - Coloque um círculo à volta da letra que se aplica a si:

- A- Só faço sexo com homens.

B- Faço sexo tanto com homens como com mulheres.

C- Só faço sexo com mulheres.

D- Não tenho relações sexuais.

As questões seguintes referem-se a testes sanguíneos do vírus da SIDA.

21 - Fiz um teste da SIDA para saber se fui exposto ao vírus da SIDA, durante o mês passado.

Sim Não Não aplicável: nunca tive relações sexuais nem usei drogas injectadas

22 - Marquei uma consulta para fazer um teste sanguíneo para saber se estive exposto ao vírus da SIDA, durante o último mês.

Sim Não Não aplicável: nunca tive relações sexuais nem usei drogas injectadas

23 - No passado, já fiz um teste sanguíneo para saber se estive exposto ao vírus da SIDA.

Sim Não

24 - Se já fez um teste da SIDA, onde o fez?

A- Num sítio anónimo (onde não se dá o nome)

B- Num sítio confidencial (onde se dá o nome, mas é mantido confidencial)

C- Num gabinete médico

D- Através do serviço militar

E- Doação de sangue

F- Outro: _____

ANEXO 2

Tabela de frequências de respostas de Escala Fontes de Informação/Conhecimentos sobre
SIDA

Fontes de informação/ conhecimentos sobre a SIDA

Tabela de frequências de respostas

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1- Considero os assuntos relacionados com a infecção VIH/SIDA importantes;	2	.1%	1	.0%	48	2.4%	255	12.7%	1696	84.7%
2- Considero-me adequadamente preparado(a), para abordar tópicos relacionados com a educação para a saúde, na área da SIDA;	10	.5%	67	3.3%	671	33.5%	815	40.7%	439	21.9%
3 - Procuo manter-me informado acerca da infecção VIH/SIDA;	8	.4%	67	3.3%	476	23.8%	830	41.5%	621	31.0%
4 - Durante o último mês conversei com outros acerca da problemática da SIDA;	388	19.4%	610	30.5%	681	34.0%	223	11.1%	100	5.0%
5 - Durante o curso tive formação na área de educação para a saúde, no que se refere ao problema da SIDA;	843	42.1%	426	21.3%	448	22.4%	202	10.1%	83	4.1%
6 - Durante o secundário, participei em acções de formação relacionadas com a educação para a saúde no que se refere ao problema da SIDA;	488	24.4%	514	25.7%	643	32.1%	266	13.3%	91	4.5%
7- Obtive conhecimentos sobre a Sida nas consultas com Profissionais de Saúde (médico de família, infecciologista, enfermeiro);	691	34.5%	547	27.3%	462	23.1%	236	11.8%	66	3.3%
8- Frequentei Conferências / Jornadas / Seminários relacionados com a SIDA;	788	39.4%	481	24.0%	441	22.0%	224	11.2%	68	3.4%
9- Obtive conhecimentos sobre Sida através da leitura de material informativo (cartaz, panfleto, brochuras, revistas, livros);	16	.8%	97	4.8%	549	27.4%	1075	53.7%	265	13.2%
10- Obtive conhecimentos sobre Sida através de colegas, amigos e/ou namorado(a);	89	4.4%	296	14.8%	834	41.7%	677	33.8%	106	5.3%
11- Obtive conhecimentos sobre Sida através dos mass-media (programas de rádio, televisão, jornais);	15	.7%	164	8.2%	657	32.8%	969	48.4%	197	9.8%
12- Obtive conhecimentos sobre Sida através da internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fóruns, blogs);	151	7.5%	424	21.2%	701	35.0%	592	29.6%	134	6.7%
13- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro a colegas, amigos e/ou namorado(a);	241	12.0%	615	30.7%	730	36.5%	339	16.9%	77	3.8%
14- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro à internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fórum, blogs);	230	11.5%	432	21.6%	700	35.0%	502	25.1%	138	6.9%
15- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao(s) professor(es);	756	37.8%	659	32.9%	417	20.8%	128	6.4%	42	2.1%
16- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro aos pais e familiares;	597	29.8%	694	34.7%	498	24.9%	161	8.0%	52	2.6%
17- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro a equipas de Saúde (Centro de Saúde, Hospital, Clínicas);	632	31.6%	655	32.7%	454	22.7%	181	9.0%	80	4.0%
18- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao gabinete de apoio da escola (psicólogos, professores, orientadores);	1205	60.2%	535	26.7%	192	9.6%	49	2.4%	21	1.0%
19- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro à consulta de Infeciologia no Hospital;	1306	65.2%	433	21.6%	173	8.6%	55	2.7%	35	1.7%
20- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao serviço social;	1421	71.0%	387	19.3%	139	6.9%	42	2.1%	13	.6%
21- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro às ONG's (Organizações Não Governamentais);	1497	74.8%	307	15.3%	147	7.3%	31	1.5%	20	1.0%
22- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao CAD (Centro de Aconselhamento e detecção precoce do VIH);	1347	67.3%	348	17.4%	201	10.0%	81	4.0%	25	1.2%
23- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro à Comissão Distrital de Luta Contra a SIDA.	1350	67.4%	264	13.2%	182	9.1%	142	7.1%	64	3.2%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Nunca; 2- Raras vezes, 3- Às vezes, 4- Muitas vezes, 5- Sempre

Se a soma das frequências observadas for inferior à dimensão da amostra, significa que existem *missing values* (não respostas), que se podem observar no valor de N para o cálculo das estatísticas.

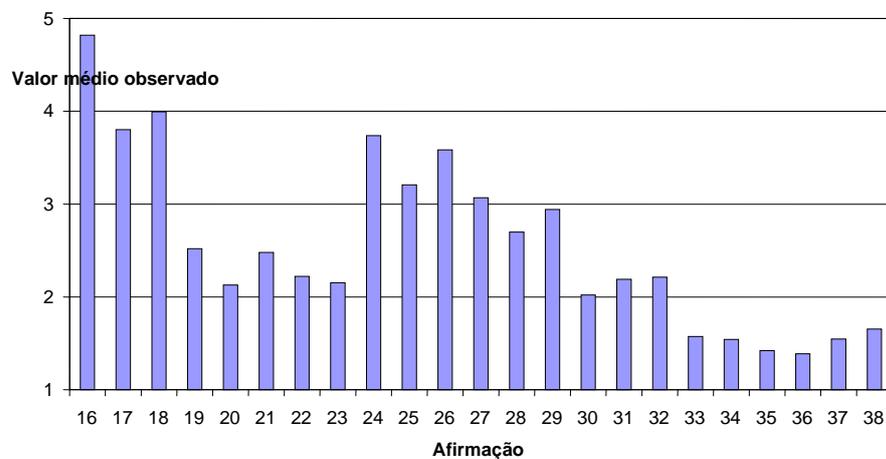
Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1- Considero os assuntos relacionados com a infecção VIH/SIDA importantes;	2002	4.82	0.46	10%	1	5
2- Considero-me adequadamente preparado(a), para abordar tópicos relacionados com a educação para a saúde, na área da SIDA;	2002	3.80	0.83	22%	1	5
3- Procuo manter-me informado acerca da infecção VIH/SIDA;	2002	3.99	0.85	21%	1	5
4- Durante o último mês conversei com outros acerca da problemática da SIDA;	2002	2.52	1.08	43%	1	5
5- Durante o curso tive formação na área de educação para a saúde, no que se refere ao problema da SIDA;	2002	2.13	1.19	56%	1	5
6- Durante o secundário, participei em acções de formação relacionadas com a educação para a saúde no que se refere ao problema da SIDA;	2002	2.48	1.13	46%	1	5
7- Obtive conhecimentos sobre a Sida nas consultas com Profissionais de Saúde (médico de família, infecciologista, enfermeiro);	2002	2.22	1.14	51%	1	5
8- Frequentei Conferências / Jornadas / Seminários relacionados com a SIDA;	2002	2.15	1.16	54%	1	5
9- Obtive conhecimentos sobre Sida através da leitura de material informativo (cartaz, panfleto, brochuras, revistas, livros);	2002	3.74	0.78	21%	1	5
10- Obtive conhecimentos sobre Sida através de colegas, amigos e/ou namorado(a);	2002	3.21	0.91	28%	1	5
11- Obtive conhecimentos sobre Sida através dos mass-media (programas de rádio, televisão, jornais);	2002	3.58	0.81	22%	1	5
12 - Obtive conhecimentos sobre Sida através da internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fóruns, blogs);	2002	3.07	1.04	34%	1	5
13- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro a colegas, amigos e/ou namorado(a);	2002	2.70	1.01	37%	1	5
14- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro à internet (sites específicos, artigos on-line, chat, fórum, blogs);	2002	2.94	1.10	37%	1	5
15- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao(s) professor(es);	2002	2.02	1.02	50%	1	5
16- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro aos pais e familiares;	2002	2.19	1.03	47%	1	5
17- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro a equipas de Saúde (Centro de Saúde, Hospital, Clinicas);	2002	2.21	1.10	50%	1	5
18- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao gabinete de apoio da escola (psicólogos, professores, orientadores);	2002	1.57	0.84	53%	1	5
19- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro à consulta de Infecciologia no Hospital;	2002	1.54	0.89	58%	1	5
20 - Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao serviço social;	2002	1.42	0.77	54%	1	5
21- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro às ONG's (Organizações Não Governamentais);	2002	1.39	0.77	56%	1	5
22- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro ao CAD (Centro de Aconselhamento e detecção precoce do VIH);	2002	1.55	0.92	59%	1	5
23- Quando tenho dúvidas sobre infecção VIH/SIDA/sexualidade habitualmente recorro à Comissão Distrital de Luta Contra a SIDA.	2002	1.65	1.10	67%	1	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Nunca; 2- Raras vezes, 3- Às vezes, 4- Muitas vezes, 5- Sempre

Ilustram-se graficamente os valores médios observados.



Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Nunca; 2- Raras vezes, 3- Às vezes, 4- Muitas vezes, 5- Sempre

A afirmação que apresenta, em média, maior frequência de concordância é a 16 (Média=4,82), seguida das afirmações 18 (Média=3,99), 17 (Média=3,80) e 24 (Média=3,74). As afirmações 33 a 38 (Médias entre 1,39 e 1,65) apresentam menor frequência de concordância.

ANEXO 3

Tabela de frequências de respostas da Escala de Avaliação da Educação para a Saúde na
Área da SIDA

Escala de avaliação da educação para a saúde na área da SIDA (EAES)

Tabela de frequências de respostas

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Ensino programado.	69	3.5%	152	7.6%	627	31.4%	752	37.6%	398	19.9%
2. Discussão e dramatização.	69	3.5%	215	10.8%	563	28.2%	807	40.4%	344	17.2%
3. Ensino de pares, jogos, dramatização.	102	5.1%	245	12.3%	646	32.3%	723	36.2%	282	14.1%
4. Preleção e questionamento.	61	3.1%	173	8.7%	607	30.4%	817	40.9%	340	17.0%
5. Discussão de classe, ensino de pares, projectores de grupo.	83	4.2%	201	10.1%	656	32.8%	750	37.5%	308	15.4%
6. Dramatização, simulação, jogos e exercício.	117	5.9%	239	12.0%	703	35.2%	686	34.3%	253	12.7%
7. Os objectivos de aprendizagem estavam claros para o grupo alvo.	83	4.5%	124	6.7%	616	33.2%	728	39.2%	306	16.5%
8. Os objectivos da sessão abrangiam os pontos principais do material de educação para a saúde.	84	4.5%	121	6.5%	590	31.8%	772	41.6%	290	15.6%
9. A relevância do conteúdo para o grupo alvo estava claramente definida.	82	4.4%	141	7.6%	647	34.8%	709	38.2%	278	15.0%
10. As frases eram mantidas por ordem cronológica.	108	5.8%	193	10.4%	758	40.8%	621	33.4%	177	9.5%
11. Os títulos e subtítulos eram claros e informativos.	78	4.2%	103	5.5%	624	33.6%	762	41.0%	290	15.6%
12. Os desenhos e ilustrações estavam rotulados de modo claro.	79	4.3%	103	5.5%	594	32.0%	738	39.8%	342	18.4%
13. O conteúdo foi apresentado sem preconceitos, respeitando a livre escolha por parte do grupo alvo.	69	3.7%	111	6.0%	513	27.6%	683	36.8%	481	25.9%
14. O conteúdo foi apresentado de modo que relata e integra nova informação na que já era conhecida e compreendida pelo grupo alvo.	76	4.1%	113	6.1%	641	34.5%	746	40.2%	281	15.1%
15. O conteúdo de ensino é apropriado para os padrões da comunidade.	77	4.1%	148	8.0%	694	37.4%	681	36.7%	257	13.8%
16. O foco do material de educação para a saúde estava no cumprimento das tarefas de aprendizagem.	54	2.9%	111	6.0%	760	40.9%	763	41.1%	168	9.1%
17. O conteúdo educacional estava escrito num estilo específico e centrado no estudante.	58	3.1%	160	8.6%	717	38.6%	716	38.5%	207	11.1%
18. O conteúdo incluía descrições das sensações físicas que o grupo alvo pode experimentar durante os procedimentos de diagnóstico e de tratamento.	110	5.9%	287	15.4%	774	41.7%	555	29.9%	132	7.1%
19. O vocabulário do material de educação para a saúde incidia em palavras usadas correntemente pelo grupo alvo.	61	3.3%	161	8.7%	731	39.3%	707	38.1%	198	10.7%
20. As ideias e pontos importantes do conteúdo foram repetidas como reforço.	52	2.8%	143	7.7%	703	37.8%	703	37.8%	257	13.8%
21. A informação mais importante para o grupo alvo foi apresentada primeiro.	62	3.3%	178	9.6%	771	41.5%	632	34.0%	215	11.6%
22. Foi apresentada uma ideia por parágrafo.	74	4.0%	263	14.2%	902	48.5%	509	27.4%	110	5.9%
23. Foram usadas frases pequenas e simples para incluir uma ideia de cada vez.	59	3.2%	197	10.6%	769	41.4%	642	34.6%	191	10.3%
24. Foi incluída uma lista de recursos que fornece mais informação sobre o assunto.	82	4.4%	231	12.4%	783	42.2%	583	31.4%	178	9.6%
25. Os termos de saúde foram definidos.	59	3.2%	181	9.7%	715	38.5%	676	36.4%	227	12.2%
26. O conteúdo foi apresentado em termos concretos e não em conceitos e ideias abstractas.	52	2.8%	159	8.6%	710	38.2%	723	38.9%	214	11.5%
27. A primeira frase de cada parágrafo era a frase tópico.	56	3.0%	217	11.7%	870	46.8%	564	30.4%	151	8.1%
28. Foram dadas instruções específicas e precisas se se espera que o grupo alvo desempenhe algumas actividades de auto-cuidado.	63	3.4%	176	9.5%	721	38.8%	669	36.0%	229	12.3%
29. Os desenhos e ilustrações eram reconhecíveis pelo grupo alvo com ou sem texto explicativo.	58	3.1%	111	6.0%	665	35.8%	754	40.6%	270	14.5%
30. O conteúdo focava no que o grupo alvo deve fazer bem como no que necessitava de saber.	52	2.8%	107	5.8%	664	35.7%	790	42.5%	245	13.2%
31. Os desenhos e ilustrações representavam o conteúdo com rigor para melhorar a compreensão do material.	52	2.8%	137	7.4%	722	38.9%	712	38.3%	235	12.6%
32. Foram fornecidas oportunidades para o grupo alvo usar os novos conceitos.	69	3.7%	241	13.0%	836	45.0%	587	31.6%	125	6.7%
33. Foi dada igual consideração ao género na utilização de pronomes.	64	3.4%	231	12.4%	825	44.4%	604	32.5%	134	7.2%
34. A finalidade do material de educação para a saúde estava claro para o grupo alvo de formandos.	65	3.5%	124	6.7%	761	41.0%	720	38.8%	188	10.1%
35. Os exemplos utilizados contêm as características centrais das ideias e conceitos apresentados.	61	3.3%	126	6.8%	737	39.7%	731	39.3%	203	10.9%
36. Foram utilizados exemplos para ligar aquilo que o grupo alvo já sabe com o conteúdo a ser ensinado.	57	3.1%	134	7.2%	667	35.9%	765	41.2%	235	12.6%
37. Os objectivos de aprendizagem e o conteúdo educacional relacionavam-se uns com os outros.	56	3.0%	134	7.2%	654	35.2%	799	43.0%	215	11.6%
38. Foi utilizada a voz activa.	61	3.3%	143	7.7%	627	33.7%	753	40.5%	274	14.7%
39. Os objectivos de aprendizagem do material de educação para a saúde estavam relacionados com o resultado pretendido.	55	3.0%	129	6.9%	649	34.9%	799	43.0%	226	12.2%
40. O conteúdo educacional estava actualizado.	55	3.0%	117	6.3%	556	29.9%	761	41.0%	369	19.9%
41. Foram incluídos resumos rigorosos e coerentes ao longo do material de educação para a saúde.	56	3.0%	207	11.1%	710	38.2%	711	38.3%	174	9.4%
42. As ideias apresentadas estavam logicamente relacionadas e apresentavam uma estrutura coerente.	51	2.7%	110	5.9%	545	29.3%	815	43.8%	338	18.2%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Nunca; 2- Raras vezes, 3- As vezes, 4- Muitas vezes, 5- Sempre

Quando a soma das frequências observadas é inferior à dimensão da amostra, significa que existem *missing values* (não respostas), que se podem observar no valor de N para o cálculo das estatísticas. O aumento nas não respostas para as afirmações a partir da 7, deve-se ao facto de os elementos da amostra não terem participado em nenhuma sessão de educação para a saúde.

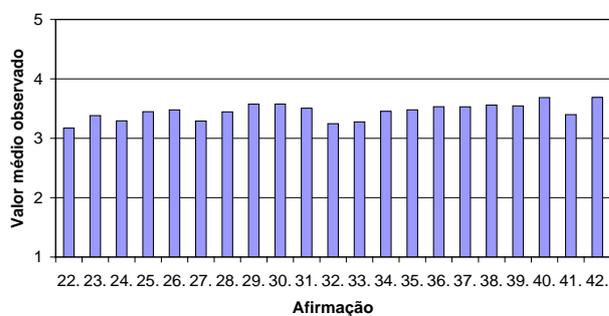
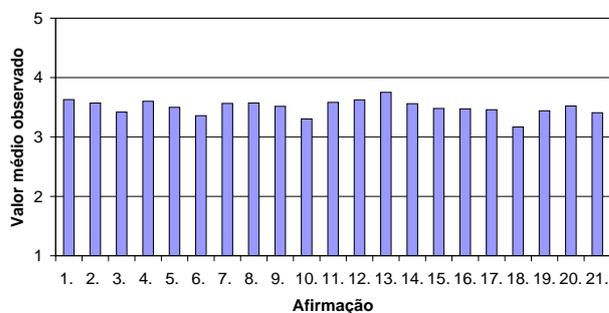
Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. Prelecção e ensino programado.	1998	3.63	1.00	27%	1	5
2. Discussão, simulação, jogos e dramatização.	1998	3.57	1.01	28%	1	5
3. Ensino de pares, jogos, dramatização.	1998	3.42	1.04	30%	1	5
4. Prelecção, questionamento, demonstração.	1998	3.60	0.97	27%	1	5
5. Discussão de classe, ensino de pares, projectores de grupo.	1998	3.50	1.00	29%	1	5
6. Dramatização, simulação, jogos e exercício.	1998	3.36	1.04	31%	1	5
7. Os objectivos de aprendizagem estavam claros para o grupo alvo.	1857	3.57	0.99	28%	1	5
8. Os objectivos da sessão abrangiam os pontos principais do material de educação para a saúde.	1857	3.57	0.98	27%	1	5
9. A relevância do conteúdo para o grupo alvo estava claramente definida.	1857	3.52	0.98	28%	1	5
10. As frases eram mantidas por ordem cronológica.	1857	3.30	0.98	30%	1	5
11. Os títulos e subtítulos eram claros e informativos.	1857	3.58	0.96	27%	1	5
12. Os desenhos e ilustrações estavam rotulados de modo claro.	1856	3.63	0.98	27%	1	5
13. O conteúdo foi apresentado sem preconceitos, respeitando a livre escolha por parte do grupo alvo.	1857	3.75	1.02	27%	1	5
14. O conteúdo foi apresentado de modo que relata e integra nova informação na que já era conhecida e compreendida pelo grupo alvo.	1857	3.56	0.96	27%	1	5
15. O conteúdo de ensino é apropriado para os padrões da comunidade.	1857	3.48	0.97	28%	1	5
16. O foco do material de educação para a saúde estava no cumprimento das tarefas de aprendizagem.	1856	3.47	0.85	25%	1	5
17. O conteúdo educacional estava escrito num estilo específico e centrado no estudante.	1858	3.46	0.91	26%	1	5
18. O conteúdo incluía descrições das sensações físicas que o grupo alvo pode experimentar durante os procedimentos de diagnóstico e de tratamento.	1858	3.17	0.97	31%	1	5
19. O vocabulário do material de educação para a saúde incidia em palavras usadas correntemente pelo grupo alvo.	1858	3.44	0.91	26%	1	5
20. As ideias e pontos importantes do conteúdo foram repetidas como reforço.	1858	3.52	0.92	26%	1	5
21. A informação mais importante para o grupo alvo foi apresentada primeiro.	1858	3.41	0.93	27%	1	5
22. Foi apresentada uma ideia por parágrafo.	1858	3.17	0.88	28%	1	5
23. Foram usadas frases pequenas e simples para incluir uma ideia de cada vez.	1858	3.38	0.92	27%	1	5
24. Foi incluída uma lista de recursos que fornece mais informação sobre o assunto.	1857	3.29	0.96	29%	1	5
25. Os termos de saúde foram definidos.	1858	3.45	0.94	27%	1	5
26. O conteúdo foi apresentado em termos concretos e não em conceitos e ideias abstractas.	1858	3.48	0.91	26%	1	5
27. A primeira frase de cada parágrafo era a frase tópico.	1858	3.29	0.88	27%	1	5
28. Foram dadas instruções específicas e precisas se se espera que o grupo alvo desempenhe algumas actividades de auto-cuidado.	1858	3.44	0.94	27%	1	5
29. Os desenhos e ilustrações eram reconhecíveis pelo grupo alvo com ou sem texto explicativo.	1858	3.57	0.92	26%	1	5
30. O conteúdo focava no que o grupo alvo deve fazer bem como no que necessitava de saber.	1858	3.58	0.89	25%	1	5
31. Os desenhos e ilustrações representavam o conteúdo com rigor para melhorar a compreensão do material.	1858	3.51	0.90	26%	1	5
32. Foram fornecidas oportunidades para o grupo alvo usar os novos conceitos.	1858	3.25	0.90	28%	1	5
33. Foi dada igual consideração ao género na utilização de pronomes.	1858	3.28	0.89	27%	1	5
34. A finalidade do material de educação para a saúde estava claro para o grupo alvo de formandos.	1858	3.45	0.89	26%	1	5
35. Os exemplos utilizados contêm as características centrais das ideias e conceitos apresentados.	1858	3.48	0.90	26%	1	5
36. Foram utilizados exemplos para ligar aquilo que o grupo alvo já sabe com o conteúdo a ser ensinado.	1858	3.53	0.91	26%	1	5
37. Os objectivos de aprendizagem e o conteúdo educacional relacionavam-se uns com os outros.	1858	3.53	0.90	25%	1	5
38. Foi utilizada a voz activa.	1858	3.56	0.94	27%	1	5
39. Os objectivos de aprendizagem do material de educação para a saúde estavam relacionados com o resultado pretendido.	1858	3.54	0.90	25%	1	5
40. O conteúdo educacional estava actualizado.	1858	3.68	0.96	26%	1	5
41. Foram incluídos resumos rigorosos e coerentes ao longo do material de educação para a saúde.	1858	3.40	0.91	27%	1	5
42. As ideias apresentadas estavam logicamente relacionadas e apresentavam uma estrutura coerente.	1859	3.69	0.93	25%	1	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Nunca; 2- Raras vezes; 3- Às vezes; 4- Muitas vezes; 5- Sempre

Ilustram-se graficamente os valores médios observados.



Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Nunca; 2- Raras vezes, 3- Às vezes, 4- Muitas vezes, 5- Sempre

Nesta escala, os valores médios das respostas às várias afirmações, bem como a dispersão de respostas, são muito semelhantes para todas as afirmações. O valor médio das respostas situa-se sempre entre "às vezes" e "muitas vezes".

ANEXO 4

Tabela de frequências de respostas da Escala Saúde e Relacionamento

Escala saúde e relacionamento

Tabela de frequências de respostas

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. A taxa mais elevada de vírus que causa a SIDA encontra-se no sangue e sêmen, mais do que noutros fluidos corporais.	20	1.0%	77	3.8%	228	11.4%	874	43.7%	802	40.1%
2. Estima-se que mais de 53.000 Portugueses estão actualmente infectados com o vírus da SIDA.	187	9.3%	96	4.8%	964	48.2%	627	31.3%	127	6.3%
3. Se não se usar preservativo, retirar o pénis imediatamente antes do orgasmo reduz o risco de contrair o vírus da SIDA, ao ponto de ser altamente improvável contrai-lo.	1395	69.7%	404	20.2%	138	6.9%	41	2.0%	23	1.1%
4. É pouco provável contrair o vírus da SIDA através da partilha de seringas de alguém que tem o vírus.	1517	75.8%	176	8.8%	100	5.0%	125	6.2%	83	4.1%
5. Actualmente, é pouco provável que uma transfusão sanguínea transmita o vírus da SIDA.	414	20.7%	402	20.1%	359	17.9%	623	31.1%	203	10.1%
6. O sexo oral desprotegido é menos arriscado do que o sexo vaginal desprotegido, relativamente à transmissão do vírus da SIDA.	474	23.7%	607	30.3%	478	23.9%	351	17.5%	91	4.5%
7. A maioria das pessoas que foram expostas ao vírus da SIDA mostra sintomas visíveis de doença grave.	331	16.5%	735	36.7%	439	21.9%	338	16.9%	158	7.9%
8. O vírus da SIDA não se transmite através de espirros ou tosse.	48	2.4%	125	6.2%	291	14.5%	745	37.2%	792	39.6%
9. Não existem casos de pessoas que contraem o vírus da SIDA através de contactos de saliva.	61	3.0%	218	10.9%	577	28.8%	722	36.1%	423	21.1%
10. Pode estar-se infectado com o vírus da SIDA durante cinco ou mais anos sem desenvolver SIDA.	29	1.4%	93	4.6%	397	19.8%	848	42.4%	634	31.7%
11. Muitas pessoas contraíram o vírus da SIDA através de transfusões sanguíneas.	96	4.8%	372	18.6%	541	27.0%	743	37.1%	249	12.4%
12. É pouco seguro usar fontes ou casas-de-banho públicas que possam ter sido usadas por alguém que tem o vírus da SIDA.	388	19.4%	766	38.3%	486	24.3%	307	15.3%	54	2.7%
13. Algumas pessoas contraíram o vírus da SIDA através do suor de pessoas infectadas em ginásios ou health clubs.	799	39.9%	831	41.5%	308	15.4%	46	2.3%	17	.8%
14. Se se beijar alguém que tenha o vírus da SIDA, é provável que se contraia a doença.	742	37.1%	875	43.7%	248	12.4%	112	5.6%	24	1.2%
15. Uma mulher grávida infectada com o vírus da SIDA não transmite o vírus ao filho.	767	38.3%	692	34.6%	308	15.4%	152	7.6%	82	4.1%
16. O vírus da SIDA não se transmite através dos mosquitos.	240	12.0%	410	20.5%	600	30.0%	414	20.7%	337	16.8%
17. Nas relações sexuais, os homens podem transmitir o vírus da SIDA às mulheres com mais facilidade do que as mulheres aos homens.	681	34.0%	548	27.4%	547	27.3%	171	8.5%	54	2.7%
18. Os lubrificantes à base de óleo, tal como a vaselina, devem usar-se para lubrificar os preservativos.	572	28.6%	467	23.3%	687	34.3%	216	10.8%	59	2.9%
19. Os preservativos podem ser guardados com segurança na carteira por mais de dois meses.	646	32.3%	576	28.8%	378	18.9%	209	10.4%	192	9.6%
20. Para que o preservativo reduza eficazmente o risco da SIDA, deve ser colocado antes da ocorrência de qualquer contacto sexual.	47	2.3%	100	5.0%	237	11.8%	481	24.0%	1136	56.8%
21. Os preservativos naturais feitos de produtos animais não são eficazes quanto os de látex na prevenção do vírus da SIDA.	224	11.2%	327	16.3%	1126	56.3%	257	12.8%	67	3.3%
22. Os médicos especialistas acreditam que a maioria das pessoas infectadas com o vírus da SIDA vão eventualmente desenvolver SIDA.	22	1.1%	111	5.5%	728	36.4%	920	46.0%	220	11.0%
23. Para que o vírus da SIDA seja transmitido de uma pessoa para outra, tem que existir contacto directo entre o sangue, secreções vaginais ou sêmen, com o sangue de outra pessoa.	52	2.6%	102	5.1%	164	8.2%	811	40.5%	872	43.6%
24. Tal como os alimentos, os preservativos têm um prazo de validade, pelo que não se deve comprá-los quando a data de validade já tiver expirado.	83	4.1%	68	3.4%	159	7.9%	335	16.7%	1356	67.8%
25. Nonoxynol-9 (encontrado em alguns espermicidas e sabonetes), mostraram conseguir matar o vírus da SIDA.	571	28.5%	435	21.7%	933	46.6%	49	2.4%	13	.6%
26. Se se fizer um teste de SIDA "confidencial", tem que se dar o nome para o site de testes.	649	32.4%	536	26.8%	728	36.4%	69	3.4%	19	.9%
27. Pode contrair-se o vírus da SIDA através da comida que foi preparada por alguém que tenha o vírus.	929	46.4%	701	35.0%	252	12.6%	100	5.0%	19	.9%
28. As crianças que têm o vírus da SIDA podem espalhá-lo facilmente a outras crianças.	548	27.4%	793	39.6%	378	18.9%	251	12.5%	31	1.5%
29. Não é seguro partilhar copos de bebidas e utensílios de cozinha com pessoas que têm o vírus da SIDA.	456	22.8%	742	37.1%	457	22.8%	305	15.2%	41	2.0%
30. Muitos profissionais de saúde foram infectados por tratarem de pessoas com o vírus da SIDA.	277	13.8%	619	30.9%	698	34.9%	348	17.4%	59	2.9%
31. Os animais domésticos podem transmitir o vírus da SIDA aos humanos.	522	26.1%	625	31.2%	717	35.8%	111	5.5%	26	1.3%
32. Se se praticar sexo desprotegido e se o teste sanguíneo para o HIV feito duas semanas mais tarde der negativo, é certo que não se esteve exposto ao vírus da SIDA.	579	28.9%	654	32.7%	415	20.7%	218	10.9%	135	6.7%
33. Quando usados devidamente, os preservativos de látex reduzem fortemente a hipótese de transmissão do vírus da SIDA.	25	1.2%	42	2.1%	337	16.8%	794	39.7%	803	40.1%
34. De acordo com um estudo recente, 1 em cada 500 estudantes universitários já estiveram expostos ao vírus da SIDA.	37	1.8%	104	5.2%	1318	65.9%	458	22.9%	84	4.2%
35. Há vários locais nos campus universitários onde se pode adquirir preservativos a qualquer hora da noite.	279	13.9%	404	20.2%	733	36.6%	471	23.5%	114	5.7%
36. A maioria dos estudantes universitários que contraem o vírus da SIDA na universidade sentem-se-ão bem e não mostrarão sintomas de SIDA ao longo do seu percurso universitário.	261	13.0%	417	20.8%	716	35.8%	487	24.3%	120	6.0%
37. Se se conhecer o percurso e estilo de vida sexual de alguém antes de se ter sexo com ele, não é necessário usar preservativo.	982	49.1%	721	36.0%	202	10.1%	76	3.8%	20	1.0%
38. O modo como as pessoas se comportam conosco quando as conhecemos é provavelmente um bom indicador sobre se são ou não o tipo de pessoas que foram expostas ao vírus da SIDA.	1002	50.1%	571	28.5%	311	15.5%	100	5.0%	17	.8%
39. Só é necessário usar preservativo nas relações "de uma noite".	1302	65.1%	518	25.9%	119	5.9%	35	1.7%	27	1.3%
40. Pode dizer-se se um potencial parceiro sexual corre o risco de ter SIDA através do modo como se veste e da sua aparência.	1405	70.2%	418	20.9%	129	6.4%	42	2.1%	7	.3%
41. Quando se sente que se conhece bem alguém, já não é necessário praticar sexo seguro.	992	49.6%	621	31.0%	237	11.8%	125	6.2%	26	1.3%
42. Perguntar ao parceiro sobre a história da sua vida sexual é uma boa maneira de perceber se é necessário ou não praticar sexo seguro com ele.	617	30.8%	605	30.2%	312	15.6%	382	19.1%	85	4.2%
43. Desde que não se pertença a um grupo de "alto risco", tal como os gays ou toxicod dependentes, não é necessário preocupar-se com a possibilidade de eles nos contagiarem com o vírus da SIDA.	1125	56.2%	599	29.9%	201	10.0%	56	2.8%	20	1.0%
44. Se duas pessoas só têm sexo uma com a outra, não é necessário praticar sexo seguro.	652	32.6%	687	34.3%	346	17.3%	267	13.3%	49	2.4%
45. As pessoas de zonas urbanas devem seguir à risca as orientações sobre sexo seguro, mas as pessoas de zonas rurais não necessitam de o fazer.	1291	64.5%	477	23.8%	140	7.0%	50	2.5%	43	2.1%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo totalmente; 2- Discordo, 3- Nem concordo nem discordo, 4- Concordo, 5- Concordo totalmente

Quando a soma das frequências observadas é inferior à dimensão da amostra, significa que existem *missing values* (não respostas), que se podem observar no valor de N para o cálculo das estatísticas.

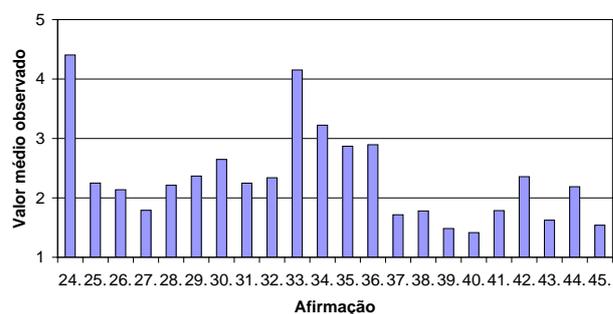
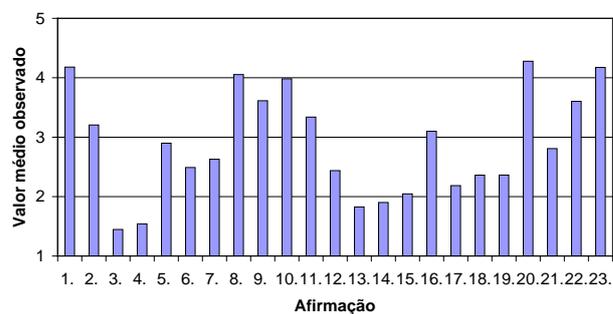
Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. A taxa mais elevada de vírus que causa a SIDA encontra-se no sangue e sêmen, mais do que noutros fluidos corporais.	2001	4.18	0.85	20%	1	5
2. Estima-se que mais de 53.000 Portugueses estão actualmente infectados com o vírus da SIDA.	2001	3.21	0.97	30%	1	5
3. Se não se usar preservativo, retirar o pénis imediatamente antes do orgasmo reduz o risco de contrair o vírus da SIDA, ao ponto de ser altamente improvável contrair-lo.	2001	1.45	0.80	56%	1	5
4. É pouco provável contrair o vírus da SIDA através da partilha de seringas de alguém que tem o vírus.	2001	1.54	1.11	72%	1	5
5. Actualmente, é pouco provável que uma transfusão sanguínea transmita o vírus da SIDA.	2001	2.90	1.32	45%	1	5
6. O sexo oral desprotegido é menos arriscado do que o sexo vaginal desprotegido, relativamente à transmissão do vírus da SIDA.	2001	2.49	1.16	47%	1	5
7. A maioria das pessoas que foram expostas ao vírus da SIDA mostra sintomas visíveis de doença grave.	2001	2.63	1.17	45%	1	5
8. O vírus da SIDA não se transmite através de espirros ou tosse.	2001	4.05	1.00	25%	1	5
9. Não existem casos de pessoas que contraem o vírus da SIDA através de contactos de saliva.	2001	3.61	1.03	29%	1	5
10. Pode estar-se infectado com o vírus da SIDA durante cinco ou mais anos sem desenvolver SIDA.	2001	3.98	0.91	23%	1	5
11. Muitas pessoas contraíram o vírus da SIDA através de transfusões sanguíneas.	2001	3.34	1.06	32%	1	5
12. É pouco seguro usar fontes ou casas-de-banho públicas que possam ter sido usadas por alguém que tem o vírus da SIDA.	2001	2.44	1.05	43%	1	5
13. Algumas pessoas contraíram o vírus da SIDA através do suor de pessoas infectadas em ginásios ou health clubs.	2001	1.83	0.83	46%	1	5
14. Se se beijar alguém que tenha o vírus da SIDA, é provável que se contraia a doença.	2001	1.90	0.90	48%	1	5
15. Uma mulher grávida infectada com o vírus da SIDA não transmite o vírus ao filho.	2001	2.05	1.10	54%	1	5
16. O vírus da SIDA não se transmite através dos mosquitos.	2001	3.10	1.25	40%	1	5
17. Nas relações sexuais, os homens podem transmitir o vírus da SIDA às mulheres com mais facilidade do que as mulheres aos homens.	2001	2.18	1.08	49%	1	5
18. Os lubrificantes à base de óleo, tal como a vaselina, devem usar-se para lubrificar os preservativos.	2001	2.36	1.09	46%	1	5
19. Os preservativos podem ser guardados com segurança na carteira por mais de dois meses.	2001	2.36	1.29	55%	1	5
20. Para que o preservativo reduza eficazmente o risco da SIDA, deve ser colocado antes da ocorrência de qualquer contacto sexual.	2001	4.28	1.01	24%	1	5
21. Os preservativos naturais feitos de produtos animais são tão eficazes quanto os de látex na prevenção do vírus da SIDA.	2001	2.81	0.91	33%	1	5
22. Os médicos especialistas acreditam que a maioria das pessoas infectadas com o vírus da SIDA vão eventualmente desenvolver SIDA.	2001	3.60	0.80	22%	1	5
23. Para que o vírus da SIDA seja transmitido de uma pessoa para outra, tem que existir contacto directo entre o sangue, secreções vaginais ou sêmen, com o sangue de outra pessoa.	2001	4.17	0.96	23%	1	5
24. Tal como os alimentos, os preservativos têm um prazo de validade, pelo que não se deve comprá-los quando a data de validade já tiver expirado.	2001	4.41	1.05	24%	1	5
25. Nonoxonyl-9 (encontrado em alguns espermicidas e sabonetes), mostraram conseguir matar o vírus da SIDA.	2001	2.25	0.92	41%	1	5
26. Se se fizer um teste de SIDA "confidencial", tem que se dar o nome para o site de testes.	2001	2.14	0.95	44%	1	5
27. Pode contrair-se o vírus da SIDA através da comida que foi preparada por alguém que tenha o vírus.	2001	1.79	0.91	51%	1	5
28. As crianças que têm o vírus da SIDA podem espalhá-lo facilmente a outras crianças.	2001	2.21	1.03	47%	1	5
29. Não é seguro partilhar copos de bebidas e utensílios de cozinha com pessoas que têm o vírus da SIDA.	2001	2.37	1.06	45%	1	5
30. Muitos profissionais de saúde foram infectados por tratarem de pessoas com o vírus da SIDA.	2001	2.65	1.02	38%	1	5
31. Os animais domésticos podem transmitir o vírus da SIDA aos humanos.	2001	2.25	0.95	42%	1	5
32. Se se praticar sexo desprotegido e se o teste sanguíneo para o HIV feito duas semanas mais tarde der negativo, é certo que não se esteve exposto ao vírus da SIDA.	2001	2.34	1.19	51%	1	5
33. Quando usados devidamente, os preservativos de látex reduzem fortemente a hipótese de transmissão do vírus da SIDA.	2001	4.15	0.86	21%	1	5
34. De acordo com um estudo recente, 1 em cada 500 estudantes universitários já estiveram expostos ao vírus da SIDA.	2001	3.22	0.69	21%	1	5
35. Há vários locais nos campus universitários onde se pode adquirir preservativos a qualquer hora da noite.	2001	2.87	1.10	38%	1	5
36. A maioria dos estudantes universitários que contraem o vírus da SIDA na universidade sentir-se-ão bem e não mostrarão sintomas de SIDA ao longo do seu percurso universitário.	2001	2.89	1.10	38%	1	5
37. Se se conhecer o percurso e estilo de vida sexual de alguém antes de se ter sexo com ele, não é necessário usar preservativo.	2001	1.72	0.87	51%	1	5
38. O modo como as pessoas se comportam connosco quando as conhecemos é provavelmente um bom indicador sobre se são ou não o tipo de pessoas que foram expostas ao vírus da SIDA.	2001	1.78	0.94	53%	1	5
39. Só é necessário usar preservativo nas relações "de uma noite".	2001	1.48	0.80	54%	1	5
40. Pode dizer-se se um potencial parceiro sexual corre o risco de ter SIDA através do modo como se veste e da sua aparência.	2001	1.41	0.73	52%	1	5
41. Quando se sente que se conhece bem alguém, já não é necessário praticar sexo seguro.	2001	1.79	0.97	54%	1	5
42. Perguntar ao parceiro sobre a história da sua vida sexual é uma boa maneira de perceber se é necessário ou não praticar sexo seguro com ele.	2001	2.36	1.22	52%	1	5
43. Desde que não se pertença a um grupo de "alto risco", tal como os gays ou toxicodependentes, não é necessário preocupar-se com a possibilidade de eles nos contagiarem com o vírus da SIDA.	2001	1.62	0.85	52%	1	5
44. Se duas pessoas só têm sexo uma com a outra, não é necessário praticar sexo seguro.	2001	2.19	1.10	50%	1	5
45. As pessoas de zonas urbanas devem seguir à risca as orientações sobre sexo seguro, mas as pessoas de zonas rurais não necessitam de o fazer.	2001	1.54	0.89	58%	1	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo totalmente; 2- Discordo, 3- Nem concordo nem discordo, 4- Concordo, 5- Concordo totalmente

Ilustram-se graficamente os valores médios observados.



Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo totalmente; 2- Discordo, 3- Nem concordo nem discordo, 4- Concordo, 5- Concordo totalmente

A concordância é, em média, superior para as afirmações 1, 8, 10, 20, 23, 24 e 33 e inferior para as afirmações 3, 4, 13, 14, 27, 37 a 41, 43 e 45.

ANEXO 5

Tabela de frequências de respostas da Escala de Medidas de Motivação para pôr em Prática
Comportamentos Preventivos Relativos à SIDA

Medidas de motivação para pôr em prática comportamentos Preventivos relativos à SIDA

Tabela de frequências de respostas

6,5	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Eu não ter relações sexuais no próximo mês seria:	712	35.7%	343	17.2%	441	22.1%	180	9.0%	317	15.9%
2. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu não devo ter relações sexuais no próximo mês.	837	42.0%	387	19.4%	385	19.3%	154	7.7%	230	11.5%
As questões seguintes referem-se a discutir sexo seguro com os parceiros.										
3. Não penso ter relações sexuais no próximo mês.	818	41.0%	270	13.5%	369	18.5%	161	8.1%	375	18.8%
4. Falar sobre sexo seguro (como prevenir o contágio pelo vírus da SIDA) com o(s) meu(s) parceiro(s) antes de ter sexo com eles durante o próximo mês seria:	189	9.5%	235	11.8%	530	26.6%	434	21.8%	605	30.4%
5. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo falar sobre sexo seguro com o meu parceiro antes de ter sexo com ele.	200	10.0%	222	11.1%	459	23.0%	429	21.5%	683	34.3%
6. Se eu tiver sexo durante o próximo mês, penso falar sobre sexo seguro com o meu parceiro antes de ter sexo com ele.	208	10.4%	258	12.9%	398	20.0%	431	21.6%	698	35.0%
7. Tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro (por exemplo, usar preservativos de látex) durante o próximo mês seria:	233	11.7%	185	9.3%	347	17.4%	356	17.9%	872	43.8%
As perguntas seguintes referem-se a tentar persuadir o seu parceiro a praticar apenas sexo seguro.										
8. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro durante o próximo mês.	374	18.8%	200	10.0%	418	21.0%	338	17.0%	663	33.3%
9. Se eu tiver sexo durante o próximo mês, penso tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro	222	11.1%	176	8.8%	359	18.0%	318	16.0%	918	46.1%
As questões seguintes referem-se à compra de preservativos de látex.										
10. Comprar preservativos de látex durante o próximo mês seria:	298	15.0%	217	10.9%	428	21.5%	423	21.2%	627	31.5%
11. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo comprar preservativos de látex durante o próximo mês.	309	15.5%	240	12.0%	516	25.9%	398	20.0%	530	26.6%
12. Penso comprar preservativos de látex durante o próximo mês.	335	16.8%	247	12.4%	486	24.4%	378	19.0%	547	27.4%
As questões seguintes referem-se a assegurar-se de que tem sempre à mão preservativos de látex.										
13. Ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês seria:	229	11.5%	200	10.0%	432	21.7%	418	21.0%	714	35.8%
14. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês.	233	11.7%	169	8.5%	479	24.0%	434	21.8%	678	34.0%
15. Penso ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês.	251	12.6%	188	9.4%	413	20.7%	369	18.5%	772	38.7%
As questões seguintes referem-se a usar sempre preservativos de látex durante as relações sexuais.										
16. Durante o próximo mês, o meu parceiro e eu usarmos sempre preservativos de látex nas relações sexuais seria:	205	10.3%	162	8.1%	343	17.2%	353	17.7%	930	46.7%
17. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devia usar sempre preservativos de látex nas relações sexuais, durante o próximo mês.	178	8.9%	142	7.1%	393	19.7%	358	18.0%	922	46.3%
18. Se eu tiver relações sexuais durante o próximo mês, penso usar sempre preservativos de látex.	266	13.3%	210	10.5%	286	14.4%	285	14.3%	946	47.5%
As questões seguintes referem-se a fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA										
19. Fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês seria:	634	31.8%	535	26.8%	529	26.5%	176	8.8%	119	6.0%
20. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês.	644	32.3%	511	25.6%	519	26.0%	184	9.2%	135	6.8%
21. Penso fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês.	801	40.2%	472	23.7%	443	22.2%	154	7.7%	123	6.2%
As questões seguintes referem-se a pedir ao seu parceiro para fazer um teste da SIDA.										
22. Pedir ao seu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês seria:	687	34.5%	537	26.9%	466	23.4%	188	9.4%	115	5.8%
23. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo pedir ao meu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês.	694	34.8%	500	25.1%	503	25.2%	164	8.2%	132	6.6%
24. Penso pedir ao meu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês.	747	37.5%	387	19.4%	393	19.7%	321	16.1%	145	7.3%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Totalmente falso; ...; 5- Totalmente verdade / 1- Muito improvável; ...; 5- Muito provável

Quando a soma das frequências observadas é inferior à dimensão da amostra, significa que existem *missing values* (não respostas), que se podem observar no valor de N para o cálculo das estatísticas.

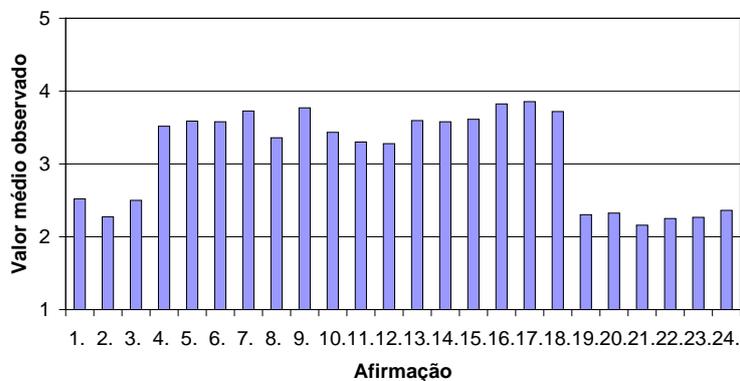
Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. Eu não ter relações sexuais no próximo mês seria:	1993	2.52	1.45	57%	1	5
2. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu não devo ter relações sexuais no próximo mês. As questões seguintes referem-se a discutir sexo seguro com os parceiros.	1993	2.27	1.37	60%	1	5
3. Não penso ter relações sexuais no próximo mês.	1993	2.50	1.54	61%	1	5
4. Falar sobre sexo seguro (como prevenir o contágio pelo vírus da SIDA) com o(s) meu(s) parceiro(s) antes de ter sexo com eles durante o próximo mês seria:	1993	3.52	1.29	37%	1	5
5. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo falar sobre sexo seguro com o meu parceiro antes de ter sexo com ele.	1993	3.59	1.32	37%	1	5
6. Se eu tiver sexo durante o próximo mês, penso falar sobre sexo seguro com o meu parceiro antes de ter sexo com ele.	1993	3.58	1.35	38%	1	5
7. Tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro (por exemplo, usar preservativos de látex) durante o próximo mês seria: As perguntas seguintes referem-se a tentar persuadir o seu parceiro a praticar apenas sexo seguro.	1993	3.73	1.40	38%	1	5
8. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro durante o próximo mês.	1993	3.36	1.49	44%	1	5
9. Se eu tiver sexo durante o próximo mês, penso tentar persuadir o meu parceiro a praticar apenas sexo seguro As questões seguintes referem-se à compra de preservativos de látex.	1993	3.77	1.39	37%	1	5
10. Comprar preservativos de látex durante o próximo mês seria:	1993	3.43	1.41	41%	1	5
11. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo comprar preservativos de látex durante o próximo mês.	1993	3.30	1.38	42%	1	5
12. Penso comprar preservativos de látex durante o próximo mês. As questões seguintes referem-se a assegurar-se de que tem sempre à mão preservativos de látex.	1993	3.28	1.42	43%	1	5
13. Ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês seria:	1993	3.60	1.36	38%	1	5
14. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês.	1993	3.58	1.34	37%	1	5
15. Penso ter sempre à mão preservativos de látex durante o próximo mês. As questões seguintes referem-se a usar sempre preservativos de látex durante as relações sexuais.	1993	3.61	1.40	39%	1	5
16. Durante o próximo mês, o meu parceiro e eu usarmos sempre preservativos de látex nas relações sexuais seria:	1993	3.82	1.36	36%	1	5
17. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devia usar sempre preservativos de látex nas relações sexuais, durante o próximo mês.	1993	3.85	1.31	34%	1	5
18. Se eu tiver relações sexuais durante o próximo mês, penso usar sempre preservativos de látex. As questões seguintes referem-se a fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA	1993	3.72	1.47	40%	1	5
19. Fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês seria:	1993	2.30	1.18	51%	1	5
20. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês.	1993	2.33	1.21	52%	1	5
21. Penso fazer um teste sanguíneo para despistar o vírus da SIDA, durante o próximo mês. As questões seguintes referem-se a pedir ao seu parceiro para fazer um teste da SIDA.	1993	2.16	1.21	56%	1	5
22. Pedir ao seu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês seria:	1993	2.25	1.19	53%	1	5
23. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensa que eu devo pedir ao meu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês.	1993	2.27	1.21	53%	1	5
24. Penso pedir ao meu parceiro para fazer um teste da SIDA, durante o próximo mês.	1993	2.36	1.32	56%	1	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Totalmente falso; ...; 5- Totalmente verdade / 1- Muito improvável; ...; 5- Muito provável

Ilustram-se graficamente os valores médios observados.



Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Totalmente falso; ...; 5- Totalmente verdade / 1- Muito improvável; ...; 5- Muito provável

A concordância com a veracidade/ probabilidade das afirmações é, em média, superior para as afirmações 4 a 18 (sendo, nestas, um pouco inferior para as afirmações 8, 10, 11 e 12) e inferior para as afirmações 1 a 3 e 19 a 24.

ANEXO 6

Tabela de frequências de respostas da Escala da Eficácia Precepcionada dos
Comportamentos Preventivos da SIDA

Escala da eficácia percebida dos Comportamentos preventivos da SIDA

Tabela de frequências de respostas

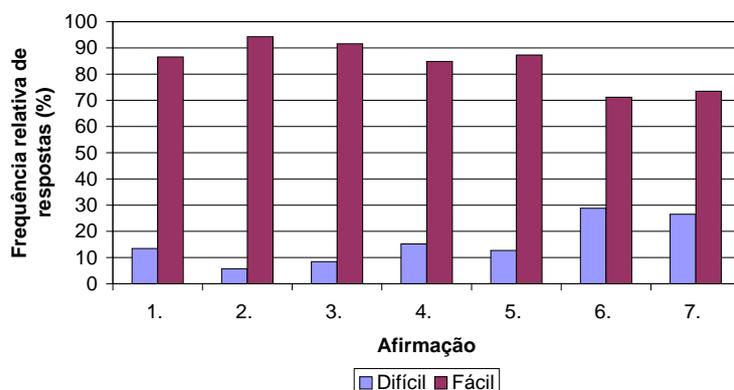
	1		2	
	N	%	N	%
1. Quão difícil seria para si comprar preservativos?	268	13.4%	1726	86.6%
2. Quão difícil seria para si apoiar o seu parceiro se ele lhe falasse na possibilidade de usarem preservativos de látex para prevenir o vírus da SIDA?	114	5.7%	1880	94.3%
3. Quão difícil seria para si praticar sexo seguro com preservativos de látex, excitando o seu parceiro?	168	8.4%	1826	91.6%
4. Quão difícil seria para si discutir sexo seguro (por exemplo, usar sempre preservativos de látex) com o seu parceiro, num cenário não sexual, por exemplo, ao volante de um carro?	303	15.2%	1691	84.8%
5. Quão difícil seria para si usar continuamente preservativos com um parceiro sempre que tem um encontro de uma noite?	253	12.7%	1741	87.3%
6. Quão difícil seria para si usar preservativo com o seu parceiro sob o efeito de álcool ou droga?	575	28.8%	1419	71.2%
7. Quão difícil seria para si evitar o álcool ou drogas se pensasse que ia ter relações sexuais mais tarde?	529	26.5%	1465	73.5%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Difícil; 2- Fácil

Verificam-se 1994 respostas válidas a todas as afirmações.

Ilustram-se graficamente os valores observados.



A resposta fácil apresenta sempre valores muito superiores, mais para as afirmações 2 e 3 e menos para as afirmações 6 e 7.

Tabela de frequências de respostas

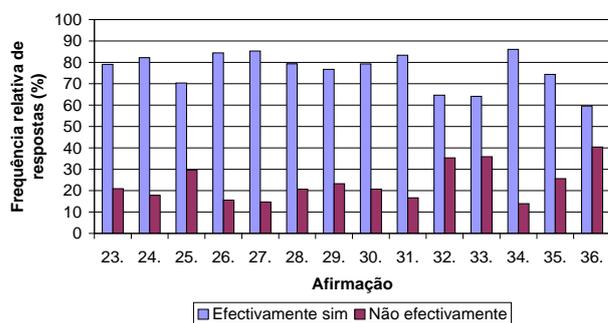
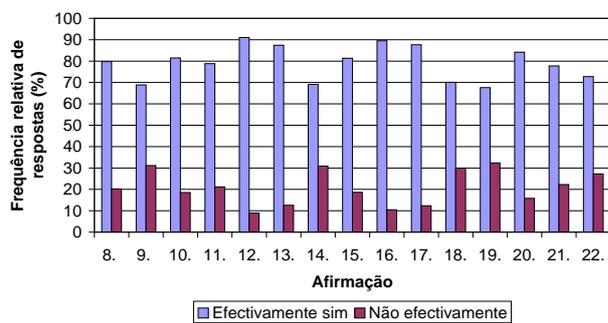
	1		2	
	N	%	N	%
8. Quão efectivamente poderia discutir sexo seguro (tal como usar preservativos de látex) com o seu parceiro antes de ter sexo com ele?	1591	79.8%	403	20.2%
9. Quão efectivamente conseguiria recusar ter sexo desprotegido (Nota: Sexo desprotegido significa 1. pênis-vagina sem preservativo; 2. pênis-recto sem preservativo).	1373	68.9%	621	31.1%
10. Se estivesse prestes a ter sexo, quão efectivamente conseguiria demonstrar ao seu parceiro não verbalmente (por exemplo, através de movimentos corporais) que apenas quer praticar sexo seguro?	1625	81.5%	369	18.5%
11. Quão efectivamente conseguiria dizer ao seu parceiro através de uma piada que apenas quer praticar sexo seguro?	1572	78.8%	422	21.2%
12. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a praticar sexo seguro?	1815	91.0%	179	9.0%
13. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a usar preservativo no sexo vaginal?	1743	87.4%	251	12.6%
14. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a usar preservativo (ou outra barreira de látex) no sexo oral?	1378	69.1%	616	30.9%
15. Quão efectivamente conseguiria planear antecipadamente ter preservativos à mão sempre que tem sexo?	1622	81.3%	372	18.7%
16. Quão efectivamente conseguiria fazer o sexo seguro ser agradável para o seu parceiro?	1785	89.5%	209	10.5%
17. Quão efectivamente conseguiria fazer o seu parceiro sentir-se bem em relação ao uso do preservativo durante as relações sexuais vaginais?	1748	87.7%	246	12.3%
18. Quão efectivamente conseguiria fazer o seu parceiro sentir-se bem em relação ao uso do preservativo (ou outra barreira de látex) durante o sexo oral?	1398	70.1%	596	29.9%
19. Quão efectivamente conseguiria recusar ter sexo oral sem preservativo ou outra barreira de látex?	1348	67.6%	646	32.4%
20. Quão efectivamente conseguiria falar sobre iniciar práticas sexuais mais seguras (por exemplo, usar preservativos de látex) com o seu parceiro?	1678	84.2%	315	15.8%
21. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a começar a ter apenas sexo seguro (com preservativo de látex)?	1549	77.7%	444	22.3%
22. Se conseguisse convencer o seu parceiro a começar a usar preservativos de látex consigo, quão difícil seria para si continuar a usar preservativos sempre que tivessem relações sexuais, antes de ambos fazerem o teste da SIDA?	1450	72.8%	543	27.2%
23. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a fazer um teste de SIDA consigo?	1576	79.1%	417	20.9%
24. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro a continuar a usar preservativo sempre que tivessem relações sexuais?	1638	82.2%	355	17.8%
25. Quão difícil para si seria continuar a usar preservativo com o seu parceiro sempre que tivesse relações sexuais, antes de ambos fazerem o teste da SIDA?	1402	70.3%	591	29.7%
26. Quão efectivamente conseguiria discutir práticas sexuais mais seguras com este novo parceiro antes de ter sexo com ele?	1682	84.4%	310	15.6%
27. Quão efectivamente conseguiria persuadi-lo a praticar apenas sexo seguro consigo?	1699	85.3%	293	14.7%
28. Se estivesse prestes a ter sexo, quão efectivamente conseguiria mostrar não verbalmente (por exemplo, através de movimentos corporais) que apenas quer ter sexo seguro?	1580	79.3%	412	20.7%
29. Quão efectivamente conseguiria dizer-lhe através de uma piada que apenas quer ter sexo seguro?	1529	76.8%	463	23.2%
30. Quão efectivamente pensa que conseguiria usar um preservativo sem sequer discutir isso com o seu parceiro, colocando-o apenas antes do sexo?	1579	79.3%	413	20.7%
31. No geral, quão efectivamente conseguiria assegurar que o preservativo seria usado?	1660	83.3%	332	16.7%
32. Se não tivesse nenhum preservativo, em vez de ter relações sexuais, quão difícil para si seria fazer outra actividade agradável (tal como a masturbação mútua), em que não seja necessário usar preservativo?	1288	64.7%	704	35.3%
33. Se não tivesse nenhum preservativo, quão difícil para si seria parar a relação sexual, até que você ou o seu parceiro conseguissem arranjar um?	1277	64.1%	715	35.9%
34. Quão efectivamente conseguiria convencer o seu parceiro de que os dois devem usar preservativo, sem o fazer recusar a ter sexo consigo?	1715	86.1%	277	13.9%
35. Quão efectivamente pensa que conseguiria negociar uma alternativa sexual com ele? Por exemplo, se ele recusasse usar preservativo, quão efectivamente conseguiria convencê-lo a outras actividades sexuais, tal como a masturbação mútua?	1482	74.4%	510	25.6%
36. Quão difícil seria para si recusar ter sexo com ele, se ele se recusasse a usar preservativo?	1187	59.6%	805	40.4%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Efectivamente sim; 2- Não efectivamente

Verificam-se 1994 respostas válidas às afirmações 8 a 19, 1993 respostas válidas às afirmações 20 a 25 e 1992 respostas válidas às afirmações 26 a 36.

Ilustram-se graficamente os valores observados.



A resposta afirmativa apresenta sempre valores muito superiores, mais para as afirmações 12, 13, 16, 17, 20, 26, 27, 31 e 34 e menos para as afirmações 9, 14, 18, 19, 25, 32, 33 e 36.

ANEXO 7

Pedido e Autorização de utilização de Escalas

Dear William A. Fisher, PhD

My name is Cláudia Margarida Correia Balula Chaves and I am a Nursing teacher in Viseu's Superior Health School, from Polytechnic Institute of Viseu, Portugal.

I am starting a doctoral investigation in Education Sciences at University of Aveiro, Portugal, supervised by Anabela Pereira, PhD (University of Aveiro).

The thesis is about "Healthy behaviour promotion strategies and prevention of HIV/AIDS infection in superior education institutions."

I am contacting you to ask permission to translate and use the **Information, Motivation and Behavioral Skills (IBM) model of AIDS risk behaviour change** (J. Fisher & Fisher, 1992; W. Fisher & Fisher, 1993).

Thank so much for your attention. I look forward to receive your answer.

Best regards,

My address and contacts are:

Outeiro da Comenda
3660-411 São Pedro do Sul

Tel. 965 070 837

e-mail: claudiachaves@mail.pt

ANEXO 8

Autorização das Instituições de Ensino Superior