



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE VIH/SIDA  
E O USO DO PRESERVATIVO NA ESENFCE

Ana Maria Murça Soares

Coimbra, Dezembro de 2016



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE VIH/SIDA  
E O USO DO PRESERVATIVO NA ESENFEC

Ana Maria Murça Soares

Orientadora: Mestre Ana Maria Poço dos Santos

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
para obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, Dezembro

“O conhecimento faz-nos responsáveis”.

(Che Guevara)



Ao meu filho, João Maria, ao meu marido e aos meus pais.

## AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho resulta da colaboração de muitos, que mesmo em silêncio se mantiveram por perto, tornando tudo bem mais simples.

Foi um caminho longo, marcado por momentos bons e menos bons, que por vezes me obrigaram a pausas e outras vezes a lutar contra o tempo. E não o conseguiria fazer sem ajudas. Ajudas dos que me rodeiam, dos que se cruzaram comigo nestes últimos anos, daqueles que só com um sorriso inocente me fizeram, muitas vezes, seguir em frente.

À minha Mãe, minha amiga, confidente, por tudo, pelos anos de dedicação, pela disponibilidade, qualquer palavra que aqui escrevesse não conseguiria expressar a minha gratidão.

Ao Renato, pelo seu apoio, dedicação e disponibilidade, pelo incentivo ao longo destes últimos meses.

À Eduarda, pela seu empenho e dedicação.

À Professora Ana Maria Poço e à Professora Isabel Margarida Mendes pela orientação científica e pela compreensão, pelo incentivo e apoio demonstrado desde o primeiro momento.

Ao Professor João Franco, pela orientação, disponibilidade em todos os momentos na realização desta investigação, até à sua saída inesperada.

À D. Cristina Guardado, Assistente Técnica do Polo B, pela sua disponibilidade, amabilidade desde o início.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio, pela compreensão, preocupação que sempre demonstraram.

Aos estudantes que participaram na investigação pela sua preciosa colaboração, sem a qual não seria possível concretizar esta investigação.

A todos o meu sincero Obrigada!



## ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

DDI – Departamento de Doenças Infeciosas

doi: – digital object identifier

DST – ver IST

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

Ed. – Edição

ELISA – enzyme-linked immunosorbent assay

ESEenfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Et al. – E outros

H1 – Hipótese 1

H2 – Hipótese 2

H3 – Hipótese 3

H4 – Hipótese 4

HPV - human papiloma vírus

HSH – homens que tem sexo com homens

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IST – infeções sexualmente transmissíveis

N.º - Número

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Ver OECD.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde. Ver WHO.

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/sida

P. – Página

PP. – Páginas



PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

REPE - Regulamento do Exercício da Prática dos Enfermeiros

Sd. – Sem data

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

TAR – terapêutica antirretrovírica

UE – União Europeia. Ver EU.

UNAIDS – the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

VHS-2 – vírus herpes simplex 2

VIH – vírus da imunodeficiência humana

WHO – World Health Organization

## LISTA DE FIGURAS

GRÁFICO 1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GRUPOS .....	55
GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO INÍCIO DE RELAÇÕES SEXUAIS EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	57
GRÁFICO 3. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO TEMPO DE INÍCIO DAS RELAÇÕES SEXUAIS EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	58
GRÁFICO 4. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	58
GRÁFICO 5. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELAS PRÁTICAS SEXUAIS EM GRUPO EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	59
GRÁFICO 6. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM AS PRÁTICAS SEXUAIS MAIS FREQUENTES EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	59
GRÁFICO 7. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O USO DO PRESERVATIVO EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	60
GRÁFICO 8. DISTRIBUIÇÃO DO USO DO PRESERVATIVO E/OU PILULA NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	61
GRÁFICO 9. DISTRIBUIÇÃO DO USO DO PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	62
GRÁFICO 10. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 6 – “A MAIORIA DAS PESSOAS PORTADORAS DE VIH ESTÃO DOENTES COM SIDA”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	64
GRÁFICO 11. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 8 – “O VIH APARECE NO SÉMEN” EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	64
GRÁFICO 12. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 9 – “O NÚMERO DE HOMENS E MULHERES INFETADOS COM VIH SERÁ PROVAVELMENTE MENOR NOS PRÓXIMOS ANOS DO QUE HOJE”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	65
GRÁFICO 13. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 17 – “PODES MORRER DE SIDA SE APANHARES A DOENÇA” .....	65

GRÁFICO 14. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 33 – “FOI RECENTEMENTE DESENVOLVIDA UMA VACINA QUE IMUNIZA AS PESSOAS CONTRA O VIH” EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	66
GRÁFICO 15. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 35 – “SE É REALMENTE SAUDÁVEL, O EXERCÍCIO FÍSICO PODERÁ PROTEGER-TE DA INFEÇÃO PELO VIH” EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	66
GRÁFICO 16. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 36 – “SE A PESSOA COM QUEM ESTIVERES A FAZER SEXO JÁ FEZ O TESTE DO VIH E ESTE FOI NEGATIVO, ISSO QUERERÁ DIZER QUE TU NÃO ESTÁS INFETADO(A)” EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	67
GRÁFICO 17. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 38 – “MELHOR DO QUE USAR APENAS O PRESERVATIVO SERÁ USÁ-LO COM UM ESPERMICIDA” EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	67
GRÁFICO 18. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 41 – “SE TIVERES UM TESTE FALSO POSITIVO PARA O VIH”, ISSO SIGNIFICA QUE ESTÁS INFETADO EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	68
GRÁFICO 19. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 11 – “HÁ PESSOAS QUE APANHARAM O VIH E CONTRAÍRAM A SIDA AO TEREM-SE SENTADO EM SANITAS PÚBLICAS”, EM FUNÇÃO DO GRUPO.....	69
GRÁFICO 20. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 23 – “HÁ PESSOAS QUE APANHARAM O VIH E CONTRAÍRAM A SIDA POR TEREM NADADO NUMA PISCINA UTILIZADA POR ALGUÉM QUE TINHA SIDA”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	69
GRÁFICO 21. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 25 - HÁ PESSOAS QUE APANHARAM O VIH E CONTRAÍRAM A SIDA POR TEREM DADO BEIJOS COM A LÍNGUA A UMA PESSOA QUE ESTAVA INFETADA, EM FUNÇÃO DO GRUPO.....	70
GRÁFICO 22. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 27 – “POUCO TEMPO DEPOIS DE TEREM APANHADO O VIH, É HABITUAL AS PESSOAS FICAREM MUITO DOENTES COM SIDA”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	70
GRÁFICO 23. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 32 – “AS MULHERES GRÁVIDAS ESTÃO PROTEGIDAS CONTRA O VIH”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	71
GRÁFICO 24. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 43 – “PODE-SE APANHAR O VIH, E DEPOIS CONTRAIR A SIDA”, AO DAR SANGUE, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	71

GRÁFICO 25. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 45 – “PODE-SE APANHAR O VÍRUS DA SIDA AO FAZER O TESTE DE VIH”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	72
GRÁFICO 26. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 13 – “SE TIVERES RELAÇÕES SEXUAIS COM UMA SÓ PESSOA, EM TODA A VIDA, PODES, AINDA ASSIM, CONTRAIR A SIDA”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	74
GRÁFICO 28. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 40 – “NÃO HÁ PERIGO DE APANHARES O VIH E CONTRAIR A SIDA SE FIZERES SEXO ORAL SEM PRESERVATIVO”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	74
GRÁFICO 29. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 14 – “AINDA QUE TE POSSA MENTIR, É SEMPRE BOA IDEIA PERGUNTARES À PESSOA COM QUEM VAIS TER RELAÇÕES SEXUAIS QUAL O SEU PASSADO SEXUAL”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	75
GRÁFICO 30. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 18 – “OS HOMENS TÊM MAIS PROBABILIDADE DE CONTRAIR A SIDA SE TIVEREM RELAÇÕES SEXUAIS COM MULHERES DO QUE SE TIVEREM RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	75
GRÁFICO 31. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 21 – “AS MULHERES TÊM MAIS PROBABILIDADE DE CONTRAIR A SIDA SE TIVEREM RELAÇÕES SEXUAIS COM UM HOMEM ESTRITAMENTE HETEROSSEXUAL DO QUE COM UM HOMEM BISSEXUAL”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	76
GRÁFICO 32. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 24 – “QUALQUER PESSOA, INDEPENDENTEMENTE DA SUA RAÇA, PODE APANHAR O VIH E CONTRAIR A SIDA”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	76
GRÁFICO 33. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 28 – “CONTRAIR OU NÃO A SIDA DEPENDE MAIS DE SE FAZER OU NÃO FAZER SEXO SEGURO DO QUE DO TIPO DE GRUPO A QUE SE PERTENCE”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	77
GRÁFICO 34. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 40 – “NÃO HÁ PERIGO DE APANHARES O VIH E CONTRAIR A SIDA SE FIZERES SEXO ORAL SEM PRESERVATIVO, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	78
GRÁFICO 35. DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CORRETAS À QUESTÃO 42 – FAZER SEXO ANAL SEM PRESERVATIVO É UMA DAS PRÁTICAS SEXUAIS MAIS SEGURAS QUE HÁ”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	78

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GRUPOS EM FUNÇÃO DO SEXO .....	55
TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GRUPOS ETÁRIOS.....	56
TABELA 3. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR PROVENIÊNCIA.....	56
TABELA 4. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR RESIDÊNCIA DURANTE O ANO LETIVO .....	56
TABELA 5. TESTE DE CONHECIMENTOS SOBRE VIH/SIDA: DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE RESPOSTAS CORRETAS DA DIMENSÃO – “CONHECIMENTOS MÉDICOS E CIENTÍFICOS SOBRE A TRANSMISSÃO DO VIH”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	63
TABELA 6. TESTE DE CONHECIMENTOS SOBRE VIH/SIDA: DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE RESPOSTAS CORRETAS DA DIMENSÃO – “CONHECIMENTOS SOBRE COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS”, EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	73
TABELA 7. DISTRIBUIÇÃO DOS CONHECIMENTOS SOBRE VIH/ SIDA NAS TRÊS DIMENSÕES EM FUNÇÃO DO GRUPO .....	79
TABELA 8. RESULTADOS DA CORRELAÇÃO DE PEARSON: CONHECIMENTOS SOBRE VIH/SIDA EM FUNÇÃO DA IDADE. ....	80
TABELA 9. RESULTADOS DO TEST T DE STUDENT: CONHECIMENTOS SOBRE VIH/SIDA EM FUNÇÃO DO SEXO.....	81
TABELA 10. RESULTADOS DO TEST T DE STUDENT: CONHECIMENTOS SOBRE VIH/SIDA EM FUNÇÃO DO USO DO PRESERVATIVO .....	82
TABELA 11. RESULTADOS DA CORRELAÇÃO DE PEARSON: CONHECIMENTOS SOBRE VIH/SIDA EM FUNÇÃO DO TOTAL .....	83

## **RESUMO**

O uso do preservativo continua a ser a medida mais eficaz na prevenção da transmissão e aquisição de infeções sexualmente transmissíveis, como o VIH/SIDA, pelo que a modificação de comportamentos se mantém como a estratégia prioritária no seu combate.

O objetivo deste estudo é identificar os conhecimentos dos estudantes da Licenciatura em Enfermagem de Coimbra sobre VIH/SIDA e o uso do preservativo em dois anos letivos diferentes do mesmo curso, nomeadamente nos anos de 2013 e 2015.

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, com abordagem quantitativa. A amostra por seleção racional foi constituída por 229 estudantes da Licenciatura de Enfermagem do VI Curso, 102 estudantes do ano letivo 2013/2014 (Grupo 1) com uma média de idades de 18 anos, e 127 estudantes do ano letivo 2015/2016 (Grupo 2) com uma média de idades de 21 anos, na sua maioria do sexo feminino, 81,4% no grupo1 e 79,5% no grupo2.

O estudo foi realizado ao mesmo curso, em dois anos diferentes, com aplicação de questionário em sala de aula, cumprindo os princípios éticos inerentes à investigação.

Este estudo permite constatar que o número de estudantes sujeitos ao questionário que ainda não tinha iniciado a sua atividade sexual é superior no grupo1 1.º ano 39,2%, do que no grupo2 /3.º ano, 9,4%. É no grupo 2/3.ºano que se verifica um aumento do número de parceiros sexuais, bem como o aumento das práticas sexuais genitais e orais. O uso do preservativo decresce no grupo 2/ 3.º ano (19,8% em relação ao grupo 1/ 1.º ano). Apresenta-se, também, como relevante o aumento de estudantes do grupo 2/ 3.º ano que, no período mais próximo à passagem do questionário, não recorreu ao seu uso.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos estudados quanto ao conhecimento sobre o VIH/SIDA e o uso do preservativo, apesar do intervalo de 2 anos entre a aplicação dos questionários.

Foi possível constatar, ainda, que os dois grupos são grupos vulneráveis ao VIH. Apesar de se tratar de alunos da área da saúde, demonstraram ter dúvidas importantes sobre o tema. Este facto deve levar ao questionamento da atual formação em enfermagem sobre esta matéria, devendo tentar combater-se este

desconhecimento aquando da formação das futuras gerações de enfermeiros. Paralelamente, reforça o pensamento sobre a necessidade de uma abordagem contínua acerca do tema, com iniciação da mesma em fases mais precoces do desenvolvimento de jovens adolescentes.

Cumprido, ainda, referir que os resultados obtidos através da análise dos inquéritos aplicados aos alunos são globalmente coincidentes com o que a literatura refere neste domínio.

**Palavras-chave:** VIH/Sida, conhecimentos, preservativo, estudantes, enfermagem

## **ABSTRACT**

Nowadays, condom is still the most effective method at preventing the transmission of sexually transmitted infections, such as HIV / AIDS, therefore behavior based approach remains number one priority in fighting the global pandemic.

The purpose of this study was to develop a case study in order to assess a group of Students who are currently attend a nursing degree in Coimbra with regards to their knowledge and skills on HIV / AIDS and, particularly, condom utilization.

This is a descriptive-correlational study, with a quantitative approach and two study groups. The sample by rational selection consisted of 229 students of the Nursing Degree of the VI Course, 102 students of the academic year 2013/2014 (Group 1) with a mean age of 18 years, and 127 students of the academic year 2015/2016 (Group2) With a mean age of 21 years, mostly female, 81.4% in group 1 and 79.5% in group 2.

The study was carried out in the same course, in two different years using use the questionnaire survey instrument as a fundamental assessment tool in the classroom whilst fulfilling all the mandatory ethical principles inherent to this research.

This study has proven that students who have responded the questionnaire and had not yet begun their sexual activity is higher in the group 1 39.2%, than in the group 2/3 year, 9.4%. It is in the 2nd / 3rd group that there is an increase on the number of sexual partners, as well as the increase of sexual practices as genital and oral. Condom use decreases in group 2 / 3rd year (19.8% in relation to group 1/1 year). The increment of students in the 2nd / 3rd year group is also relevant, which, in the period closest to the questionnaire, didn't resort to its use.

We have not identified significant differences amongst groups regarding their knowledge and awareness on HIV / AIDS and condom use, excluding during the time between the application of the questionnaires.

It was also possible to conclude that the two groups are both vulnerable to HIV. Although they are students of health area, they have demonstrated important doubts on the theme. This conclusion has led us questioning the current nursing training and capabilities approach and consequently the rapid need to tackle the problem and address gaps through specific training needs for the next generation nurses. Simultaneously, the study conclusions reinforced the debate around the need for

ongoing and continuous approach on the subject starting it at early stages of teenager's development.

We conclude this resume with an important general remark upon the study: the results obtained through the analysis of the surveys are pretty correlated and similar to global studies and aligned with well-known scientific literature.

**Keywords:** HIV / AIDS, knowledge, awareness, condom, students, nursing

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	17
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	22
1. VIH/SIDA .....	22
1.1. HISTÓRIA.....	23
1.2. CARATERIZAÇÃO E SITUAÇÃO ATUAL.....	25
1.3. PREVENÇÃO (PRESERVATIVO).....	29
1.4. OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO – O CASO DOS JOVENS .....	31
1.5. A PREVENÇÃO DO VIH/SIDA NOS JOVENS – O USO DO PRESERVATIVO.....	33
1.6. IINTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DO VIH/SIDA JUNTO DOS JOVENS....	37
1.7 INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE .....	39
CAPITULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	44
2. METODOLOGIA .....	44
2.1. OBJETIVOS DO ESTUDO .....	45
2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO/HIPÓTESES .....	45
2.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO E SUAS DIMENSÕES .....	46
2.4. TIPO DE ESTUDO .....	48
2.5. POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA DO ESTUDO .....	48
2.6. PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS .....	49
2.7. PRE-TESTE.....	50
2.8. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	51
2.9. TRATAMENTO ESTATISTICO DOS DADOS .....	52
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	54
3.1 ANÁLISE DESCRITIVA .....	54
3.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	55
3.1.2. Caracterização subjacente às práticas sexuais .....	56
3.1.3. Caraterização subjacente aos conhecimentos sobre VIH/Sida.....	62

3.2. ESTATISTICA INFERENCIAL.....	80
CAPITULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	84
CONCLUSÃO .....	92
Referências Bibliográficas.....	97
APÊNDICES .....	108
APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados .....	109
APÊNDICE II – Pedido de apreciação à Comissão de Ética .....	113
APÊNDICE III - Pedido de autorização para colheita de dados.....	117
ANEXOS.....	119
ANEXO I –Teste de conhecimentos sobre VIH/SIDA.....	120
ANEXO II – Autorização para utilização do teste de conhecimentos sobre VIH/Sida	123
ANEXO III – Parecer da comissão de ética.....	124
ANEXO IV – Autorização para colheita de dados.....	127

## **INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas os comportamentos e as práticas sexuais têm vindo a conquistar um destaque cada vez maior não só no seio da vida social como, também, na esfera íntima e individual do ser humano.

Alguns dos fatores mais importantes, e que contribuíram para a conjuntura atual, prendem-se com a emancipação da mulher, que deu lugar ao desejo e ao poder decisório na sua sexualidade; com descobertas científicas, como os métodos contraceptivos; com legislação de proteção à mulher e à família; com uma maior liberdade de expressão, que conduziu à banalização deste tema na comunicação social e com o alargamento da escolaridade, que permitiu exercitar os papéis sexuais no período adolescente.

Neste contexto atual, a vivência da sexualidade coloca o indivíduo e a sociedade perante enormes desafios, que se prendem com o impacto que o comportamento sexual de cada pessoa tem na sua vida e na relação que estabelece com os outros. Os avanços sociais e científicos anteriormente referidos conferem à pessoa poder decisório sobre a sua sexualidade, ao mesmo tempo que lhe imputam responsabilidades acrescidas, quer ao nível individual quer ao nível coletivo. Estas responsabilidades assumem uma dimensão maior, quando enquadradas em dados epidemiológicos atuais.

A taxa global de novos diagnósticos de VIH verificou-se na faixa etária dos 25 aos 29 anos. Trinta e três por cento dos diagnósticos ocorrem na faixa etária dos 30 aos 39 anos. A maior parte dos novos casos pertence ao grupo dos homens que têm relações sexuais com outros homens (HSH), grupo este que se apresenta em maior número nas faixas etárias mais jovens, antes dos trinta anos (34%). (ECDC, 2015).

Em 2014, a distribuição dos casos diagnosticados em Portugal, de acordo com o estadió clínico inicial, revela uma maioria de casos (69,0%) classificados como portadores assintomáticos (Martins, 2015).

À data de diagnóstico é conhecida a idade em 52 263 (99,2%) dos casos registados. Na análise da distribuição dos casos acumulados por grupos etários, cerca de 70% dos casos incluem-se nos escalões entre os 25 e os 49 anos. Mesmo que se tenham

registado progressos significativos na abordagem da epidemia, o VIH e a Sida continuam a constituir uma das principais preocupações de saúde nos jovens. De acordo com os dados fornecidos pela DGS (2015), em Portugal verificou-se uma incidência de 37,1% na faixa etária dos 15 aos 34 anos.

Os casos notificados registam-se, maioritariamente, em homens, 38 110 (72,3%); as mulheres totalizam 14 574 casos (27,7%). A estratificação dos casos registados em homens que têm sexo com homens (HSH) por grupo etário e ano de diagnóstico revela que, anualmente, o maior número de novos diagnósticos ocorre em indivíduos com idades entre os 15 e os 39 anos. À semelhança do verificado para os novos casos de infeção por VIH, Portugal tem sido, desde há largos anos, o país da Europa ocidental com a mais elevada taxa de novos diagnósticos de SIDA, em que a maioria dos casos (75,0%), se encontra nos grupos etários entre os 25 e 49 anos (Martins, 2015).

Atualmente, em Portugal, a transmissão sexual do VIH é responsável pela maioria dos novos casos de infeção diagnosticados em cada ano, verificando-se que 92,2% dos casos com diagnóstico em 2014 resultaram de contactos sexuais de risco (Martins, 2015).

As Infeções Sexualmente Transmissíveis são infeções que se transmitem essencialmente, mas não de um modo exclusivo, através do contacto sexual, (Rodrigues, 2010). Estas infeções, que são causadas por diversos agentes infecciosos, ocasionam grande multiplicidade de sintomas e manifestações clínicas, embora, na maioria dos casos, possam evoluir com poucos ou nenhuns sintomas (Azevedo, 2008).

Para efeito do presente trabalho destaca-se, na categoria de infeções, o Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH). De acordo com a OMS, o Vírus da imunodeficiência adquirida (VIH) afeta as células do sistema imunitário, alterando ou anulando a sua função, o que leva a uma deterioração progressiva do sistema imunitário, com a consequente “imunodeficiência”. O síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) é um termo que se aplica aos estadios mais avançados da infeção por VIH, e define-se pela presença de uma ou mais de 20 infeções oportunistas ou de cancros relacionados com o VIH. Este pode transmitir-se por relações sexuais vaginais, anais ou orais com uma pessoa infetada, pela transfusão de sangue contaminado ou uso compartilhado de seringas, agulhas ou outros instrumentos cortantes. Pode, também, transmitir-se de mãe para filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação. (OMS) No entanto, apesar da investigação a nível mundial, não existe, ainda, nenhuma cura para a doença (OECD, 2011).

No que diz respeito ao modo de transmissão, em Portugal 60,8% dos casos diagnosticados até final de 2014 são de transmissão sexual.

O uso de preservativo tem sido considerado como a medida mais eficiente para a prevenção do VIH/SIDA; no entanto, assiste-se a uma reduzida utilização destes por parte dos jovens. Apesar de ser uma faixa etária com algum conhecimento sobre métodos de prevenção do VIH/SIDA e contraceção, verificam-se ainda muitas dúvidas e falhas suas concepções sobre estes dois conceitos (Koerick et al., 2010).

As novas infeções pelo VIH, em muitas regiões do mundo, concentram-se sobretudo entre os jovens (dos 15 aos 24 anos). Entre os adultos de 15 anos ou mais, os jovens representam 40% das novas infeções contraídas em 2006” (UNAIDS,2006).

Ora, verifica-se simultaneamente, que esta comunidade atravessa uma fase do desenvolvimento humano que marca a transição entre a infância e a idade adulta. Esta caracteriza-se por fortes alterações a nível físico, psíquico e social. É um período de distanciamento de comportamentos e privilégios típicos da infância, maturação psicológica com estruturação da personalidade e busca de identidade e de aquisição de características do adulto. Este é um período de grande vulnerabilidade pela dificuldade em tomar decisões, pela inexperiência em lidar com os seus sentimentos e pela pouca responsabilidade nos envolvimento relacionais afetivos e sexuais (Arruda & Cavasi, 2000).

Os estudantes universitários encontram-se na faixa etária, merecedora de atenção pelos investigadores na área da sexualidade e das infeções sexualmente transmissíveis, e é nesta altura que muitos estudantes iniciam ou aumentam a exposição a atividades sexuais de risco (Alvarez & Oliveira, 2007).

Considerando as palavras de Massano Cardoso (2005, p. 135) “num mundo caracterizado por tanta e tão diversificada informação (...) Os jovens e menos jovens continuam a expor-se a riscos altamente publicitados”.

Tendo em conta os jovens como pilar no desenvolvimento do país, e o preocupante número de novos casos de infeção pelo VIH em Portugal, torna-se pertinente analisar os conhecimentos sobre VIH/SIDA e as práticas sexuais. É esta problemática que nos leva a dissecar esta temática junto dos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC), pela frequência num curso de saúde, onde estes conteúdos são lecionados, e farão parte integrante num futuro como profissionais, atuado com o objetivo de prevenção, colaborando nas metas estabelecidas pelas várias entidades, de forma a contribuir para dados epidemiológicos bem mais distantes dos que se observam na atualidade sobre VIH/Sida.

Considerando o enfermeiro como um agente de excelência na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, entre eles a utilização de preservativo, procura este estudo questionar os conhecimentos e as práticas daqueles que se encontram a estudar para poderem ser esses mesmos agentes.

Nesse sentido, a finalidade da investigação do presente trabalho passa por avaliar quais os conhecimentos sobre VIH/SIDA dos estudantes de enfermagem em três dimensões – médicos e científicos, mitos sobre a transmissão do VIH e conhecimentos sobre comportamentos preventivos – e de que forma estes se relacionam com os seus comportamentos sexuais, concretamente com o uso do preservativo. Pretende-se, igualmente, saber qual a relação existente entre estes conhecimentos e as características sociodemográficas, como o sexo e idade. Analisa-se, ainda, a diferença apresentada em todos estes níveis entre os grupos de alunos dos dois anos letivos.

Neste pressuposto, a investigação teve como principais objetivos:

Identificar as práticas sexuais dos Estudantes de Enfermagem;

Avaliar os conhecimentos dos estudantes sobre VIH/SIDA;

Avaliar a relação existente entre o conhecimento sobre VIH/SIDA dos estudantes e o uso do preservativo;

Avaliar a relação existente entre o conhecimento sobre VIH/SIDA dos estudantes e a característica sociodemográfica: sexo e idade;

Analisar as diferenças entre os estudantes do 1.º e do 3.º ano relativo aos conhecimentos sobre VIH/SIDA.

Recorreu-se à metodologia quantitativa, do tipo comparativo, descritivo-correlacional. Com base nos pressupostos metodológicos e problemáticos da investigação procurou-se estabelecer previamente ligações entre variáveis, enunciando quatro hipóteses de investigação: existe relação entre os conhecimentos sobre VIH/SIDA e a idade dos estudantes da Licenciatura em Enfermagem da ESEnfC; existe diferença entre os conhecimentos sobre VIH/SIDA e o sexo dos estudantes da Licenciatura em

Enfermagem da ESEnfFC; existe diferença entre os conhecimentos sobre VIH/SIDA e o uso do preservativo dos estudantes da Licenciatura em Enfermagem da ESEnfFC; existe diferença entre os estudantes do 1.º e 3.º ano relativos aos conhecimentos sobre VIH/SIDA.

Como instrumento de colheita de dados, para a realização da investigação, foi aplicado um questionário organizado em duas partes distintas. A primeira parte permitiu recolher dados sociodemográficos e de práticas sexuais. Na segunda parte foi utilizado o teste de conhecimentos sobre VIH/SIDA dos autores Koopman e Reid (1998), validado para a população portuguesa por Cunha-Oliveira, Cunha-Oliveira, Pita e Massano-Cardoso (2006).

A amostra deste estudo contou com um total de 229 estudantes da Licenciatura do VI Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEnfC, que aceitaram participar no estudo, distribuídos pelos seguintes anos de escolaridade: 102 do 1.º ano, (2013/2014) - (Grupo1) e 127 Estudantes do 3.º ano (2015/2016) - (Grupo2).

Em termos estruturais, este trabalho compõe-se em três partes fundamentais: O Enquadramento Conceptual, o Estudo Empírico e Análise e discussão dos resultados. A primeira parte, que corresponde ao primeiro capítulo, envolve a operacionalização dos conceitos em uso no estudo, como o de VIH/SIDA, com uma breve referência ao seu surgimento, a sua caracterização e a sua situação atual. Analisa-se, ainda que de forma breve, aspetos relacionados com a prevenção, como o uso do preservativo, com os principais fatores de risco, no caso dos jovens, com as intervenções de prevenção nesta população, para além da importância, neste contexto, do papel do Enfermeiro especialista na educação para a sexualidade. A segunda parte compreende o capítulo II, que envolve a investigação propriamente dita, abordando os procedimentos e métodos adotados para a recolha de informação e de dados, a elaboração da questão de partida e a operacionalização de todas as variáveis. A terceira parte, compreende, ainda, o capítulo III, com a análise e tratamento dos dados obtidos e, por fim, o capítulo IV, com a discussão dos resultados, e a conclusão, onde são tecidas algumas considerações finais

## **CAPITULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Neste capítulo, procurar-se-á estabelecer um quadro de referência conceptual que permita a interpretação e análise do presente estudo empírico, descrito na segunda parte do trabalho. Numa época em que se verifica a disseminação do VIH/SIDA junto dos jovens, é importante compreender, numa perspetiva histórica e holística, e através do trabalho de autores reconhecidos que se debruçaram sobre esta temática, todas as variáveis que inferem nesta problemática. Só com esta análise se poderá, aquando da leitura dos dados recolhidos, perceber se os mesmos corroboram, refutam ou complementam os preceitos defendidos por esses mesmos autores.

### **1. VIH/SIDA**

Esta doença insere-se nas designadas Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST), anteriormente designadas por doenças venéreas. São infeções que se transmitem por contacto sexual, causadas por diversos agentes infecciosos, e ocasionam grande multiplicidade de sintomas e manifestações clínicas, embora, na maioria dos casos, possam evoluir com poucos ou nenhuns sintomas (Azevedo, 2008) O termo IST (Infeções sexualmente transmissíveis), foi preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na substituição do termo DST (Doenças sexualmente transmissíveis), por abranger melhor as infeções assintomáticas. (OMS, 2001).

As IST, são causadas por mais de 30 bactérias, vírus e parasitas diferentes, que se propagam predominantemente por contato sexual. Entre os mais de 30 agentes patógenos que se transmitem por contato sexual, oito destacam-se pela máxima incidência de doenças. Dessas oito infeções, quatro são atualmente curáveis, a sífilis, gonorreia, clamídia e trichomonas, ao contrário da hepatite B, herpes, VIH e HPV. A OMS descreve ainda que muitas das IST, especialmente a clamídia, gonorreia, hepatite B, VIH, HPV, VHS2 y sífilis, podem transmitir-se também de mãe para filho durante a gravidez e no parto. (OMS) (tradução nossa).

Por dia, mais de 1 milhão de pessoas contraem uma infeção de transmissão sexual (WHO, 2016) (tradução nossa)

Segundo Azevedo (2008) as IST constituem atualmente um problema de saúde pública a nível mundial, com um peso sócio-económico crescente, não só pelo elevado número de pessoas infetadas e pelo aumento da incidência em muitos países, mas sobretudo pelas suas consequências a nível da saúde sexual, reprodutiva e materno-fetal e, ainda, pela sua capacidade de facilitar a transmissão e aquisição da infeção do VIH. Este último representa o objeto de estudo, bem como a doença que surge associada, a SIDA.

De acordo com a OMS, o Vírus da imunodeficiência adquirida (VIH) afeta as células do sistema imunitário, alterando ou anulando a sua função, produzindo uma deterioração progressiva do sistema imunitário, com a conseqüente “imunodeficiência”. O síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) é um termo que se aplica aos estadios mais avançados da infeção por VIH, e define-se pela presença de uma ou mais de 20 infeções oportunistas ou de cancros relacionados com o VIH. Este pode transmitir-se por relações sexuais vaginais, anais ou orais com uma pessoa infetada, pela transfusão de sangue contaminado ou uso compartilhado de seringas, agulhas ou outros instrumentos cortantes. Pode também transmitir-se de mãe para filho durante a gravidez, o parto ou amamentação. (OMS) No entanto apesar da investigação a nível mundial, não existe ainda nenhuma cura para a doença (OEDC, 2011, p. 46).

### 1.1. HISTÓRIA

*“Para compreender as doenças, não podemos encarar somente as causas próximas, temos de entrar em linha de conta com as causas evolucionárias”.* Massano Cardoso (2004, p. 133).

Enquadrando historicamente o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, este foi identificado, pela primeira vez, em 1981 nos Estados- Unidos de América (EUA), sendo o retrovírus provocador da doença detetado pelo Instituto Pasteur em Paris, com os conseqüentes resultados publicados na revista *Science* de Maio de 1983.

Os primeiros doentes diagnosticados com SIDA tinham em comum o facto de serem jovens, homossexuais, previamente saudáveis, relacionando-se, na altura, a doença com o aparecimento do sarcoma de Kaposi também em jovens, atingindo quase exclusivamente homossexuais e conduzindo rapidamente à morte. Depressa foi percebido que esta forma mais maligna do sarcoma de Kaposi tinha em comum o colapso do sistema imunitário, tal como a Sida. A associação da nova doença à homossexualidade masculina fez com que fosse designada durante algum tempo por “peste gay” ou GRID (Gay-Related ImmuneDeficiency) pelos media, levando a uma estigmatização desse grupo (Cunha-Oliveira, 2006, p. 11-12).

Posteriormente, começa a constatar-se que a doença já se tinha começado a disseminar a outros grupos, como os bissexuais masculinos e os heterossexuais.

Desde então, esta doença passou a ser designada por “peste do século XX”, considerando as graves consequências na saúde pública que acarretava, destacando-se, no seu estudo, Robert Gallo e Luc Montagnier (Pita, 2007, p. 251). Foi neste preciso ano que o VIH se isolou num doente com linfadenopatia e, deste modo, em 1985, com a realização de um ELISA (Ensaio de Imunoabsorção Ligado a Enzima), foi possível rastrear a seroprevalência em determinadas comunidades de alto risco. Dos resultados posteriores, sobressaltou a pandemia existente a nível mundial (Oliveira, 2008).

Assim, foram isoladas duas estirpes virusais: a designada V1H1 e a V1H2, sendo a segunda de proveniência africana (Fauci, 1994). A V1H2 expandiu-se fortemente em Portugal (Pereira e Tavares, 1998, p. 276) pela proximidade geográfica e cultural, especialmente com Guiné-Bissau e Cabo Verde. Esta estirpe distingue-se filogeneticamente do V1H1 por se aproximar mais do Vírus da Imunodeficiência Símia (VIS) (Harrison, 2002, p. 1964), apresentando, simultaneamente, um período de latência mais longo (Ferreira e Sousa, 2002, p. 298).

O isolamento do vírus e o número crescente de infeções permitiu constatar que se estava perante uma epidemia. Segundo Mann & Tarantola (1996), o período entre 1981 e 1984, correspondeu à primeira etapa, durante a qual se prestou atenção aos “grupos de risco”; a segunda etapa, entre 1985 e 1988, levou ao abandono do conceito de “grupos de risco”, substituindo-o pelo conceito de “comportamentos de risco”, entendendo-se que a infeção VIH não era determinada por características populacionais mas por comportamentos individuais que envolvem um maior risco de infeção. O final da década de oitenta marcou o início da terceira etapa, que se prolonga até aos dias de hoje e se caracteriza pelo entendimento de que a avaliação do risco a que o indivíduo está sujeito deve levar em linha de conta as interações com os seus pares, os parceiros e o meio em que vive, pelo que as estratégias de intervenção deverão ser baseadas na promoção do “sexo mais seguro”, em lugar do simples “sexo seguro”. Por “sexo mais seguro” entende-se que qualquer proteção é melhor que nenhuma e que a adoção de comportamentos preventivos escapa aos limites da esfera individual, já que, no mínimo, depende do acordo entre duas pessoas (Cunha, 2006).

Em Portugal, os primeiros casos de doentes com síndrome de imunodeficiência adquirida associados à infeção por VIH foram descritos, também, em homossexuais masculinos de raça branca, observados na enfermaria de Doenças Infeciosas e Medicina Tropical do Hospital Egas Moniz. Acredita-se que a infeção por HIV-1 tenha

entrado em Portugal com origem na Europa e em África: a partir da Europa, através dos consumidores de drogas, e a partir de África, através de grupos de heterossexuais que tinham residido e praticado comportamentos de risco neste país (Duque, 2006, p. 47 as cited Cunha-Oliveira, Cunha-Oliveira, & Massano-Cardoso, 2016).

Estima-se que, desde a data da sua descoberta, cerca de 65 milhões já foram infetadas pelo VIH e a SIDA matou mais de 25 milhões de pessoas, sendo que, na atualidade, calcula-se que 38,6 milhões de pessoas vivem com o VIH (ONU).

Como percurso de propagação, pode dizer-se que tudo se iniciou no grupo dos homossexuais, passando para os bissexuais e culminando nos heterossexuais, sendo que, destes grupos, se expandiu para os toxicod dependentes. Como formas de prevenção, devido ao facto de inexistirem vacinas contra o VIH, apenas resta a potencialidade de redução deste flagelo através da informação, esclarecimento e educação dos jovens (Oliveira, 2008, p. 42).

Em poucos anos, esta epidemia tornou-se um grande problema de Saúde Pública e uma das principais preocupações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

## 1.2. CARATERIZAÇÃO E SITUAÇÃO ATUAL

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de 2002 expressou-se sobre o VIH/Sida realçando que “o seu efeito é devastador na esperança de vida nos países afetados; mas a SIDA destrói mais do que vidas. Ao matar e incapacitar adultos na sua juventude, pode fazer descarrilar o desenvolvimento”. Já os seus dados apontam o dramatismo da incidência desta pandemia sobre os adolescentes e jovens.

Em toda a Europa, a epidemia de VIH/Sida tem causado enorme sofrimento humano e avultadas perdas financeiras. O número de novos diagnósticos de infeções continua a aumentar. Em 2015, 3 754 pessoas foram diagnosticadas com SIDA em 29 países da UE / EEE, o que representa uma taxa de 0,8 /100 000, e diagnosticadas recentemente 153 407 no total, com uma taxa de 17,6 por população de 100 000 habitantes, tendo sido o ano de 2015 o ano com maior número desde que se começaram a realizar relatórios, na década de 80.

De acordo com o Relatório Epidemiológico Anual de 2015 do ECDC, a taxa global de novos diagnósticos de VIH foi na faixa etária dos 25 aos 29 anos (14,8 por 100 000 habitantes), para homens e mulheres, com pico neste grupo etário em 22,7 e 6,7 respetivamente, apesar de a epidemiologia nos grupos de risco diferir de uns países para os outros. Os 30-39 anos de idade foram os responsáveis pela maioria dos diagnósticos do VIH na globalidade, cerca de trinta e três por cento. A maior parte dos

novos casos pertence ao grupo dos homens que têm relações sexuais com outros homens (HSH), seguido do grupo de pessoas infetadas através de relações heterossexuais e do grupo dos consumidores de drogas injetáveis. Os homens que têm sexo com outros homens (HSH) tendem a predominar nas faixas etárias mais jovens, antes dos trinta anos (34%), enquanto os heterossexuais predominam nas faixas etárias acima dos 40 anos (47%). (ECDC, 2015)

A transmissão vertical de mãe para filho, as infeções profissionais acidentais e as transfusões de sangue ou de produtos derivados do sangue contribuíram para 1% dos casos (ECDC, 2015).

Entre 2004 e 2010 o número de casos entre HSH aumentou 39%; os casos de infeção adquirida através de contacto heterossexual têm-se mantido relativamente estáveis (36%); e os casos nos outros grupos de risco continuaram a diminuir. Na Roménia e na Grécia, pelo contrário, verificou-se em 2011 um forte aumento da infeção entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Apesar do elevado número total de pessoas que vivem com VIH, no período de 2004 a 2010 o número de novos diagnósticos de sida por ano diminuiu para metade na Europa, o que se deve à melhoria do acesso aos cuidados e tratamentos (ECDC, 2014).

Em Portugal, o primeiro caso de SIDA surgiu em Outubro de 1983. Desde então foram notificados 52 694 casos de infeção por VIH diagnosticados em Portugal, 20 856 casos de SIDA, e registados 10 377 óbitos ocorridos em indivíduos infetados por VIH. (Duque, 2006, as cited Cunha-Oliveira, et al., 2016).

Com uma área de 92 117.5 km<sup>2</sup> e uma população residente superior a 10 milhões de habitantes, Portugal goza, apesar dos dados anteriormente referidos, de uma esperança de vida à nascença de 80,41 anos para ambos os sexos, sendo de 77,36 anos para os homens e de 83,23 anos para as mulheres, de acordo com o INE (2016), para o período de referência 2013-2015.

Toda a população portuguesa tem acesso aos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde. No que respeita à infeção VIH e à Sida, cada doente infetado, de acordo com as normas nacionais, é clinicamente considerado candidato a tratamento antirretrovírico (TAR) e tem acesso gratuito aos medicamentos. Assim, a partir de 1987, a medicação antirretrovírica passa a ser comparticipada pelo Estado Português a 100% do seu custo e a partir de 1992 os indivíduos portadores de VIH passaram a gozar de isenção de pagamento da “taxa moderadora”.

Em 2001, Portugal reconheceu aos cidadãos estrangeiros residentes o direito de acederem, em igualdade de tratamento com os beneficiários do Sistema Nacional de

Saúde, aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa. No entanto, atendendo ao contexto internacional em que o país se insere, a questão da infeção por VIH nas populações migrantes deve merecer uma estratégia nacional específica, a implementar em 2016, tendo em vista os objetivos de prevenção, diagnóstico, acesso aos cuidados de saúde e tratamento acima identificados, particularmente nas regiões mais afetadas e, sobretudo, nas populações originárias da África Subsaariana e América Latina (DGS, 2015).

Apesar de todos estes esforços, Portugal continua a apresentar das mais elevadas incidências de infeção VIH no espaço da Europa Ocidental, sendo que nem a tendência de descida de novos casos observada, de 1 941 em 2007 para 1 518 em 2010 e 1 220 em 2014 (DGS, 2012; DGS, 2015) foi suficiente para alterar esse facto. Efetivamente, após uma tendência crescente da frequência de novos casos de infeção por VIH, que se verificava desde 2000 e que atingiu o máximo em 2010 (26,4%), tem vindo a verificar-se um decréscimo progressivo a partir de então, correspondendo a 17,1% em 2014, ainda assim significativa em regiões-chave, como a área metropolitana de Lisboa e o Algarve.

Quanto à distribuição por géneros, verificou-se em Portugal um predomínio do sexo masculino até 2001, passando a um predomínio do sexo feminino entre 2002 e 2005 e a novo predomínio do sexo masculino a partir de 2006, devido aos casos registados em HSH (Shivaji, Diniz & Corts-Martins, 2014).

Em 2014, a distribuição dos casos diagnosticados de acordo com o estadió clínico inicial revela uma maioria de casos (69,0%) classificados como portadores assintomáticos (Martins, 2015).

É conhecida a idade à data de diagnóstico em 52 263 (99,2%) dos casos registados. A análise da distribuição dos casos acumulados por grupos etários revela que cerca de 70% dos casos se incluem nos escalões entre os 25 e os 49 anos. Se bem que se tenham registado progressos significativos na abordagem da epidemia, o VIH e a Sida continuam a constituir uma das principais preocupações de saúde nos jovens. Em Portugal, e de acordo com os dados fornecidos pela DGS, verificou-se uma incidência de 37,1% na faixa etária dos 15 aos 34 anos (DGS, 2015).

A maioria dos casos notificados regista-se em homens, 38 110 (72,3%). As mulheres totalizam 14 574 casos (27,7%). A estratificação dos casos registados em homens que têm sexo com homens (HSH) por grupo etário e ano de diagnóstico revela que, anualmente, o maior número de novos diagnósticos ocorre em indivíduos com idades entre os 15 e os 39 anos.

O número de novos diagnósticos de infeção por VIH no ano 2013 revela uma redução de 38,9%, quando comparado com o registado uma década antes, no ano 2004. À semelhança do verificado para os novos casos de infeção por VIH, Portugal tem sido, desde há largos anos, o país da Europa ocidental com a mais elevada taxa de novos diagnósticos de SIDA, em que a maioria dos casos (75,0%), se encontra nos grupos etários entre os 25 e 49 anos (Martins, 2015).

A OMS, através do Informe Sobre la Pandemia Mundial de Sida de 2008, no Capítulo 4, refere, na página 96, que *“los jóvenes de 15 a 24 años representan el 45% del total de nuevas infecciones por el VIH en adultos y gran cantidad de jóvenes aún no cuentan con información completa y exacta acerca de cómo evitar la exposición al virus”*. Por seu lado, a ONU (2006, p. 8) defende que “o futuro das epidemias mundiais de VIH depende, em muitos aspetos, dos comportamentos que os jovens venham a adotar e a manter e dos fatores contextuais que determinam as suas escolhas.”

Atualmente, em Portugal, a transmissão sexual do VIH é responsável pela maioria dos novos casos de infeção diagnosticados em cada ano, verificando-se que 92,2% dos casos com diagnóstico em 2014 resultaram de contatos sexuais de risco (Martins, 2015).

O relatório anual referente à Infeção VIH/SIDA, elaborado pela Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica do Departamento de Doenças Infeciosas do Instituto Dr. Ricardo Jorge, em colaboração com o Programa Nacional da Infeção VIH/SIDA da Direção-Geral da Saúde (2016), reúne informação epidemiológica relativa à caracterização da situação em Portugal em 2015, tendo por base o sistema de notificação de casos de infeção VIH/SIDA, que é obrigatória em Portugal desde 2005. Das conclusões do documento, destaca-se o seguinte:

- 1). Em 2015 foram diagnosticados 990 novos casos de infeção por VIH em Portugal e, no final do ano, encontravam-se diagnosticados, cumulativamente, 54 297 casos de infeção por VIH, dos quais 21 177 em estadio de SIDA;
- 2). Os novos casos diagnosticados correspondiam maioritariamente a indivíduos com idade  $\geq 15$  anos (99,3%); a idade mediana do diagnóstico foi de 39,0 anos; 2,7 casos em homens por cada caso identificado em mulheres; as características clínicas dos novos casos de infeção indicam que a maioria era assintomática (70,6%) e que em 15,0% dos casos houve um diagnóstico concomitante de Sida.
- 3). Homens que têm sexo com homens (HSM) apresentam uma idade mediana mais baixa (31anos) e correspondem a 69,7% dos casos diagnosticados em indivíduos de idade inferior a 30 anos.

4). Durante o ano 2015 foram também diagnosticados 238 novos casos de Sida, a idade mediana foi de 45 anos; a pneumonia foi a doença definidora de Sida mais frequentemente referida no total de casos.

3) A análise das tendências temporais da epidemia revela, desde 2008, uma descida consistente da taxa de novos diagnósticos, contudo, Portugal continua a ter uma das mais elevadas taxas de novos casos de infeção por VIH/Sida da Europa Ocidental.

As tendências recentes revelam um decréscimo acentuado dos casos de infeção associados a consumo de drogas, um aumento dos diagnósticos em jovens do sexo masculino que têm sexo com homens e uma elevada percentagem de diagnósticos tardios, particularmente em heterossexuais de meia-idade. Não obstante a esta tendência é causa de preocupação o número de novos diagnósticos por VIH/ Sida em Portugal, dos quais uma elevada proporção ocorre em jovens e muitos correspondem a infeção adquirida recentemente, evidenciando a necessidade de serem adotadas estratégias mais eficazes e inovadoras de difusão, relacionadas com a prevenção direcionada a este grupo. O esforço recente para a melhoria da qualidade da informação epidemiológica nacional mostra-se essencial para a compreensão e intervenção adequada, no sentido de reverter esta realidade.

### 1.3. PREVENÇÃO (PRESERVATIVO)

O principal e mais eficiente método para travar a transmissão do VIH/SIDA por contacto sexual é materializado pelo preservativo. Ora este, de acordo com a WHO (2013), consiste “num contraceptivo de barreira que pode ser usado durante a relação sexual com o intuito de reduzir a probabilidade de ocorrência de uma gravidez ou de contrair doenças sexualmente transmissíveis, como o VIH”. A sua principal funcionalidade, em evidência neste estudo, traduz-se na sua capacidade enunciada na última parte da definição.

Este contraceptivo está disponível de duas formas: preservativo masculino e preservativo feminino. O preservativo masculino é utilizado por aproximadamente 45 milhões de casais em idade reprodutiva, em todo o mundo, como método de prevenção de DST/VIH e de proteção anticoncepcional adicional (WHO). Todavia, existe uma limitação deste método para as mulheres, o qual está na dependência do uso pelo parceiro, afetando o direito de livre escolha, quando este não aceita utilizá-lo. Nesse contexto, o preservativo feminino surge como forma de ampliar as possibilidades de praticar sexo seguro. (Oliveira, Moura, Guedes & Almeida, 2008)

Os primeiros sinais da sua existência remontam às Civilizações Egípcia, Cretense, Chinesa e Romana (Lopes, 2003, p. 31, as cited Oliveira, 2008b). No caso da Civilização Egípcia, contemporâneo com a XIX dinastia (1350-1200 a. C.) foi encontrado um túmulo com um homem com a ponta do pénis coberta.

O seu entendimento como método de prevenção à transmissão de doenças sexualmente transmissíveis surge apenas em 1564, através do anatomista e cirurgião Gabrielle Fallopio, com uma pequena cobertura de linho para a glândula que era capaz de evitar a infeção gálica. Posteriormente, em 1700, surgia a produção de preservativos de bexigas de animais ou peles, com vista a evitar doenças venéreas (Oliveira, 2008). Em 1726 e 1816 surgem relatos da existência de preservativos feitos de bexiga de animal, porém, no séc. XX, optou-se pela sua criação com pele de animais e seda, como o descreve McLaren (1997, p. 208).

Já em 1870 surgem os primeiros preservativos de borracha, mais resistentes e lisos do que com os materiais até então usados. Porém, eram encarados como um utensílio sem estética, inseguros, incómodos e redutores do prazer, além de estarem muito associados à prostituição e ao sexo ocasional, sendo, deste modo, uma afronta ao matrimónio. É assim que, a partir de 1930, começam a surgir os primeiros preservativos de látex, vindo a substituir os de borracha. Em 1970, o seu uso aumentou drasticamente face à forte propagação da SIDA, todavia ainda de uma forma insuficiente para conter esta pandemia (Oliveira, 2008).

Com base nesta doença, os estereótipos associados aos preservativos mudaram para uma maior aceitabilidade e uma imagem positiva. Mas Knauth (2004) adverte: “devemos nos questionar ainda sobre quais são os limites dessas mudanças, pois enquanto para os rapazes o preservativo é símbolo de virilidade, para as meninas é, ao contrário, símbolo de promiscuidade sexual.”

Segundo o que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza, estes contraceptivos “(...) são impermeáveis às partículas da dimensão dos agentes patogénicos responsáveis pelas IST, incluindo os mais pequenos vírus sexualmente transmissíveis”. A sua taxa de segurança oscila entre 69 e 94% e estabiliza-se em 90% durante o sexo com penetração com casais sero-discordantes, sendo muito próxima dos 100% com um uso irrepreensível do mesmo. A OMS, a fim de atingir tal desiderato, estabelece o “ABC da prevenção do VIH” que, além do uso do preservativo, defende outras medidas como a abstinência de atividades sexuais de alto risco e da fidelidade com a prevalência em apenas um parceiro sexual (UNAIDS, 2004).

Apesar de na XVII International AIDS Conference, realizada em Viena em 2010, o discurso sobre a resposta global à Sida e ao controlo do VIH se centrar na utilização de fármacos antirretrovíricos como forma de prevenir a infeção VIH, globalmente, o preservativo continua a estar fortemente recomendado na prevenção da transmissão sexual do VIH, e a mensagem a transmitir deve ser que o uso do preservativo continua a ser a maneira mais eficaz de prevenir a transmissão. (Mansergh, Koblin & Dullivan, 2012, as cited Cunha-Oliveira, et al., 2016).

#### 1..4. OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO – O CASO DOS JOVENS

O surgimento dos contraceptivos hormonais, a democratização do ensino, o alongamento da escolaridade obrigatória, a limitação da força da religião e as modificações da estrutura familiar levaram a uma designada revolução sexual. Por outras palavras, os comportamentos sexuais dos jovens e adolescentes foram alterados profundamente. Aliando tal facto à migração de massas, à facilidade de viajar, nascem fatores de risco que potenciam a transformação do VIH/SIDA numa pandemia (Cunha-Oliveira, Cunha-Oliveira, Pita & Massano-Cardoso, 2009)

Enunciando os referidos fatores de risco para a infeção VIH/Sida, estes podem descortinar-se, segundo Rodrigues (2010), na idade, nos parceiros sexuais e sua variação, o uso ou não de preservativo, a inclusão em grupos de risco e o conjunto de antecedentes de IST. É de realçar o dinamismo inerente a estes fatores, uma vez que todos se podem associar entre si. Sequencialmente, identificando os principais modos de transmissão, estes dividem-se no vetor sexual, sanguíneo, vertical e outros.

Seguidamente, este trabalho deter-se-á no caso específico da juventude inserida no referencial da sociedade atual.

Segundo a WHO (2011), o termo “juventude” implica que o indivíduo tenha uma idade entre os 15 e os 29 anos, mas que se pode prolongar até à faixa etária entre os 30-35 anos. Sampaio (2010) considera que a independência económica e a saída de casa dos pais são os principais acontecimentos que determinam a entrada no mundo dos adultos.

Oliveira (2008b, p. 45) considera que a adolescência e a juventude representam uma etapa do desenvolvimento humano com características únicas, pelo que, perante a necessidade de comunicar mensagens preventivas, este processo terá de ser dotado de cuidados específicos. Por sua vez, Bento (2001) afirma que a cultura vigente inserida na sociedade atual se encontra fortemente ligada ao materialismo, ao sucesso, ao prazer e ao poder. Reforça tal ideia afirmando que “Esta sociedade materialista, permissiva e hedonista não abre a porta à solidariedade, à partilha e ao serviço, valores

indispensáveis para o apoio aos que estão marginalizados e mergulham na angústia da maior solidão” (Bento, 2001).

A adolescência e juventude são uma fase do desenvolvimento humano que marca a transição entre a infância e a idade adulta. Esta caracteriza-se por alterações a nível físico, psíquico e social, sendo, ao mesmo tempo, um período de distanciamento de comportamentos e privilégios típicos da infância, de maturação psicológica com estruturação da personalidade e busca de identidade própria e de aquisição de características do adulto. A vulnerabilidade associada a tal processo é, ainda, exponenciada pelas próprias características da idade, designadamente, a dificuldade em tomar decisões, a inexperiência para lidar com os seus sentimentos, a pouca responsabilidade nos envoltimentos relacionais afetivos e sexuais (Arruda & Cavasi, 2000).

A literatura sugere que os adolescentes e os jovens adultos (13 - 24 anos de idade) são mais propensos a correr riscos em comparação com pessoas mais velhas e são menos propensos a reconhecerem-se como vulneráveis na sequência dos riscos que correm. (CDC, 2012).

Numa perspetiva sintética, estas faixas etárias apresentam um intenso gosto pelo risco e, conseqüentemente, pelo perigo, uma insaciável curiosidade por compreender todos os fenómenos que o rodeiam e a sensação permanente de imunidade perante os desafios que se colocam. Estas idades denotam a necessidade inata de ultrapassagem constante dos seus próprios limites, desprezando qualquer prejuízo potencial para a sua saúde ou a de terceiros. Encontrando-se os estudantes universitários na faixa etária, merecedora de atenção pelos investigadores na área da sexualidade e das infeções sexualmente transmissíveis, é nesta altura que muitos estudantes iniciam ou aumentam a exposição a atividades sexuais que envolvem risco potencial para a saúde (Alvarez & Oliveira, 2007).

Reis, (2012), no seu estudo a 3 278 estudantes universitários, constatou que são os jovens mais velhos que mencionam ter mais comportamentos de risco, ao relacionar os comportamentos de risco com a idade.

Atentando às palavras de Massano Cardoso (2005, p. 135, as cited Cunha-Oliveira, et al., 2016) “num mundo caracterizado por tanta e tão diversificada informação (...) Os jovens e menos jovens continuam a expor-se a riscos altamente publicitados”. Por outras palavras, verificamos a dicotomia e paradoxalidade entre o acesso e excesso de informação e o conhecimento adquirido por estas categorias de uma sociedade. Segundo Oliveira (2008, p. 75), “Esta transformação ocorre através da formação, de

uma formação intelectual, afetiva, emocional e cívica, que tome em linha de conta as características desta faixa etária”. Só deste modo é possível colmatar a ignorância e desprezo do risco comportamental associado e inculcado a determinados estilos de vida.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) reconhece nos jovens uma relutância em procurar os serviços de saúde ou os profissionais de saúde em geral, principalmente numa perspetiva preventiva de esclarecimento e de recolha de informação. Através de um inquérito, detetaram que 62% os jovens referem medo da quebra de confidencialidade, 59% desconhece a oferta destes serviços, 59% acredita na indisponibilidade dos profissionais e 40% correspondem ao desinteresse dos jovens pela matéria. Frásquilho (1998) defende que os jovens associam sempre a sexualidade a problemas e não a uma potencial área de ganho de saúde.

Todas estas características dos jovens e adolescentes são enquadradas no ambiente escolar. Este representa o referencial em que os jovens despertam sexualmente e onde, muitas das vezes, iniciam a sua vida sexual. Consequentemente, é nesta fase que se cimentam os comportamentos e atitudes diretamente relacionados com a saúde (Oliveira et al., 2009).

#### 1.5. A PREVENÇÃO DO VIH/SIDA NOS JOVENS – O USO DO PRESERVATIVO

“Os comportamentos em saúde constituem um fator determinante principal de muitas doenças crónicas. O conhecimento atual aponta para o facto de os padrões de comportamento contribuírem mais para a morte prematura do que a predisposição genética, as circunstâncias sociais, a exposição ambiental e os erros nos cuidados de saúde” (Curry, Grossman, Whitlock & Cantu, 2014, p. 407). Por isso, não será de estranhar que “as abordagens comportamentais devam ter um lugar central na prevenção e nos cuidados de saúde do século XXI” (Fisher et al., 2011, p. e15 as cited Cunha-Oliveira, 2014).

De acordo com Coelho, Souto, Soares, Lacerda & Matão (2011), a identificação da informação que os jovens têm sobre a transmissão e prevenção do VIH/SIDA pode favorecer a adoção de estratégias mais eficazes para o seu controle. Todavia, Alvarez (2005) adverte que a utilização de uma lógica baseada na racionalização para a prevenção assente na minimização dos riscos é de pouca motivação, num contexto de juventude. Estes vivem uma fase de saúde plena e marcada por decisões baseadas em impulsos. Ora, uma ponderação consciente, racional dos riscos e benefícios na adoção de um determinado comportamento não é natural ocorrer e, consequentemente, as suas ações guiam-se por fatores ligados à sexualidade de índole psicológico, relacional, cultural, afetivo e situacional.

Ajudando a compreender a interpretação destes dois autores, no estudo de Brêtas, Ohara, Jardim & Muroya, (2009) a totalidade dos jovens referem estar bem informados acerca do VIH/SIDA (100%), apresentando conhecimento sobre os métodos para a sua prevenção (99,4%), mas, de acordo com Cunha-Oliveira et al., (2009), não existe uma associação clara entre este conhecimento e o uso do preservativo, residindo a dúvida no que leva aos jovens à sua não utilização. O mesmo concluiu Angelim, Abrão, Cabral, Queiroz, Freitas & Cardoso (2015) no seu estudo, ao referir que apesar dos adolescentes terem conhecimento sobre o modo de transmissão do VIH/SIDA, este facto não se traduz na realização de práticas sexuais seguras.

Com vista a colmatar esta ausência de conhecimento, são apontadas algumas perceções erradas no seio dos jovens e adolescentes:

- Entende-se, junto desta população, que um parceiro estável é um motivo para o não uso do preservativo, para os adolescentes, eliminando a nível imaginário os riscos de adquirir VIH/SIDA, (Brêtas, et al., 2009; Buela-Casal & Bermúdez, 2009 e Cunha-Oliveira et al., 2009);
- É referido o uso do preservativo apenas em relações eventuais ou iniciais, ou em relações cuja reputação da parceira seja duvidosa, referindo que se esta evoluir no sentido de uma relação estável, ocorre gradualmente o desuso do método de barreira;
- Um outro motivo prende-se com o facto de o medo predominante ser o de uma gravidez não desejada, levando a que muitas adolescentes recorram à pílula como método contraceptivo (Koerick et al., 2010), associando-se, portanto, o uso de contraceptivos orais à ausência do uso de preservativo, (Cunha-Oliveira, et al., 2009);
- Cunha-Oliveira, et al., (2009) identificou como principal obstáculo ao uso do preservativo a sua componente física e psicológica (45,1%), ou seja, existe na sua aquisição uma persistência de condicionamentos sociais e de género, tendo as jovens verbalizado maior vergonha em adquirir o preservativo do que os rapazes (14,2%);
- A impulsividade própria da juventude foi também considerada como principal causa (29,2%);
- Farias J. et al. (2009) e Buela-Casal e Bermúdez, (2009) dizem existir uma prevalência, de acordo com as condições sociodemográfica (sexo, idade e tipo de escola), na adoção de comportamentos de risco que propiciam a transmissão do VIH, SIDA;
- As relações sexuais coitais começam cada vez mais precocemente. Em Portugal, apontam-se os 16 anos para o sexo masculino e os 17 anos para o sexo feminino

(Cunha-Oliveira, et al.,2009), sendo necessário, assim, redirecionar as intervenções para outras faixas etárias;

- Os rapazes são os que se expõem com maior frequência a comportamentos de risco (Buela-Casal & Bermúdez, 2009; Farias J. et al., 2009), especialmente na faixa etária na média dos 18 anos (maior percentagem de não uso de preservativo na última relação sexual e maior número de parceiros sexuais/ocasionais);

- Os rapazes iniciam a sua sexualidade na maioria com uma parceira ocasional, ao contrário do que acontece com o sexo feminino, em que este fenómeno está ligado a um companheiro estável, levando ao não uso do preservativo como forma de satisfazer o parceiro (Buela-Casal & Bermúdez, 2009);

- Os jovens não têm tropismo para os serviços de saúde, tendo que ser estes últimos a aproximarem-se deles através da educação para a saúde e, mais especificamente, para a educação sexual (Oliveira et al., 2009);

- A comunicação social e televisão em geral, justificado nos estudos levados a cabo por Coelho, et al., (2011); Ayala-castellanos, Vizmanos-Lamotte & Portillo-Dávalos ,2011; Koerick et al., (2010), assumem um valor preocupante, sendo desadequados e insuficientes para promover o esclarecimento sobre temas como o VIH/SIDA;

- Os amigos foram enunciados como uma grande fonte de informação para os adolescentes, assumindo um papel multiplicador sobre métodos contraceptivos, especialmente sobre o preservativo (Mendonça & Araújo, 2009);

- A família foi identificada como uma importante fonte de informação, mas com um efeito reduzido, devido às dificuldades dos pais em dialogar sobre educação sexual com os filhos (Coelho et. Al., (2011);

- Para Oliveira et al., (2009, p. 9) “A Educação Sexual (...) não tem ido além do ensino anátomo-fisiológico e das práticas preventivas, estando a descontextualizar a sexualidade, a medicalizá-la e a racionalizá-la, separando-a do restante processo do crescimento e do processo educativo global.”;

- Sanches (1999) determinou que as razões para o não uso do preservativo consistem no conhecimento que tinham do parceiro (14,5%), pela confiança e fidelidade (14,5%), por apenas o encararem como um meio de prevenir a gravidez (14,5%), o seu uso apenas em relacionamentos ocasionais (12,1%), por restrições impostas pelo parceiro (10,2%), devido a características pessoais (9,4%), pelo uso de contraceptivos orais (8,3%), por não terem hábito em adquiri-lo (8,1%) e porque “corta o clima” (4,4%);

- Por sua vez, Amaro, Frazao, Pereira & Cunha (2004) identificou os seguintes motivos: 34,1% acreditavam não haver necessidade, 19,5% não detinha, 17,1% não gosta de usar e 9,8% não pensou sobre a temática;

- Para Oliveira et al., (2009), o uso do preservativo encontra-se apenas ligado a fatores relativos à sexualidade e suas vertentes psicológicas, relacionais, culturais, afetivas e situacionais, deixando para segundo plano as preocupações sanitárias;

- Hogben et al., (2006) concluiu que o uso do preservativo está diretamente relacionado com a percepção do parceiro sexual sobre o mesmo;

- Alvarez (2005), complementando o parágrafo anterior, identifica a contradição entre as necessidades sanitárias e higiénicas e aquelas que se encontram ligadas à sexualidade, romantismo, à aprovação do parceiro e à recompensa imediata;

- De acordo com Oliveira et al., (2009), os principais problemas face ao uso do preservativo direcionam-se para o desconforto físico e psíquico (45,1%), a dificuldade do acesso e aquisição embaraçosa (14,2%), a impulsividade própria dos jovens (29,2%), a estabilidade da relação (28,1%), a prática de contraceção hormonal oral (9,5%) e o seu preço (13,75%);

- Widdice et al., (2006), no seu estudo, identificou que, apesar dos jovens saberem os benefícios em saúde que o preservativo traz, estes não o utilizam por valorizarem o conforto e o prazer;

- Figueirido, Alves, Escuder e Pupo (2008), verificou, no estudo que realizou junto de 4 929 estudantes, que são as meninas que na maioria não utilizam preservativo (53,2%) contra 19,3% dos meninos, sendo a principal motivação para o uso do preservativo a prevenção da gravidez (72,3%) e a prevenção das IST/SIDA (63,7%);

- Taquette, Ruzany, Meirelles & Ricardo (2003) determinou três razões para o seu não uso: o esquecimento, o preço e o desprazer.

Alguns adolescentes, apesar de conhecerem os riscos não usam preservativo, estando este comportamento, por vezes, associado a alguns fatores, tais como a idade em que ocorreu a primeira relação sexual, a etnia, a família, a escolaridade e a deficiente educação sexual (Matos,2008).

Martins (2010) classifica os fatores comportamentais que levam à não aquisição do preservativo/comportamento sexual de risco, por parte dos jovens, como: o início precoce da atividade sexual, o tipo de relação sexual, o número de parceiros sexuais, as relações sexuais com parceiros do mesmo sexo, os comportamentos de utilização

do preservativo, os comportamentos de procura de tratamento médico e o consumo de álcool e drogas no contexto da relação sexual.

Conclui-se, de acordo com o apresentado pelos diversos autores, que existem vários motivos que levam os jovens à vulnerabilidade face as IST, nomeadamente ao VIH/Sida, através dos seus comportamentos de risco. É neste contexto que falamos dos estudantes universitários, onde existem elevados padrões de comportamentos sexuais de risco, tornando esta população particularmente sujeita à transmissão e aquisição de infeções sexualmente transmissíveis, como o VIH/SIDA.

#### 1.6. IINTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DO VIH/SIDA JUNTO DOS JOVENS

Desde o início da doença e da preocupação relativa à sua prevenção que têm surgido inúmeras dificuldades de obtenção de uma maior prevenção e, conseqüentemente, controlo do VIH/SIDA junto dos jovens. Um exemplo destas dificuldades surgiu nos anos 90, nos EUA, com um conjunto de organizações e instituições do estado a conduzirem ações de controlo da disseminação do VIH/SIDA através da abstinência sexual. Em 1993, surgiu, por sua vez, o movimento cristão juvenil True Love Waits com o objetivo de incentivar os adolescentes e os jovens a manterem a virgindade até ao casamento. Porém, os efeitos destas medidas foram os contrários, uma vez que os jovens tendiam a esconder a quebra deste compromisso, não procurando, deste modo, o apoio dos profissionais de saúde, não estando despertos para os métodos contraceptivos nem para as IST e, conseqüentemente, não usando o preservativo, por não se enquadrar nos seus objetivos a curto-prazo. Paralelamente, optavam por outros tipos de comportamentos sexuais como o sexo oral e o sexo anal, que, por sua vez, envolvem, também, troca de fluídos (Oliveira, 2008b). De acordo com a mesma autora, o sexo oral e anal é praticado maioritariamente sem preservativo, sendo, porém, os riscos de transmissão idênticos, o que levava esta conotação a uma superior exposição às IST.

A Carta de Ottawa de 1986, emanada da OMS, definia um conceito de promoção da saúde que envolve, obrigatoriamente, os cidadãos e o seu incentivo/sensibilização para adoção de atitudes e comportamentos diários saudáveis. Integrando tal conceito, destaca-se a educação para a saúde como o farol para incrementar e despertar os jovens e adolescentes para estas práticas saudáveis. Pois a DGS (2002) defende que “é na infância e na adolescência que se adquirem e se consolidam estilos de vida saudáveis, cuja manutenção ao longo da vida vai permitir ganhos em saúde e uma utilização mais racional dos serviços.

Paralelamente, o Ministério da Educação (2005) apelou a “uma educação para a autonomia, para a participação e para a responsabilização; para a proteção face a

comportamentos de risco e para a valorização de alternativas. Com isto se quer dizer que além de um ensino científico neutro, é essencial dotar o sistema de ensino de uma vertente de educação afetiva e social (Alferes, 2002).

Neste sentido, foi implementada, em Portugal, a educação sexual no meio escolar. Em 2009, com a publicação da Lei n.º 60/2009, introduziu-se a educação sexual com caráter obrigatório nos estabelecimentos de ensino básico e secundário, público e privado. Recentemente, a Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, que regulamenta a Lei 30/2009, considera a escola uma entidade competente para promover a saúde sexual, passando a Educação Sexual a ser incluída nos currículos. Tal medida tem como objetivo o desenvolvimento nos jovens de competências para contribuir para a redução de possíveis ocorrências negativas decorrentes dos comportamentos sexuais, como gravidez precoce e infeções sexualmente transmissíveis (IST) (Sampaio, 2010). Este autor refere que esta é uma oportunidade para a Educação. Tal é explicado na medida em que permite trabalhar, com os estudantes, vetores fundamentais para a sua maturação, possibilitando, simultaneamente, a consciência, confiança e credibilidade num fórum que permite discutir sentimentos e atitudes, bem como elevar as capacidades individuais e de grupo para tomar decisões responsáveis.

Outra condicionante a ter em conta é que os adolescentes e jovens, nas fases iniciais das suas vidas sexuais, têm tendência a mudarem de parceiro com alguma frequência, além de, nesta sociedade, aumentar a ocorrência de vários casamentos. A solução passa para uma formação e educação para a monogamia e para a fidelidade entre casais, sem terem já contraído o VIH (Oliveira, 2008b).

Por fim, o uso do preservativo nos jovens e adolescentes encontra-se relacionado com vários preconceitos de imagem e fatores circunstanciais que dificultam o seu uso habitual e irrepreensível. Estes, muitas vezes, encontram-se no centro de uma luta entre conservadores, que valorizam a abstinência/fidelidade, e o preservativo, ligado aos mais liberais, alvejando a salvaguarda da liberdade sexual, mas que, no entanto, surgem sempre associados a comportamentos de risco. Oliveira (2008b, p. 81) considera que a solução passa por aliar estas duas visões e complementá-las com a realização de testes de despistagem do VIH e com novas mensagens preventivas, oferecendo aos jovens uma noção real do problema.

Atualmente, a informação por parte dos jovens é adquirida de uma forma fácil, mas não é garantido que escolham a informação mais correta e que, conseqüentemente, as suas escolhas sejam as mais adequadas, pelo que a educação sexual poderá desempenhar uma forma de triagem dessa informação (Ramiro, Reis, Matos, Diniz & Simões, 2011).

É no domínio dos conhecimentos que a escola poderá cumprir um papel importante, uma vez que, ao contrário dos media, é um espaço de ensino formal e de saber interdisciplinar, que tende a promover uma aprendizagem de forma articulada, capaz de transmitir conhecimentos técnicos e científicos (Reis, 2012). De acordo com o mesmo autor, através da sua investigação, são os jovens que tiveram educação sexual na escola que se destacam quanto aos comportamentos de risco.

Num estudo recentemente publicado pela equipa coordenada pela Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos, que tinha como finalidade avaliar a implementação da Educação Sexual nas escolas portuguesas, verificou-se que as ações/conferências no que diz respeito às estratégias de implementação são realizadas na sua maioria por agentes externos à escola (93%), ou seja por profissionais de saúde. (Matos, Reis, Ramiro, Ribeiro & Leal, 2014).

De acordo com as estratégias globais delineada pela OMS no combate ao VIH, para 2016-2021, podemos referir a preocupação com os jovens, na aquisição de intervenções de mudança de comportamento (WHO, 2016).

#### 1.7 INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE

Perante o exposto anteriormente, e à crescente mudança de mentalidades das sociedades relativamente à sexualidade, o enfermeiro pode assumir um lugar de especial destaque na melhoria e manutenção da saúde sexual e reprodutiva da população.

Nas últimas décadas, tem-se assistido a um incremento na atenção dada às questões da sexualidade. Esta evolução tem sido acompanhada pelas entidades oficiais, que incluem este tema na legislação e nos meios educativos e de formação dos jovens. Este processo reflete uma nova conceção de sexualidade, nascida de um contexto social determinado, que ultrapassa na sua definição a problemática biológica, apontando para “o desenvolvimento de referências éticas, de atitudes, de afetos e de valores na família, na escola, e na sociedade, enfatizando a consciência clara da importância da tomada de decisão, da recusa de comportamento não desejado e do conhecimento dos recursos para apoio quando este for considerado necessário” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/98). É neste sentido que surge o Decreto-lei n.º 259 de Outubro de 2000, que regulamenta a necessidade de promover a educação sexual e saúde reprodutiva e planeamento familiar, num quadro de colaboração entre as escolas e as instituições de saúde.

A intervenção do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável insere-se num conjunto de orientações a que já o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, fazia referência, à importância de refletir para contextualizar a intervenção específica do enfermeiro. O PNS 2012-2016 referia, como evidência de benefício para a saúde a longo prazo, no que se refere à juventude, intervenções ao nível da promoção das relações parentais, dos estilos de vida saudáveis, da prevenção de comportamentos de risco, (...) das relações saudáveis, do planeamento familiar e dos serviços de saúde adequados ao adolescente, a desenvolver no contexto familiar, em escolas e universidades (...), com uma atuação e conhecimento facilitadores de intervenções e estratégias multidisciplinares, em equipa e entre instituições, ao nível dos profissionais de saúde. (PNS, 2012-2016)

Este tipo de intervenções reforçam o que o Plano apontava como prioritária, uma abordagem programática de educação para a sexualidade nas escolas, com o apoio e colaboração da rede de cuidados de saúde primários. Além disto, como estratégia para obter mais saúde para todos, há que apostar numa abordagem centrada na família e no ciclo de vida - competências a mobilizar pelo enfermeiro, cuja atuação se centra ao longo de todo o ciclo vital (Regulamento do Exercício da Prática dos Enfermeiros - REPE).

De facto, o enfermeiro é um dos agentes facilitadores de mudanças que possibilitam ganhos em saúde para o cidadão, requerendo para isso, além de boa formação cívica e humana, formação técnica e pedagógica adequadas (Ferreira et al, 2004). Maior conhecimento e informação nesta área poderá possibilitar uma tomada de decisão consciente e responsável do indivíduo face à sua sexualidade, no que toca, sobretudo, ao evitamento dos comportamentos de risco.

O PNS 2004-2010, no que concerne a estratégias para obter mais saúde para todos - abordagem à gestão integrada da doença - abriu um capítulo referente às infeções sexualmente transmissíveis, dada a sua considerável expressão na população jovem adulta. Em Portugal, o número de doentes nas consultas de IST sofreu um aumento, sendo os adolescentes e os adultos jovens os mais afetados, com predomínio do sexo masculino. De entre outros fatores apontados, os comportamentos sexuais de risco e a deterioração das respostas das estruturas de saúde no controlo das IST (deficiente formação dos técnicos de saúde e conhecimentos deficientes a nível do cidadão), contribuíram de forma preponderante para o aumento da incidência destas patologias em Portugal. Neste contexto, surgiram as orientações estratégicas e intervenções necessárias, das quais se salientam as seguintes:

- Aumentar o conhecimento sobre IST em geral, promovendo a investigação científica e vigilância epidemiológica;
- Disponibilizar informação sobre IST a nível do ensino básico, secundário e universitário, consultas de planeamento familiar, programas de rádio e de televisão e outros eventos culturais, incluindo de rua, adequada à idade e ao nível educacional dos indivíduos a que se destinam;
- Incluir, na formação dos técnicos de saúde, um ensino de IST de qualidade;
- Promover a melhoria dos cuidados de saúde prestados em IST, a vários níveis:
- Incentivar ações de prevenção, diagnóstico e terapêutica junto das populações com comportamentos sexuais de risco;
- Formar técnicos de saúde na utilização da abordagem sintomática, a diferentes níveis;
- Promover o acesso universal e gratuito e a informação adequada à prevenção das IST, assim como o seu diagnóstico precoce e terapêutica atempada. (Ministério da Saúde, 2015)

Numa perspetiva transversal, existe uma preocupação geral, quer por parte da sociedade quer das entidades oficiais, em trabalhar os conceitos e comportamentos em sexualidade junto da população, especialmente junto dos jovens. É nesta faixa etária – adolescência e jovem adulto - que a sexualidade está, ainda, em desenvolvimento, havendo experimentação de papéis, de forma a construir, de maneira integrada, o ser adulto e o ser sexual. É, também, nesta fase que há maior prevalência de comportamentos de risco, como referido anteriormente, que trazem consequências ainda mais nefastas, exatamente pela fase precoce e delicada da vida em que se encontram, como a gravidez não desejada e a elevada incidência de IST. Atualmente, existe grande interesse em educar os jovens para a sexualidade, o que inclui a genitalidade e a transcende. Trata-se de um educar que incide na contextualização da sexualidade num vínculo afetivo estável, que reflete o amadurecimento das estruturas biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo e que vai permitir uma tomada de decisão informada e responsável, protetora da sua saúde mental e física.

Neste contexto, as estratégias oficiais centram-se no papel educador das escolas em estreita colaboração com os cuidados de saúde primários, bem como na formação de técnicos de saúde capazes de promover o abandono de comportamentos de risco em matéria sexual.

A intervenção do enfermeiro, em particular de enfermeiros especialistas em Obstetrícia e em Saúde Comunitária, corresponde, de acordo com Ferreira et al (2004), a um agir

como educador sexual e conselheiro, podendo ajudar o utente a obter conhecimentos, preparando-o para alterações na sua sexualidade durante o ciclo de vida. O enfermeiro intervém de forma a aumentar a capacidade de distinguir vivências emocionais e afetivas, integrando-as adequadamente no seio do desenvolvimento pessoal. É fundamental ajudar o jovem a compreender que deve exercer modulação cognitiva sobre sentimentos e emoções, diferenciando vínculos voláteis de outros mais duradouros. Esta intervenção deve radicar em formações sólidas, do ponto de vista técnico e humano, abstendo-se de juízos de valor de carácter discriminatório.

O enfermeiro trabalha, sobretudo, comportamentos de risco em saúde sexual, colaborando na formação acerca do uso de métodos contraceptivos e das IST. Tal como sugere o PNS, pode integrar equipas móveis que trabalhem diretamente com grupos de risco, como os emigrantes, trabalhadores do sexo, homossexuais, adolescentes, adultos jovens e reclusos. O enfermeiro possibilita o aumento do conhecimento acerca deste tema, através de produções de investigação científica e de vigilância epidemiológica. Pode, ainda, contribuir para motivar a notificação obrigatória das IST, o que permite um seguimento epidemiológico destas patologias, apontando novos caminhos de intervenção. Colabora, de forma ativa e enérgica, em programas de saúde escolar que visem estas temáticas, através de sessões de educação para a saúde, integradas em projetos solidamente definidos. Para atingir estes objetivos, e tal como refere o PNS, o enfermeiro dever-se-á preparar sobretudo a nível da atualização de conhecimentos técnicos e científicos acerca destas temáticas, que permitam o seu trabalho junto da população (Ministério da Saúde, 2004).

Ferreira et al., (2004), apela, ainda, a um conjunto de competências para responder às necessidades educativas dos novos tempos, no que diz respeito à sexualidade. Destas, salientam-se as seguintes:

- Empatia para com o bem-estar físico e psicológico do outro;
- Bom domínio de técnicas de comunicação;
- Aceitação da sua própria sexualidade e da dos outros;
- Atitude de colaboração com pais e outros educadores;
- Respeito e isenção de juízos de valor;
- Formação pedagógica nas metodologias participativas e ativas.

Neste último ponto, a autora citada faz referência a algumas metodologias que poderão ser utilizadas na educação sexual. Os principais objetivos são comuns a todas: partilha de informação, clarificação e aquisição de valores e atitudes, treino de competências específicas. A metodologia mais aceite envolve a intervenção direta do profissional, com

participação ativa dos educandos. Deve ser promovido um espaço de reflexão, incentivando a problematização de situações, num clima de diálogo construtivo. Os enfermeiros deverão ter a preocupação de fornecer informação escrita, que os indivíduos possam guardar como referência futura e disponibilizar uma forma de contacto, para dúvidas que possam surgir (Ferreira et al., 2004).

Em conclusão, qualquer que seja a metodologia utilizada, o enfermeiro deverá estar consciente de que este é um trabalho complexo, que requer critérios de exigência e de qualidade. Ao enfermeiro, munido de competências técnico-relacionais e da compreensão das exigências da atualidade, compete promover a saúde sexual, explorando alternativas a comportamentos de risco, estimulando o desenvolvimento responsável e harmonioso do ser humano, do qual a sexualidade é parte intrínseca e inalienável.

Conhecer o que sabem e quais são as práticas e atitudes dos jovens sobre planeamento familiar, IST e VIH/SIDA, constitui uma fonte valiosa de informação para o desenho de estratégias de educação e comunicação, tendentes a promover nesta etapa da vida comportamentos saudáveis (Mosquera & Mateus as cited Uribe, Orgasita & Vélez, 2010).

## CAPITULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

### 2. METODOLOGIA

As Infecções sexualmente transmissíveis constituem atualmente um problema de saúde pública a nível mundial, com um peso socioeconómico crescente (Azevedo, 2008).

Apesar de se terem registado progressos significativos na abordagem da epidemia, o VIH e a Sida continuam a constituir uma das principais preocupações de saúde nos jovens. Em Portugal, verificou-se uma incidência de 37,1% na faixa etária dos 15 aos 34 anos (DGS, 2015).

É aqui que inserimos os estudantes do ensino superior, jovens, que se encontram num período de transição da sua vida, e sobre os quais incide a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção específicas no âmbito da sexualidade. Estamos, portanto, perante uma faixa etária, que a WHO (2011) descreve como “juventude” entre os 15 e os 20 anos, e jovem adulto 20-29 anos, encontrando-se numa fase de desenvolvimento entre a adolescência e a idade adulta, que poderá prolongar-se até aos 30-35 anos.

Conhecer o que sabem e quais são as práticas dos jovens sobre, IST e VIH/SIDA, constitui uma fonte valiosa de informação para o desenho de estratégias de educação e comunicação, tendentes a promover nesta etapa da vida comportamentos saudáveis (Mosquera & Mateus as cited Uribe et al., 2010).

Desta forma parece fundamental, uma vez que os enfermeiros têm um papel importante na prevenção, identificar quais os conhecimentos sobre VIH/SIDA dos estudantes do ensino superior do Curso de licenciatura em enfermagem e as suas práticas sexuais concretamente no uso do preservativo.

No estudo pretende-se especificar e reforçar os objetivos delineados para este trabalho. Pretende-se, também, explicitar a metodologia que foi seguida no capítulo de investigação empírica. Deste modo serão abordados itens como os participantes envolvidos no estudo, as variáveis independentes e dependentes, e os principais aspetos que caracterizam o instrumento de medida escolhido para se proceder à recolha de dados.

Haverá também referências ao procedimento adotado para recolha de dados, e a forma como estes foram tratados e interpretados.

## 2.1. OBJETIVOS DO ESTUDO

A revisão da literatura realizada na primeira parte do presente trabalho permite identificar a juventude com características únicas, sendo esta fase decisiva no cimentar de comportamentos e atitudes relacionadas com a saúde.

Tendo em conta os jovens como pilar no desenvolvimento do país, e o preocupante número de novos casos de infeção pelo VIH em Portugal, torna-se pertinente perceber quais os conhecimentos sobre VIH/SIDA e quais as práticas sexuais, que apresentam os Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ao longo da sua progressão académica, procurando determinar a relação existente entre as dimensões do conhecimento e algumas características sociodemográficas e de práticas sexuais.

Nesse sentido, a finalidade da investigação do presente trabalho passa por avaliar quais os conhecimentos sobre VIH/SIDA dos estudantes de enfermagem em três dimensões – médicos e científicos, mitos sobre a transmissão do VIH e conhecimentos sobre comportamentos preventivos – e de que forma estes se relacionam com os seus comportamentos sexuais, concretamente no uso do preservativo. Pretende-se, igualmente saber qual a relação existente entre estes conhecimentos e as características sociodemográficas: sexo e idade, e a diferença entre os dois anos letivos.

Para tal, os objetivos específicos que orientam a presente investigação são:

- (1) Identificar as práticas sexuais dos Estudantes de Enfermagem
- (2) Avaliar os conhecimentos dos estudantes sobre VIH/SIDA
- (3) Avaliar a relação existente entre o conhecimento sobre VIH/SIDA dos estudantes e o uso do preservativo
- (4) Avaliar a relação existente entre o conhecimento sobre VIH/SIDA dos estudantes e a característica sociodemográfica: sexo e idade
- (5) Analisar as diferenças entre os estudantes do 1º e 3º ano relativo aos conhecimentos sobre VIH/SIDA

## 2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO/HIPÓTESES

*«A ideia de investigação pressupõe que existam problemas, o objetivo da investigação exige que eles sejam formulados»* (Grawitz, 1986, p. 610).

A questão de investigação “é o princípio e o fim do processo de investigação. Ela é a razão de ser do estudo, o que orienta o grupo de investigação e o que motiva o esforço e investimento (Fonseca et al., 2008)

De acordo com Fortin (2009, p.72), uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, por forma a desenvolver o conhecimento que existe.

Partindo da preocupação que conduziu à realização deste estudo, objetivando dar resposta ao problema em causa, o tipo de estudo, bem como do raciocínio dedutivo elaborado com base no enquadramento teórico e o raciocínio indutivo, do qual convergiu os conhecimentos adquiridos ao longo da experiência profissional, foi enunciada a seguinte questão de investigação:

Q1. Quais os conhecimentos sobre VIH/SIDA dos estudantes de enfermagem e de que forma estes se relacionam com os seus comportamentos sexuais, concretamente no uso do preservativo, entre o 1º e o 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem?

Segundo Fortin (2009, p.47) uma hipótese” pode *definir-se como um resultado antecipado das relações entre variáveis. A hipótese estabelece uma ligação de associação ou causalidade entre variáveis e é o objeto de uma verificação empírica*”.

Constituindo-se como uma resposta temporária, de acordo com os objetivos delineados e com a finalidade de dar resposta às questões de investigação levantadas para o presente estudo, elaboraram-se as seguintes hipóteses:

H1. Existe relação entre os conhecimentos sobre VIH/SIDA e a idade dos estudantes da Licenciatura em Enfermagem da ESEnfC

H2. Existe diferença entre os conhecimentos sobre VIH/SIDA e o sexo dos estudantes da Licenciatura em Enfermagem da ESEnfC

H3. Existe diferença entre os conhecimentos sobre VIH/SIDA e o uso do preservativo dos estudantes da Licenciatura em Enfermagem da ESEnfC

H4. Existe diferença entre os estudantes do 1º e 3º ano relativos aos conhecimentos sobre VIH/SIDA

### 2.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO E SUAS DIMENSÕES

Lakatos e Marconi (1981) definiram variáveis como *uma classificação ou medida, uma quantidade que varia, um conceito operacional que contém ou apresenta valores; aspeto, propriedade ou fator discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração. Podem ser quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços, etc. que se alteram em cada caso particular e são totalmente abrangentes e mutuamente exclusivas*.

Uma variável “corresponde a uma qualidade ou a uma característica que é atribuída a pessoas ou acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico” (Fortin, 2009, p.48).

A classificação de uma variável está diretamente relacionada com a sua utilização numa investigação, como refere Almeida e Freire (2008) "A explicitação das variáveis e das suas relações constitui um passo importante na definição do modelo de análise do problema"; esta pode ser denominada como independente, dependente, de atributo ou estranha.

Tendo em consideração os objetivos deste estudo, a questão de investigação e as hipóteses delineadas, foram ponderadas as seguintes variáveis em estudo:

Sexo – considerando-se que atualmente são aceites na sociedade dois sexos, no que se refere às relações conjugais possíveis de serem procriativas, foi definido o sexo feminino (para as mulheres) e o sexo masculino (para os homens). É uma variável qualitativa, nominal e dicotómica operacionalizada em: masculino e feminino.

Idade – referente à idade cronológica em anos, de cada respondente. Ordenada por Grupos etários. É uma variável qualitativa, ordinal de resposta aberta.

Uso do preservativo – Encarando o uso do preservativo como medida preventiva do VIH/SIDA, desta forma considerada como uma boa prática sexual. É uma variável qualitativa, nominal, operacionalizada em: sempre, nunca e ultimamente não.

Com esta questão pretende-se caracterizar a amostra, tendo as variáveis curso e ano de escolaridade a função de garantir o cumprimento dos critérios estabelecidos para os sujeitos da amostra, pelo que não sofrerão tratamento estatístico.

Consideramos como variável dependente o conhecimento dos estudantes da Licenciatura de Enfermagem sobre VIH/Sida, sendo este o resultado de interesse, ou seja, o resultado que depende do instrumento de medida.

As variáveis relativas aos conhecimentos sobre VIH/SIDA, são obtidas a partir do Teste de Conhecimentos sobre VIH/Sida, dos autores Koopman e Reid (1998) adaptado e validado por (por Cunha-Oliveira, Cunha-Oliveira, Pita e Massano Cardoso, (2006). Esta escala é dicotómica, com duas hipóteses de resposta verdadeiro ou falso, com 45 itens incluindo as seguintes dimensões:

Dimensão 1. Conhecimentos médicos e científicos – 23 itens

Dimensão 2. Mitos sobre a transmissão do VIH – 9 itens

Dimensão 3. Conhecimentos sobre comportamentos preventivos – 13 itens

## 2.4. TIPO DE ESTUDO

Tendo em consideração as questões de investigação e os objetivos delineados para a presente investigação, optou-se pela realização de um estudo quantitativo, dado que o mesmo tem como principal finalidade descrever variáveis e examinar algumas relações entre elas. Como nos diz Fortin (2006, p. 100) pretende-se *descobrir relações e descrevê-las*.

Dentro da abordagem quantitativa, o estudo é de carácter descritivo, comparativo e correlacional. Ainda de acordo com Fortin (2003, p. 135) “os estudos descritivos fornecem uma descrição dos dados” e “os estudos correlacionais servem para examinar a covariação das variáveis e a associação de uma variável com outras variáveis”.

## 2.5. POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA DO ESTUDO

Para Polit & Hungler (1995), população é todo o conjunto de indivíduos que possuem alguma característica comum. Por sua vez, amostragem é o processo de seleção de uma parte da população para representar a totalidade.

Neste sentido, consideramos amostra, uma porção ou parcela convenientemente selecionada da população, que será submetida a verificação, sendo obtido ou determinada a verificação, por uma técnica de amostragem (Polit & Hungler, 1995).

A população em estudo é constituída por estudantes do Ensino Superior de Coimbra do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Foi utilizado como critério de inclusão o facto de pertencer ao VI Curso de Licenciatura em enfermagem de Coimbra (Curso 2013-2017), no ano letivo 2013/2014, correspondendo ao primeiro ano da Licenciatura designado ao longo do presente trabalho como Grupo1, e no ano letivo de 2015/2016, terceiro ano da Licenciatura, ao qual corresponde o grupo 2.

Foram selecionados Estudantes de ambos os sexos, tendo-se obtido a seguinte amostra:

- 110 Estudantes do 1º ano do ano letivo 2013/2014 de um universo de 365 alunos.
  - 132 Estudantes do 3º ano do ano letivo 2015/2016 de um universo de 349 alunos
- Obtiveram-se um total de 242 questionários dos quais 13 não se encontravam corretamente preenchidos, pelo que a amostra passou a comportar um total de 229 estudantes; 102 do 1.º ano (Grupo1), e 127 Estudantes do 3.º ano (Grupo2).

Freixo (2011, p. 182) define amostra como “um conjunto de sujeitos retirados de uma população, consistindo em a amostragem num conjunto de operações que permitem

escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada”.

Tendo em conta o tipo de estudo, os seus objetivos, as definições anteriormente apresentadas, e à luz dos conceitos de Freixo (2011), optou-se pela amostragem probabilística; por outras palavras, a criação de uma amostra constituída por elementos de uma população que detêm a mesma probabilidade de integrá-la, dotando-a de imparcialidade.

A seleção dos estudantes da Licenciatura de Enfermagem teve por base a importância que estes adquirem na comunidade como profissionais de saúde, na prevenção do VIH e, sobretudo, o sobre o seu futuro papel como agente veiculadores de informação, de ações de sensibilização e formação junto dos jovens na área da sexualidade e IST.

A seleção de estudantes do 3.º ano prendeu-se com a necessidade de garantir a formação específica na área da sexualidade/IST's dos estudantes de Enfermagem, podendo-se assim estabelecer um paralelismo entre os diferentes timings de avaliação. Avaliando os conhecimentos e práticas de alunos no primeiro ano do ensino superior e de alunos do terceiro ano é possível perceber se se verificam ou não diferenças nos resultados que se possam relacionar com os dois anos de ensino que distam entre si.

Tendo presente o tipo de estudo e as condições necessárias à aplicação do instrumento de recolha de dados, foram selecionados todos os estudantes que de uma forma voluntária se propuseram ao seu preenchimento.

## 2.6. PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

Considerou-se o questionário o instrumento de medida mais adequado para a presente investigação, pela maior facilidade de resposta por escrito a questões potencialmente embaraçosas, comparativamente com métodos como a entrevista pessoal; por as respostas às questões colocadas não estarem sujeitas a enviesamentos e interpretações duvidosas; por possibilitar uma maior sistematização dos resultados obtidos, tornando-se mais fácil automatizar o processo de análise e tratamento dos dados; e finalmente, pelas suas características, considerando os menores custos e o menor dispêndio de tempo, quer para o investigador quer para o sujeito, que lhe estão associados.

O questionário (Apêndice I), tem na sua constituição duas partes: caracterização sociodemográfica e de práticas sexuais, e o teste de conhecimentos sobre VIH/SIDA.

### **Caracterização sociodemográfica**

Inclui 4 questões abertas e fechadas relativas a: idade, sexo, residência durante o ano letivo, proveniência.

### **Caracterização de práticas sexuais**

Inclui 8 questões fechadas, nas quais apenas os estudantes que já tiveram relações sexuais a preenchem na sua totalidade. Estas questões são relativas ao tempo de início de atividade sexual, número de parceiros sexuais, experiências sexuais em grupo, práticas sexuais mais frequentes, e utilização do preservativo, como o sejam o seu uso no geral, o uso na primeira relação sexual e o seu uso na última relação sexual.

### **Teste de Conhecimentos sobre VIH/Sida**

O teste foi traduzido e adaptado por Cunha-Oliveira, et al., (2006), e cedida autorização dos autores para a aplicação no presente trabalho. A escala completa é constituída por dois sub-testes, em que o primeiro avalia os conhecimentos e o segundo as crenças a respeito da prevenção do VIH/Sida. Neste estudo apenas foi utilizado o primeiro sub-teste que é composto por 45 itens com formato de resposta “verdadeiro” e “falso” (Anexo I). Este sub-teste apresenta três dimensões tais como: conhecimentos médicos e científicos (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 20, 26, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 39 e 41), mitos sobre a transmissão do VIH (itens 11, 23, 25, 27, 29, 32, 37, 43 e 45) e conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos (itens 7, 13, 14, 18, 19, 21, 22, 24, 28, 30, 40, 42 e 44).

Na opinião de Polit & Hungler (1995) quando são utilizados indivíduos como sujeitos de investigações científicas (...) precisa de se ter muito cuidado para assegurar que os seus direitos estão protegidos.

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário anónimo, confidencial e auto-administrado.

Neste contexto, e dada a sensibilidade do estudo, teve-se a preocupação de preservar algumas questões éticas, tais como, a garantia do anonimato nos questionários e o pedido de autorização formal à direção da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tal como se poderá ver posteriormente.

## **2.7. PRE-TESTE**

O questionário foi elaborado tendo em conta a pesquisa bibliográfica e os autores consultados. Neste sentido, após a elaboração do mesmo e antes da sua aplicação, existiu a necessidade e a imposição metodológica de efetuar um pré-teste, com o

objetivo de identificar questões que justificassem uma modificação de redação, conteúdo, formato ou mesmo eliminação/inclusão de questões na versão final deste instrumento. O pré-teste foi aplicado a 12 estudantes do 2º ano do Ensino Superior de Coimbra do curso de enfermagem. Após o preenchimento do questionário, resultou a elaboração da versão definitiva, que foi exatamente igual à inicial, isto é, não existiram, segundo os 12 inquiridos, questões que levantassem dúvidas.

## 2.8. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Sendo certo que "Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes" (Martins, 2008, p.62), e para que a pesquisa se desenvolva respeitando os princípios éticos, é necessário que os investigadores desenvolvam estratégias que permitam o respeito pela privacidade do indivíduo, mantendo-se durante todas as fases metodológicas bem como na revelação dos resultados (Fortin, 2003; Polit *et al.*, 2004)

Estas estratégias passam pelos requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação entre as quais se incluem a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como a confidencialidade e proteção dos dados) em todas as fases do estudo (Nunes, 2013).

Para se proceder à aplicação do questionário elaborado foi solicitada, num primeiro momento, a autorização e cedência do teste de conhecimentos e crenças dos adolescentes sobre VIH/SIDA, previamente validado à Sra. Enf.<sup>a</sup> Aliete Cunha Oliveira, este pedido de autorização foi remetido via e-mail e incluiu, entre outros pontos, o propósito do estudo; tendo sido dada a autorização após concordância de todos os autores (Anexo II).

Por forma a submeter a referida investigação a elevados níveis de exigência e responsabilidade ética, foi solicitado um pedido de parecer e apreciação ética do projeto de investigação à Comissão de Ética (Apêndice II), para a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), que enviou parecer favorável à concretização da presente investigação (Anexo III).

Foi, também, realizado um pedido formal escrito à Senhora Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professora Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento (Apêndice III)), visando a obtenção de autorização de acesso aos

estudantes da Licenciatura de Enfermagem com a finalidade de efetivar a colheita de dados, tendo sido dado o seu aval (Anexo IV).

Para a realização de pesquisa no ser humano é necessário obter um consentimento livre e esclarecido dos indivíduos. Este consentimento é livre e esclarecido quando não existe dano ou ameaça à integridade do indivíduo. De forma a que o indivíduo compreenda o contexto e os objetivos do estudo, para que haja um esclarecimento, é necessário que o investigador forneça toda a informação adequada à investigação, com a finalidade de que a compreenda, para que possua o poder de livre escolha a participar ou recusar voluntariamente (Fortin, 2003; Polit et al., 2004).

Após a obtenção das devidas autorizações procedeu-se à aplicação do questionário, em ambiente de sala de aula e de forma coletiva. Antes da distribuição do questionário foram esclarecidos os estudantes inquiridos acerca do propósito do estudo, bem como dada a garantia do seu anonimato e da confidencialidade das respostas. A participação de todos os estudantes, foi, assim voluntária, tendo sido assegurada confidencialidade, privacidade, individualidade e sigilo dos mesmos.

## 2.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

A investigação tem por objetivo responder às questões de investigação e verificar hipóteses, pelo que após a colheita de dados, é necessário realizar o tratamento dos mesmos, recorrendo para tal à ajuda de técnicas de análise estatística (Fortin, 2009).

Na investigação quantitativa, tendo em conta a aplicação de questionários, os investigadores recorrem maioritariamente a técnicas padronizadas de análise estatística (Moreira, 2006), iniciando-se esta análise pela redução dos mesmos, num primeiro esforço de interpretação, ao que se segue a organização e apresentação dos dados, ou seja a estruturação de um conjunto de informações a partir da qual se podem extrair conclusões e tomar decisões (Caixeiro, 2014).

No presente estudo, após a recolha de dados procedeu-se à sua identificação, transcrição e organização. Essas ações foram realizadas com o recurso ao Excel versão (2016) e ao SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences). Da análise estatística surge uma análise descritiva e uma análise inferencial.

Na análise descritiva foram utilizadas distribuições de frequências (absolutas e relativas) e utilizadas medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão). De forma a facilitar a descrição de conjuntos de variáveis, foi também utilizada a análise fatorial enquanto técnica estatística de redução e simplificação de dados.

Na análise inferencial foram utilizados testes estatísticos que permitiram analisar a relação entre as variáveis e testar hipóteses, nomeadamente os testes não paramétricos, coeficiente de correlação linear de Pearson e o t-Student com a finalidade de comparar os dois grupos.

A apresentação dos dados é feita através de tabelas e gráficos, por forma a tornar mais fácil a leitura dos dados

### **CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

Considerando que a investigação qualitativa não seria possível sem a estatística, esta acompanha a investigação desde o início da conceptualização e desenho do estudo, até às fases mais posteriores, esta permite aos investigadores resumirem, ordenarem, interpretarem e comunicarem a informação recolhida em forma de números (Fortin, 2003).

Num total de 242 questionários aplicados à nossa amostra, 13 foram excluídos por não se encontravam corretamente preenchidos, pelo que a amostra passou a comportar um total de 229 estudantes; 102 do 1.º ano (Grupo1), e 127 Estudantes do 3.º ano (Grupo2). Pretendemos desta forma apresentar e analisar os resultados recolhidos nos questionários. Iremos apresentá-los seguindo o grupo em que se enquadram as questões, e as várias dimensões do teste de conhecimentos sobre VIH. No entanto, em primeiro lugar será caracterizada a amostra do estudo do ponto de vista sociodemográfico e comportamental face ao preservativo e antecedentes relevantes sexuais. Procurar-se-á caracterizar não apenas os scores alcançados pelos sujeitos da nossa amostra, para as variáveis dependentes e independentes em estudo, como também analisar a associação existente entre as variáveis, tendo como diretrizes os objetivos formulados. Neste capítulo descrevemos primeiramente a análise descritiva dos resultados, seguida da análise inferencial de cada hipótese. Serão apresentadas tabelas com os dados colhidos através dos questionários inseridos e trabalhados informaticamente através do programa SPSS, e os valores absolutos e percentuais. Por questões de melhor compreensão para o leitor, serão apontados gráficos que complementam a informação descritiva.

#### **3.1 ANÁLISE DESCRITIVA**

Na análise descritiva, a principal preocupação do investigador é descrever as características gerais da amostra em estudo e descrever os valores obtidos através da medida das variáveis. Neste sentido, por uma questão de organização estrutural, a análise descritiva dos resultados será subdividida em:

- Caracterização sociodemográfica;
- Caracterização subjacente às práticas sexuais;
- Caracterização subjacente aos conhecimentos sobre VIH/Sida.

### 3.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

No grupo 1 foram inquiridos 102 estudantes, correspondendo ao 1º ano do VI CLE do ano letivo 2013/2014, e no grupo 2 foram inquiridos 127 estudantes, correspondendo ao 3º ano do mesmo CLE do ano letivo 2015/2016. Por questões de facilidade de compreensão de agora em diante, os dois grupos de estudantes passarão a ser tratados de grupo1, grupo2.

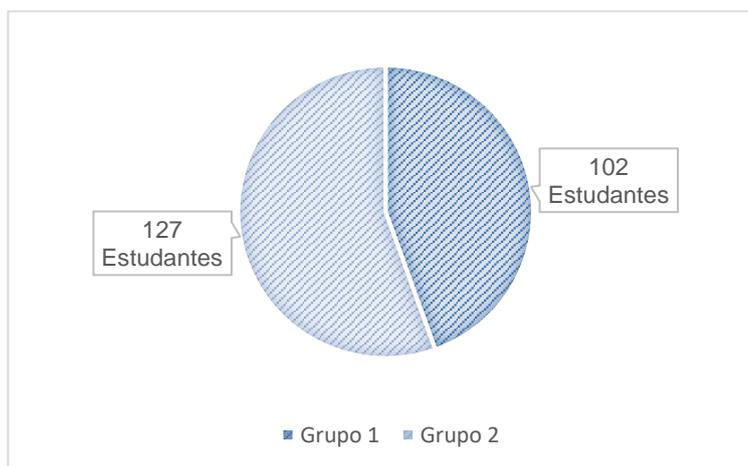


Gráfico 1. Distribuição da amostra por Grupos

#### Sexo e idade

Verificamos que existe maior número de elementos do sexo feminino a frequentar o ensino superior em ambas as amostras.

Tabela 1. Distribuição da amostra por grupos em função do sexo

Sexo	Grupo 1		Grupo 2	
<b>Feminino</b>	83	81,4%	101	79,5%
<b>Masculino</b>	19	18,6%	26	20,5%
<b>TOTAL</b>	102	100%	127	100%

\* Grupo 1 = Mo =18; X =18,45; sd=1,727; Md=18; Min=17; Máx=33

\* Grupo 2 = Mo =21; X=22,09; sd=1,970; Md=21; Min=17; Máx=33

No que diz respeito à idade dos estudantes, observa-se que a maioria apresenta idade entre os 18-22 anos, 91,2% no Grupo 1 e 70,1% no Grupo 2. Ainda assim no Grupo 1 existe uma pequena percentagem com idade 17 anos (6,9%), e no Grupo 2 existe uma percentagem significativa de estudantes que tem entre 23-27 anos (26,9%). Ainda é possível identificar no grupo 2 que 3,2% de estudantes têm idades compreendidas entre os 28-32 anos. A media de idades do grupo 1 é de 18,45 anos e do grupo 2, 22,09.

**Tabela 2.** Distribuição da amostra por grupos etários

	Grupo 1		Grupo 2	
	n	%	n	%
<b>Grupos etários*</b>				
<b>&lt; 18</b>	7	6,9%	0	0%
<b>18-22</b>	93	91,2%	89	70,1%
<b>23-27</b>	1	1,0%	34	26,9%
<b>28-32</b>	0	0%	4	3,2%
<b>&gt;32</b>	1	1,0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	102	100%	127	100%

\* Grupo 1 = Mo =18; X =18,45; sd=1,727; Md=18; Min=17; Máx=33

\* Grupo 2 = Mo =21; X=22,09; sd=1,970; Md=21; Min=17; Máx=33

### **Proveniência e residência durante o ano letivo**

Um maior número de estudantes é proveniente do meio urbano em ambos os Grupos.

**Tabela 3.** Distribuição da amostra por proveniência

Proveniência	Grupo 1		Grupo 2	
	n	%	n	%
<b>M. Rural</b>	43	42,2%	54	42,5%
<b>M. Urbano</b>	59	57,8%	73	57,5%
<b>TOTAL</b>	102	100%	127	100%

\* Grupo 1 = Mo =18; X =18,45; sd=1,727; Md=18; Min=17; Máx=33

\* Grupo 2 = Mo =21; X=22,09; sd=1,970; Md=21; Min=17; Máx=33

A residência durante o ano letivo destes estudantes, quer no Grupo 1 quer no Grupo 2 é a residência própria, mas ainda há uma percentagem significativa a residir em Residência escolar.

**Tabela 4.** Distribuição da amostra por residência durante o ano letivo

Residência durante o Ano Letivo	Grupo 1		Grupo 2	
	n	%	n	%
<b>R. Escolar</b>	40	39,2%	43	33,9%
<b>R. Própria</b>	62	60,8%	84	66,1%
<b>TOTAL</b>	102	100%	127	100%

\* Grupo 1 = Mo =18; X =18,45; sd=1,727; Md=18; Min=17; Máx=33

\* Grupo 2 = Mo =21; X=22,09; sd=1,970; Md=21; Min=17; Máx=33

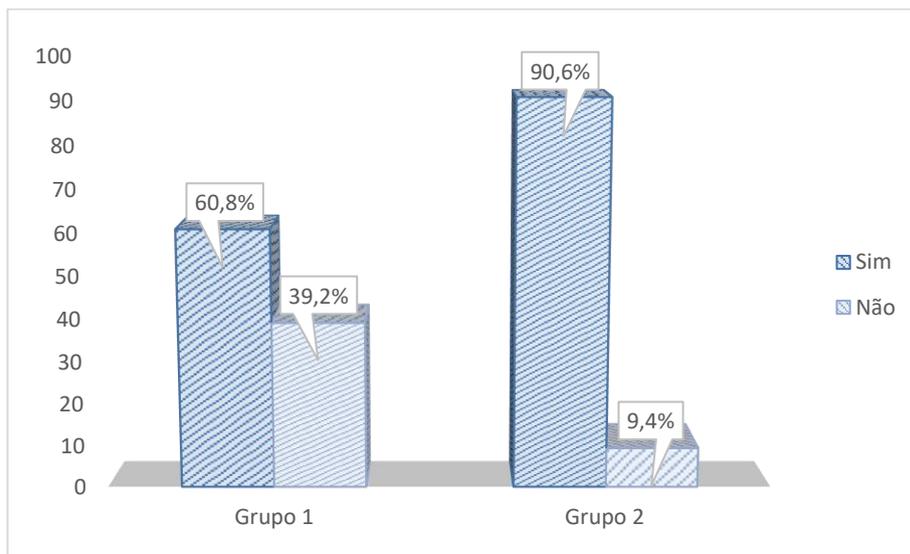
### **3.1.2. Caracterização subjacente às práticas sexuais**

O universo da sexualidade parece, à semelhança do que foi descrito na introdução teórica, ampliar-se cada vez mais quanto mais se aprofunda o tema, sendo difícil traçar os seus limites. Ainda assim, as práticas sexuais consideradas no estudo são as que envolvem a genitalidade, indo, portanto, do jogo amoroso/preliminar ao coito vaginal, anal e sexo oral.

Todos os dados analisados referentes às práticas sexuais dizem respeito apenas aos estudantes que já tinham dado início à sua vida sexual.

### **Início da atividade sexual nos estudantes**

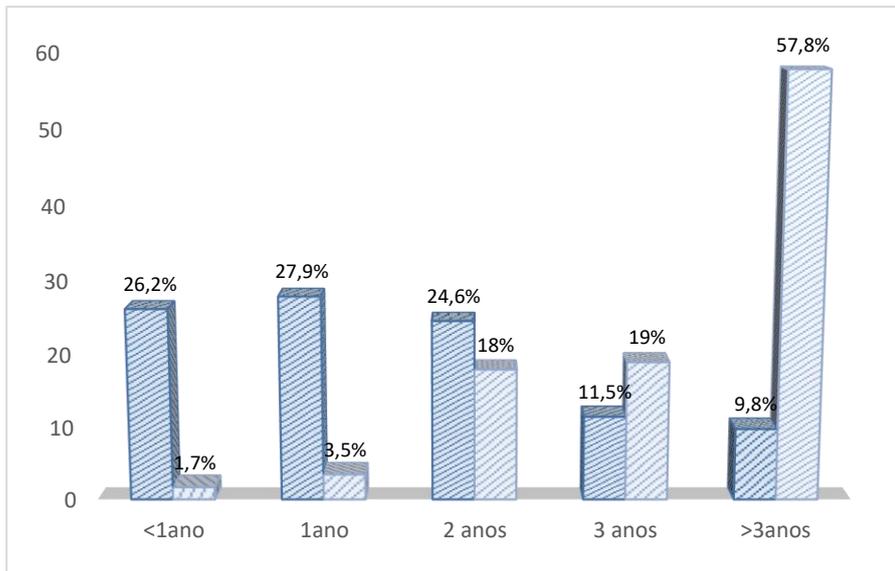
Encontrou-se no primeiro grupo uma percentagem de 39,2% de estudantes que nunca tinham tido relações sexuais, no Grupo 2 essa percentagem desce para 9,4%, ou seja 90,6% dos estudantes já tinham dado início à sua atividade sexual.



**Gráfico 2.** Distribuição da amostra pelo início de relações sexuais em função do grupo

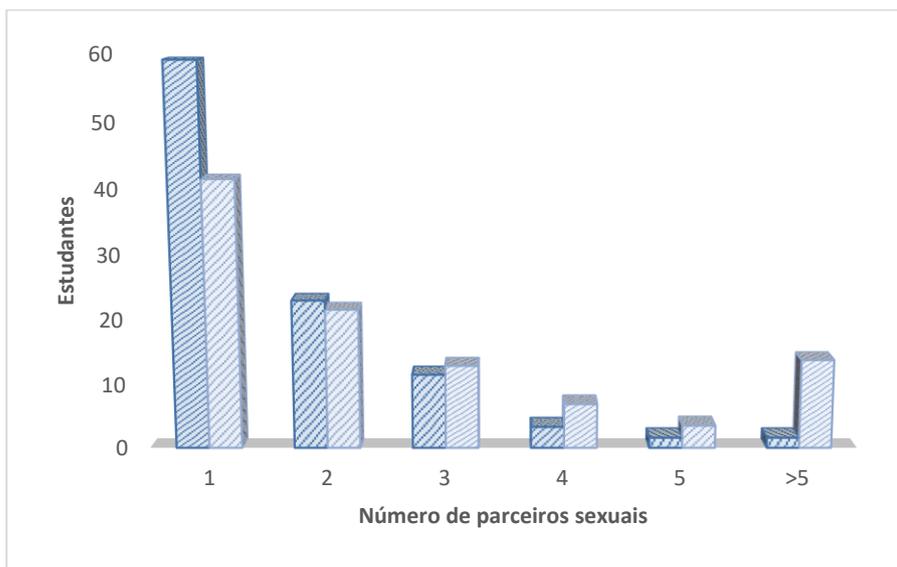
Constata-se que no grupo 1 os estudantes referem início da vida sexual em menos de um ano ou mesmo um ano, e que no grupo 2 os estudantes apresentam um crescendo em termos de início da sua vida sexual, ou seja, no grupo 2, os estudantes referem já terem iniciado a sua vida sexual há mais de 3 anos.

No que diz respeito ao início da atividade sexual como se pode observar existe uma diferença significativa entre grupos, ou seja o Grupo 1 tinha iniciado a sua atividade sexual há menos tempo do que o grupo 2, tendo este uma percentagem elevada no início superior a 3 anos, podendo ser explicada esta diferença pelo grupo 2 ser estudado, 2 anos após o primeiro Grupo, e naturalmente esta diferença se acentuar.



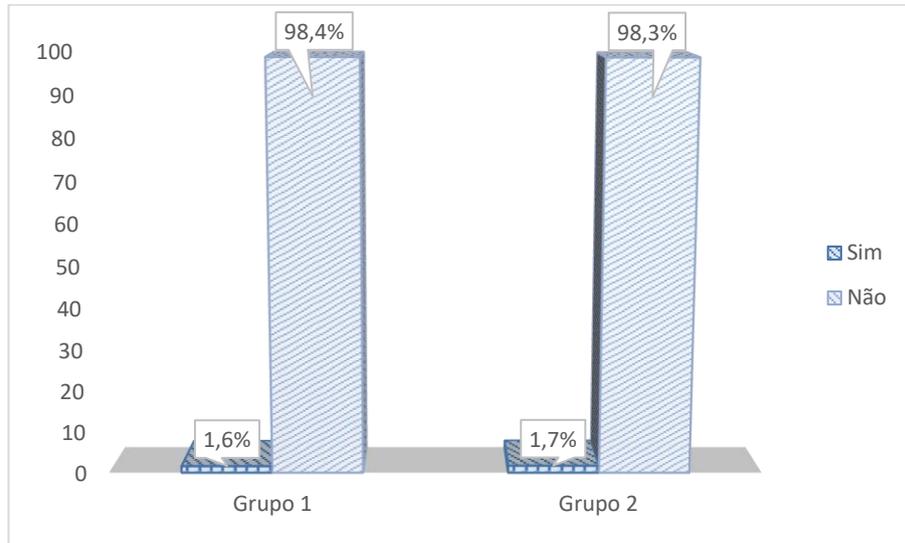
**Gráfico 3.** Distribuição da amostra pelo tempo de início das relações sexuais em função do grupo

Observou-se que a maioria dos estudantes, em ambos os grupos, tinham tido apenas um parceiro sexual. O grupo 2 salienta um aumento do número de parceiros sexuais, o que pode ser constatado nos dados apresentados no gráfico seguinte.



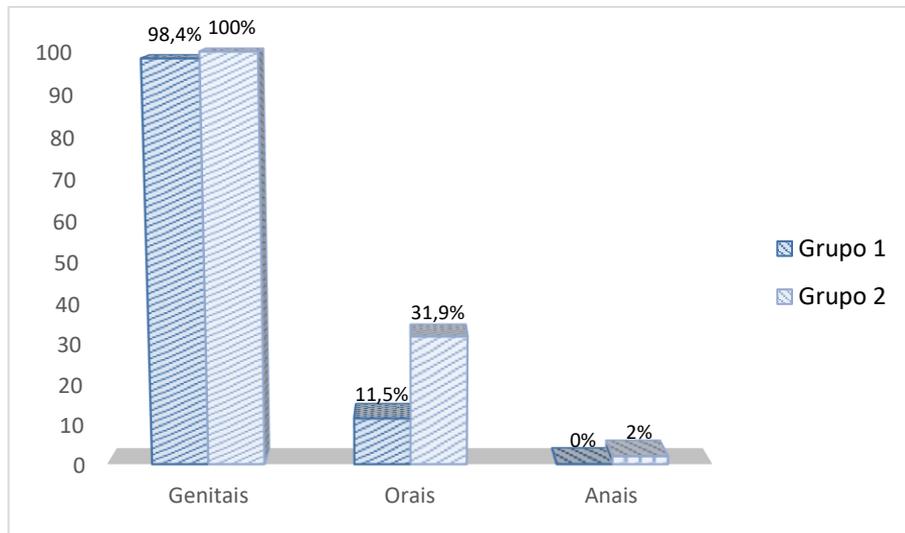
**Gráfico 4.** Distribuição da amostra pelo número de parceiros sexuais em função do grupo

Ambos os estudos revelam um número insignificante de experiencias sexuais em grupo



**Gráfico 5.** Distribuição da amostra pelas práticas sexuais em grupo em função do grupo

De acordo com as respostas dadas pelos estudantes, as práticas sexuais genitais são as mais frequentes em ambos os grupos, no entanto observa-se um aumento das práticas sexuais genitais e orais no Grupo 2.

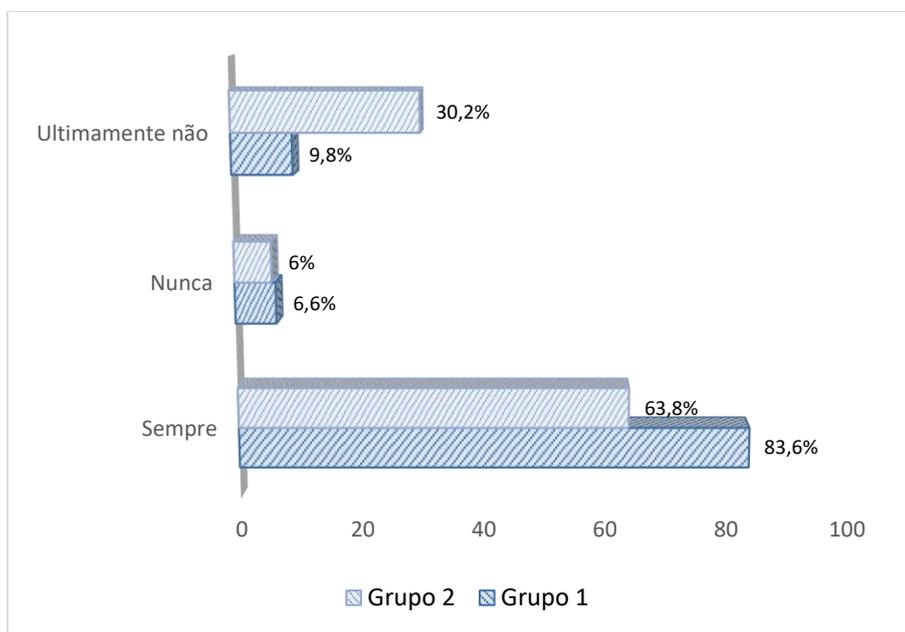


**Gráfico 6.** Distribuição da amostra de acordo com as práticas sexuais mais frequentes em função do grupo

### **Uso do preservativo**

As respostas à questão uso do preservativo, foram bastante diferentes entre os grupos. No entanto, apresentaram um ponto em comum: entre 6% no Grupo 1 e 6,6% no Grupo 2 os estudantes referem nunca usar o preservativo.

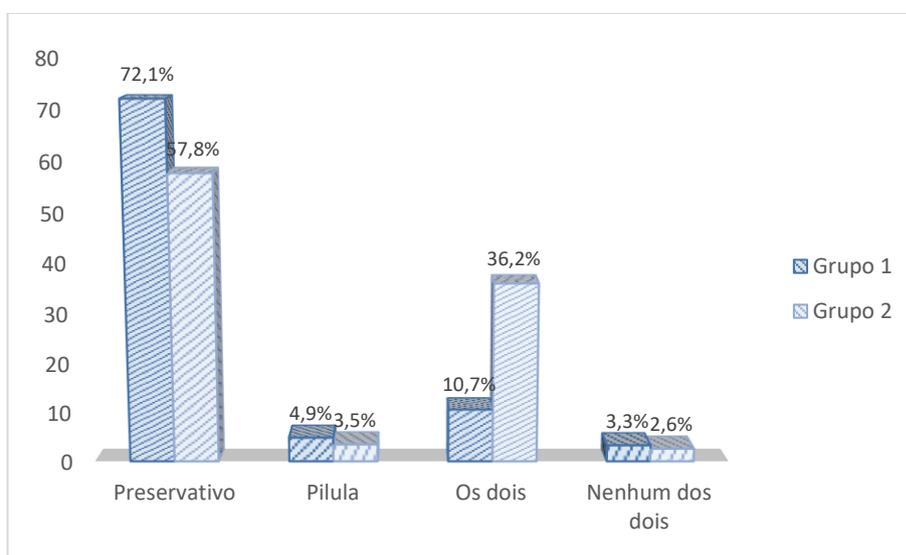
É visível que a maioria afirma usar sempre o preservativo, quer no Grupo 1 (83,6%), quer no grupo 2 (63,8%), no entanto existe uma diminuição significativa do uso do preservativo do primeiro para o segundo grupo. É também relevante o aumento de estudantes que ultimamente não recorre ao uso de preservativo nas suas práticas sexuais, pela percentagem de 30,3% de respostas dadas pelo Grupo 2 em comparação ao Grupo 1 (9,8%).



**Gráfico 7.** Distribuição da amostra de acordo com o uso do preservativo em função do grupo

### Uso de preservativo na primeira relação sexual

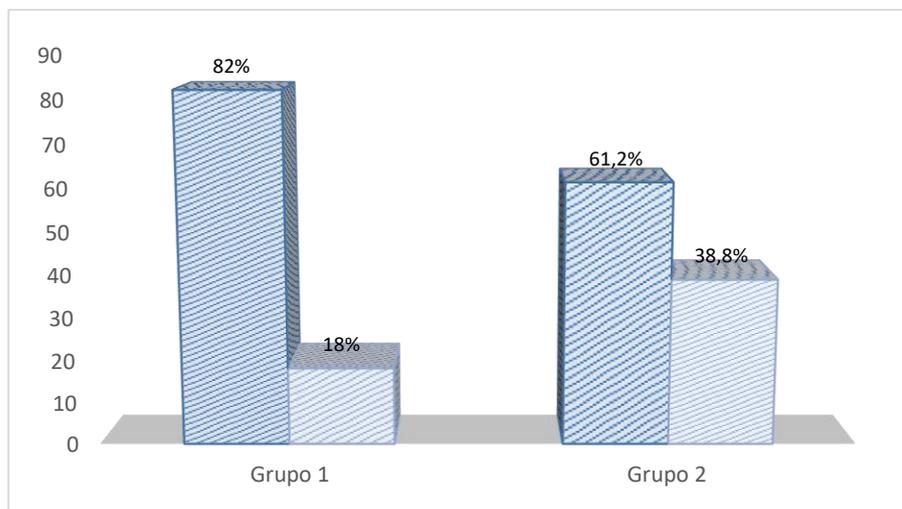
Na primeira relação sexual os estudantes utilizaram em grande maioria o preservativo, os estudantes do Grupo 1 revelam ter feito a escolha da utilização do preservativo em 72,1% na primeira relação sexual, 10,7% utilizaram o preservativo e a pilula, 4,9% apenas a pilula e 3,3% referem não ter utilizado nenhum tipo de contraceção. Se compararmos com o Grupo 2, o uso apenas do preservativo na primeira relação sexual desce em relação ao Grupo 1, com 57,8% na sua utilização, os que utilizaram apenas a pilula, também decrescem ligeiramente (3,5%), bem com a não utilização de nenhum tipo de contraceção (2,6%), e é notório o aumento dos estudantes que utilizaram a associação do preservativo e a pilula na sua primeira relação sexual (36,2%).



**Gráfico 8.** Distribuição do uso do preservativo e/ou pilula na primeira relação sexual em função do grupo

### Uso de preservativo na última relação sexual

O uso do preservativo foi apontado como o método contraceptivo em 82% dos estudantes do grupo 1, ao passo que que no grupo 2 só foi apontado em 61,2% dos casos.



**Gráfico 9.** Distribuição do uso do preservativo na última relação sexual em função do grupo

### 3.1.3. Caracterização subjacente aos conhecimentos sobre VIH/Sida

A identificação da informação que os jovens têm sobre a transmissão e prevenção do VIH/Sida pode favorecer a adoção de estratégias mais eficazes para o seu controle. (Coelho, 2011). Um conhecimento aprofundado dos modos de transmissão, é um pré-requisito, embora insuficiente, só por si, para a adoção de comportamentos que reduzam o risco. A compreensão exata da maneira de se proteger é essencial na população jovem.

O teste utilizado, para avaliar os conhecimentos sobre o VIH/Sida, fá-lo em três dimensões: conhecimentos médicos e científicos; mitos sobre a transmissão do VIH e conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos, que poderemos analisar nas tabelas seguintes em forma percentual.

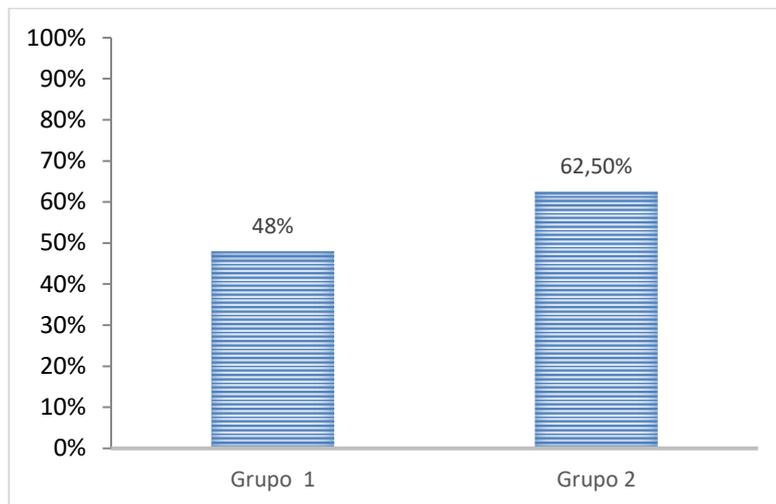
**Dimensão 1. “Conhecimentos médicos e científicos sobre a transmissão do VIH”**

**Tabela 5. Teste de conhecimentos sobre VIH/Sida: distribuição do número de respostas corretas da dimensão – “Conhecimentos médicos e científicos sobre a transmissão do VIH”, em função do grupo**

	Grupo 1		Grupo 2	
	n	%	n	%
<b>1 - SIDA significa Síndrome de Imunodeficiência Adquirida</b>	97	95,1	121	95,3
<b>2 - Hoje, a maioria dos cientistas acredita que a SIDA é causada por um vírus chamado VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana)</b>	96	94,1	116	91,3
<b>3 - A maioria das pessoas que contraem a SIDA costumam curar-se</b>	100	98,0	124	97,6
<b>4 - Um bebé de mãe portadora de VIH pode contrair a SIDA</b>	99	97,1	122	96,1
<b>5. O VIH circula no sangue</b>	99	97,1	120	94,5
<b>6. A maioria das pessoas portadoras de VIH estão doentes com SIDA</b>	49	48	79	62,5
<b>8. O VIH aparece no sémen</b>	75	73,5	93	73,2
<b>9. O número de homens e mulheres infetados com VIH será provavelmente menor nos próximos anos do que hoje</b>	32	31,4	52	40,9
<b>10. A SIDA diminui a capacidade de resistência do organismo às doenças</b>	96	94,1	123	96,9
<b>12 - Um teste negativo para os anticorpos VIH significa que provavelmente a pessoa tem SIDA</b>	83	81,4	105	82,7
<b>15 - Se um teste de VIH for negativo significa que a pessoa tem SIDA</b>	98	96,1	124	97,6
<b>16. As pessoas com SIDA podem, por isso, contrair outras doenças</b>	97	95,1	123	96,9
<b>17. Podes morrer de SIDA se apanhares a doença</b>	56	54,9	64	50,4
<b>20. As pessoas com SIDA apanham pneumonias com mais facilidade do que a média das pessoas</b>	95	93,1	115	90,6
<b>26. Os preservativos de pele de carneiro são melhores do que os preservativos de látex para a prevenção do VIH</b>	99	97,1	123	96,9
<b>31. Basta um teste de VIH positivo para teres a certeza de que estás infetado(a)</b>	45	44,1	40	31,5
<b>33. Foi recentemente desenvolvida uma vacina que imuniza as pessoas contra o VIH</b>	86	84,3	107	84,3
<b>34. Mesmo com aspeto de pessoa saudável, um(a) parceiro(a) infetado(a) pode transmitir o VIH</b>	102	100	123	96,9
<b>35. Se és realmente saudável, o exercício físico poderá proteger-te da infeção pelo VIH</b>	99	97,1	119	93,7
<b>36. Se a pessoa com quem estiveres a fazer sexo já fez o teste do VIH e este foi negativo, isso quererá dizer que tu não estás infetado(a)</b>	77	75,5	100	78,7
<b>38. Melhor do que usar apenas o preservativo será usá-lo com um espermicida</b>	43	42,2	78	61,4
<b>39. Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, através de um golpe ou de uma ferida aberta</b>	88	86,3	112	88,2
<b>41. Se tiveres um teste falso positivo para o VIH, isso significa que estás infetado</b>	73	71,6	107	84,3

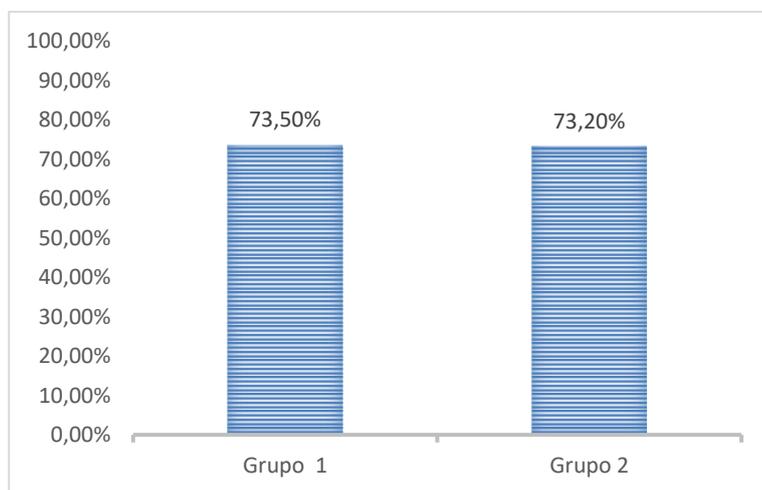
No que respeita as duas primeiras perguntas parece não ter havido dúvidas significativas quanto à resposta. No entanto na pergunta nº3 que remete para a cura da SIDA, parece haver consenso de que a SIDA ainda não tem cura.

Já na pergunta numero 6 “A maioria das pessoas portadoras de VIH estão doentes com SIDA” parece haver confusão clara entre os termos VIH e SIDA, sendo que esta tendência se denota em ambos os grupos, sendo mais evidente no grupo 1, cujos 48% contrapõem com 62,5% do grupo 2.



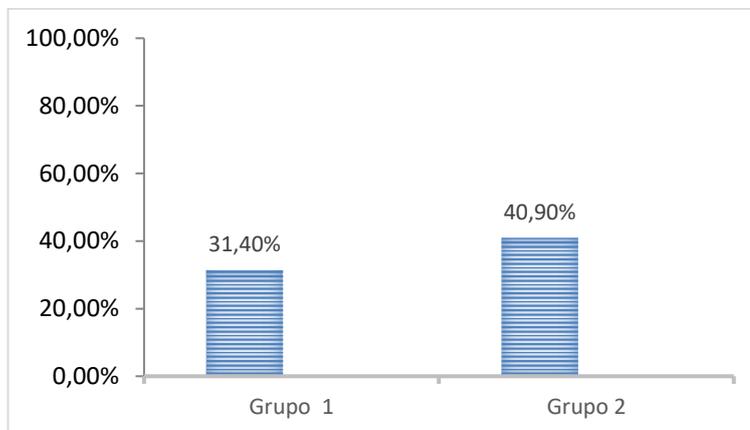
**Gráfico 10.** Distribuição das respostas corretas à questão 6 – “A maioria das pessoas portadoras de VIH estão doentes com SIDA”, em função do grupo

Na pergunta numero 8 “o VIH aparece no sémen” aparece com resposta de 73,2% de resposta certa em ambas as amostras.



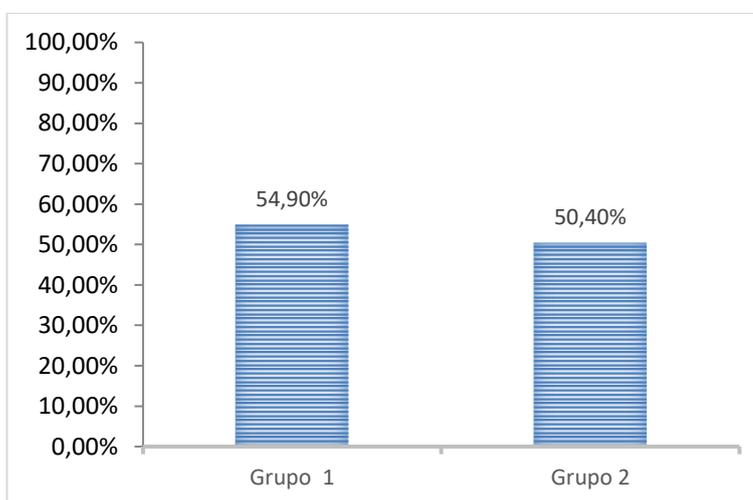
**Gráfico 11.** Distribuição das respostas corretas à questão 8 – “O VIH aparece no sémen” em função do grupo

Na pergunta nº9 “O número de homens e mulheres infetados com VIH será provavelmente menor nos próximos anos do que hoje” ambas as amostras apresentam valores muito inferiores a 50% de resposta certas.



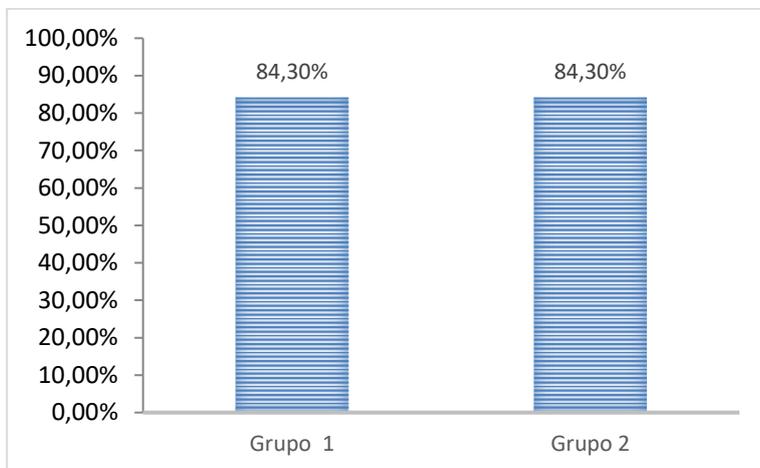
**Gráfico 12.** Distribuição das respostas corretas à questão 9 – “O número de homens e mulheres infetados com VIH será provavelmente menor nos próximos anos do que hoje”, em função do grupo

A afirmação “Podes morrer de SIDA se apanhares a doença” ambas as amostras apresentam valores de respostas certas muito próximas dos 50%. No entanto, quando questionado acerca da fragilidade que esta doença propicia, parece ser consensual nas duas amostras que se trata de uma afirmação verdadeira.



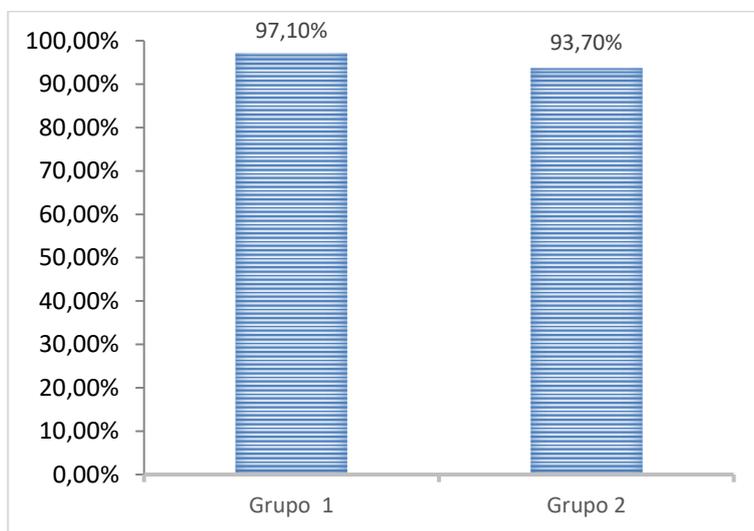
**Gráfico 13.** Distribuição das respostas corretas à questão 17 – “Podes morrer de Sida se apanhares a doença”

Em ambas as amostras houve uma percentagem significativa que respondeu afirmativamente à afirmação “Foi recentemente desenvolvida uma vacina que imuniza as pessoas contra o VIH”, cerca de 16% em ambas as amostras.



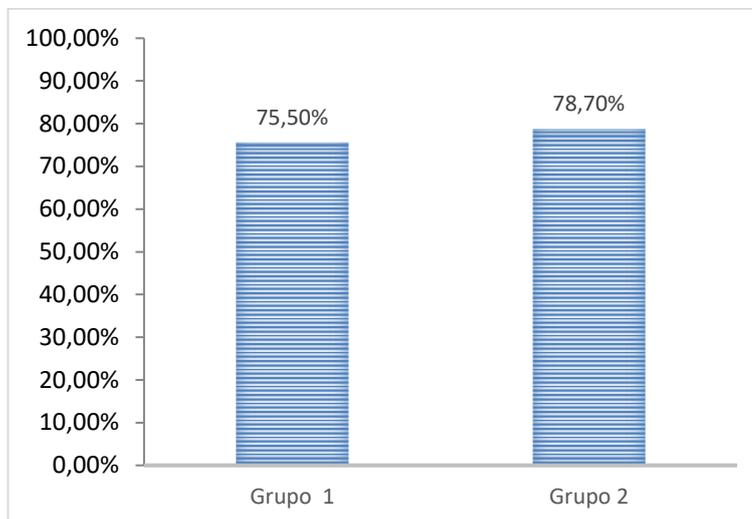
**Gráfico 14.** Distribuição das respostas corretas à questão 33 – “Foi recentemente desenvolvida uma vacina que imuniza as pessoas contra o VIH” em função do grupo

“Se és realmente saudável, o exercício físico poderá proteger-te da infeção pelo VIH”  
97,1% dos estudantes responderam corretamente à questão, contrapondo com 93,7% dos estudantes do grupo 2, uma percentagem, portanto, inferior ao número de respostas certas do grupo 1.



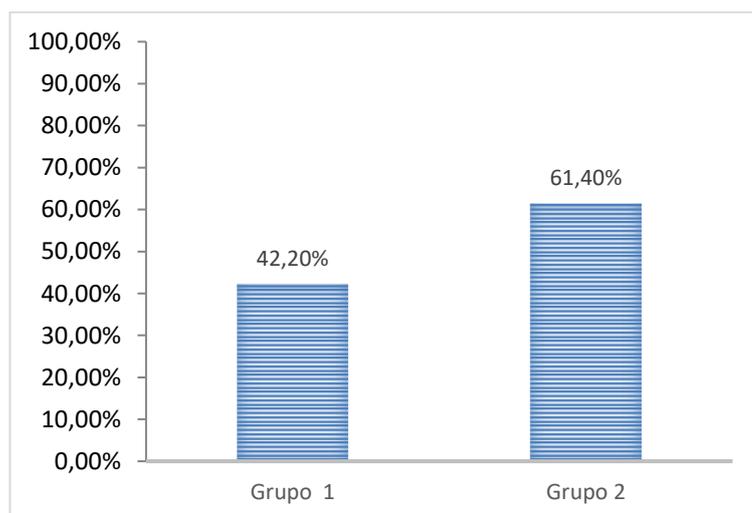
**Gráfico 15.** Distribuição das respostas corretas à questão 35 – “Se é realmente saudável, o exercício físico poderá proteger-te da infeção pelo VIH” em função do grupo

“Se a pessoa com quem estiveres a fazer sexo já fez o teste do VIH e este foi negativo, isso quererá dizer que tu não estás infetado(a)” 75,5% do grupo 1 respondeu corretamente, à semelhança do grupo 2, com uma percentagem de 78,7%.



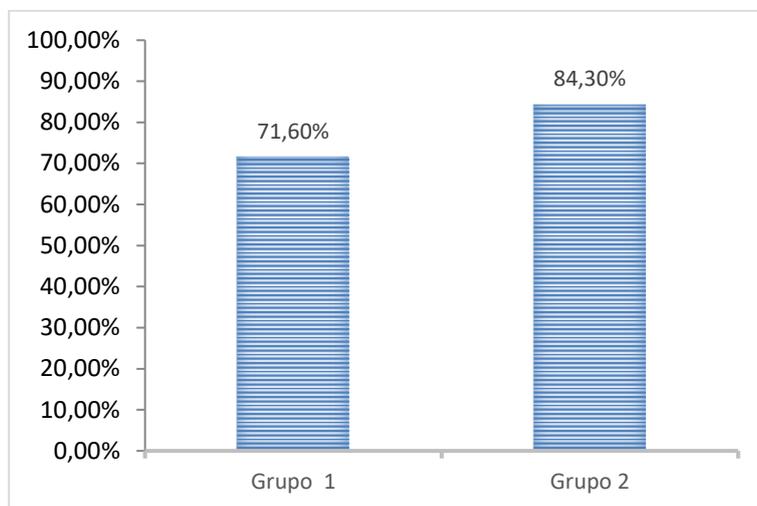
**Gráfico 16.** Distribuição das respostas corretas à questão 36 – “Se a pessoa com quem estiveres a fazer sexo já fez o teste do VIH e este foi negativo, isso quererá dizer que tu não estás infetado(a)” em função do grupo

“Melhor do que usar apenas o preservativo será usá-lo com um espermicida” Verifica-se uma elevada percentagem de respostas erradas a estas questão, sendo que aproximadamente metade da amostra demonstra um não domínio do tema em causa. No grupo 1, verifica-se 42,2% de respostas corretas, ao passo que no grupo 2 verifica-se uma percentagem superior 61,4%.



**Gráfico 17.** Distribuição das respostas corretas à questão 38 – “Melhor do que usar apenas o preservativo será usá-lo com um espermicida” em função do grupo

“Se tiveres um teste falso positivo para o VIH, isso significa que estás infetado” Quanto a esta questão, 71,6% dos estudantes do 1º ano responderam corretamente, contrapondo com 84,3% dos estudantes do grupo 2.



**Gráfico 18.** Distribuição das respostas corretas à questão 41 – “Se tiveres um teste falso positivo para o VIH”, isso significa que estás infetado em função do grupo

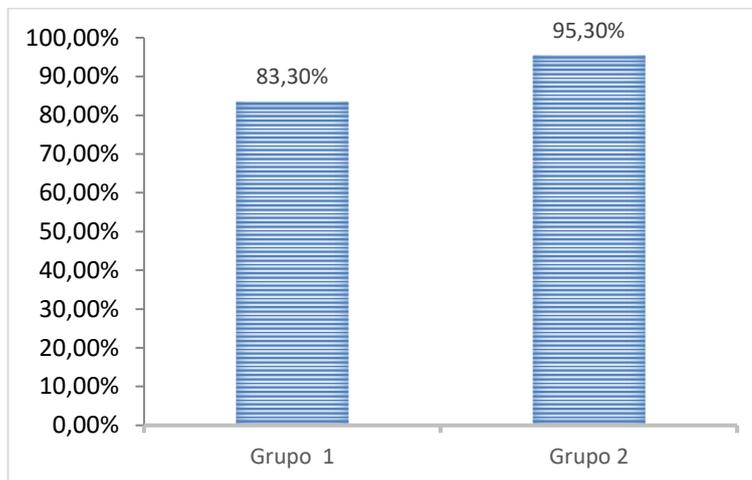
## **Dimensão 2. “Mitos sobre a transmissão do VIH”**

**Tabela 6.** Teste de conhecimentos sobre VIH/Sida: distribuição do número de respostas corretas da dimensão – “Mitos sobre a transmissão do VIH”, em função do grupo

	Grupo 1		Grupo 2	
	n	%	n	%
<b>11 - Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA ao terem-se sentado em sanitas públicas</b>	85	83,3	121	95,3
<b>23. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem nadado numa piscina utilizada por alguém que tinha SIDA</b>	96	94,1	124	97,6
<b>25. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem dado beijos com a língua a uma pessoa que estava infectada</b>	82	80,4	105	82,7
<b>27. Pouco tempo depois de terem apanhado o VIH, é habitual as pessoas ficarem muito doentes com SIDA</b>	71	69,6	104	81,9
<b>29. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA através de picadas de insetos</b>	70	68,6	99	78,0
<b>32. As mulheres grávidas estão protegidas contra o VIH</b>	100	98	125	98,4
<b>37. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem ido comer a um restaurante onde um dos empregados tinha SIDA</b>	95	93,1	124	97,6
<b>43. Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, ao dar sangue</b>	49	48,0	89	70,1
<b>45. Pode-se apanhar o vírus da SIDA ao fazer o teste de VIH</b>	90	88,2	116	91,3

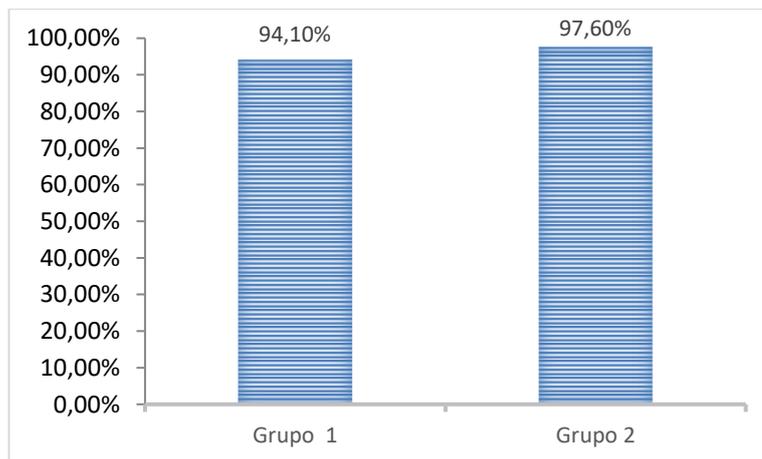
Esta segunda tabela de apresentação de dados, dá-nos informação acerca dos mitos sobre a transmissão do VIH.

Constatamos que ainda há uma percentagem significativa que responde de forma errada à afirmação “*Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA ao terem-se sentado em sanitas públicas*” 16,7% no grupo 1 (100%-83,3%) e 6,7% no grupo 2 (100%-95,3%).



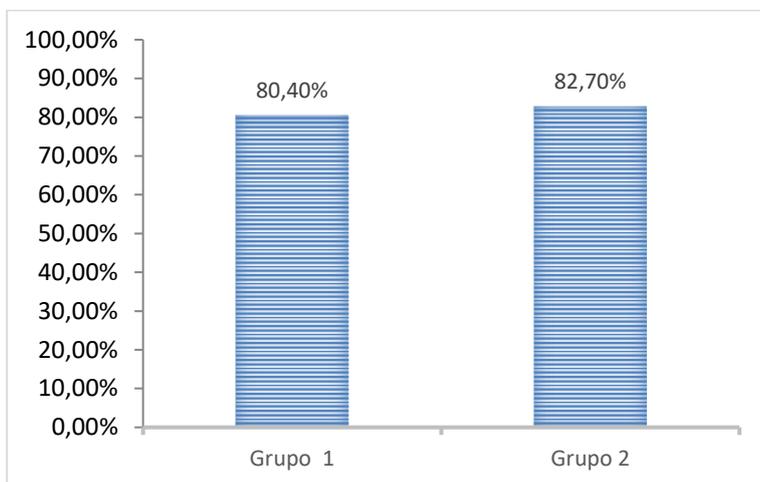
**Gráfico 19.** Distribuição das respostas corretas à questão 11 – “*Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA ao terem-se sentado em sanitas públicas*”, em função do grupo

Igualmente na afirmação “*Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem nadado numa piscina utilizada por alguém que tinha SIDA*” há uma percentagem valorizável de respostas incorretas, tanto no grupo I como no grupo 2, respetivamente, 6,9% e 2,4%.



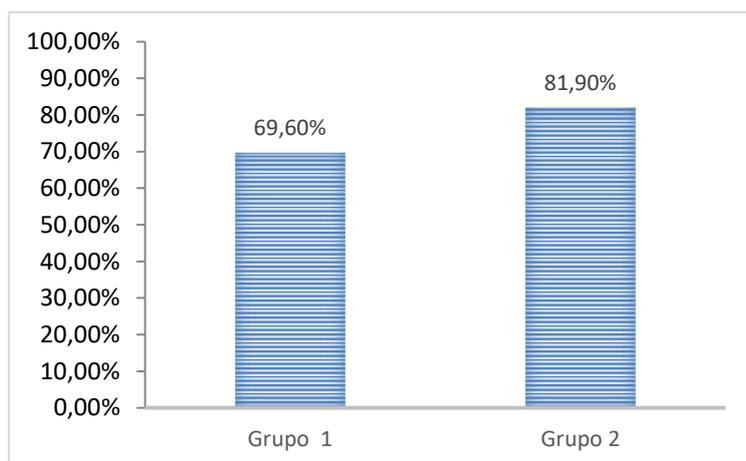
**Gráfico 20.** Distribuição das respostas corretas à questão 23 – “*Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem nadado numa piscina utilizada por alguém que tinha SIDA*”, em função do grupo

Estas percentagem aumentam em ambas as amostras na questão numero 25 *“Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem dado beijos com a língua a uma pessoa que estava infectada”*, em que o número de respostas erradas aumenta para cerca de 20% em ambas as amostras.



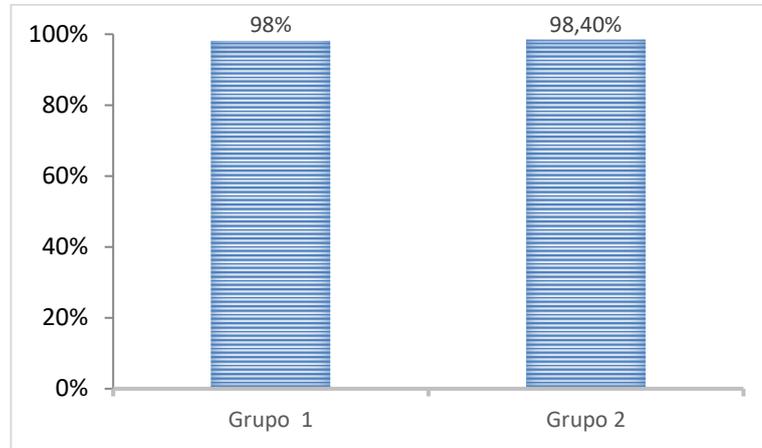
**Gráfico 21.** Distribuição das respostas corretas à questão 25 - Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem dado beijos com a língua a uma pessoa que estava infectada, em função do grupo

Na afirmação numero 27 *“Pouco tempo depois de terem apanhado o VIH, é habitual as pessoas ficarem muito doentes com SIDA”*, continua a denotar-se falsas crenças quanto ao VIH/SIDA, contrapondo 69,6% de respostas certas no grupo 1, com 81,9% no grupo2. Sessenta e oito por cento dos estudantes do grupo 1 e 78% dos estudantes do grupo 2 continuam a achar que *“Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA através de picadas de insetos”*.



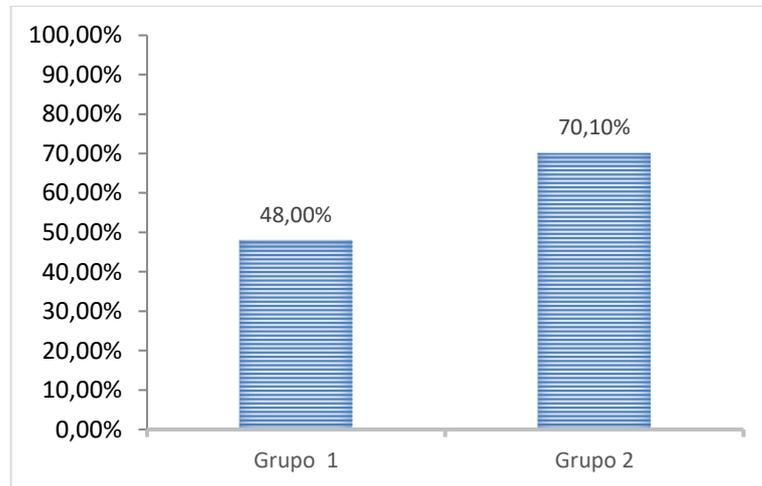
**Gráfico 22.** Distribuição das respostas corretas à questão 27 – “Pouco tempo depois de terem apanhado o VIH, é habitual as pessoas ficarem muito doentes com SIDA”, em função do grupo

Verifica-se uma percentagem elevada de repostas corretas no que respeita à afirmação “As mulheres grávidas estão protegidas contra o VIH”, ainda assim, 2% dos estudantes do grupo 1 e 1,6% dos estudantes do grupo 2 responderam erradamente a esta questão.



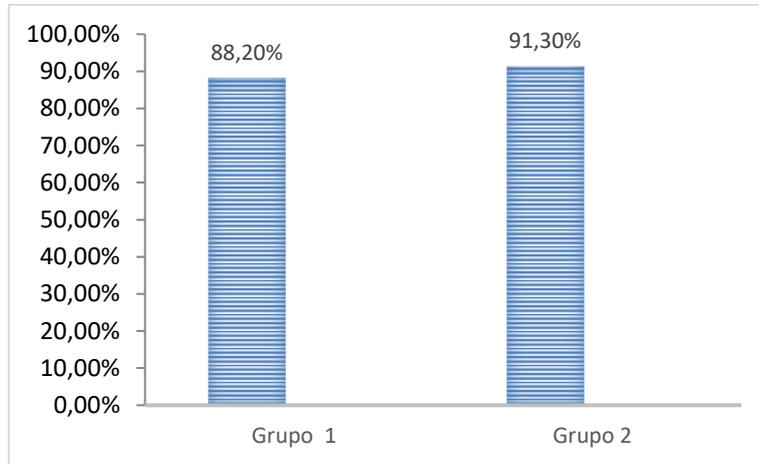
**Gráfico 23.** Distribuição das repostas corretas à questão 32 – “As mulheres grávidas estão protegidas contra o VIH”, em função do grupo

Continua a verificar-se percentagem elevada de repostas erradas ao nível da transmissão do VIH, sendo que somente 48% dos estudantes do grupo 1 responderam corretamente à afirmação “Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, ao DAR sangue”. Já no grupo 2 a percentagem de repostas certas aumenta significativamente para 70,1%; ainda assim, uma percentagem relativamente baixa.



**Gráfico 24.** Distribuição das repostas corretas à questão 43 – “Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA”, ao dar sangue, em função do grupo

“Pode-se apanhar o vírus da SIDA ao fazer o teste de VIH”, verifica-se uma percentagem de 88,2% de estudantes a responder corretamente a esta afirmação, contrapondo com 91,3% do grupo 2.



**Gráfico 25.** Distribuição das respostas corretas à questão 45 – “Pode-se apanhar o vírus da SIDA ao fazer o teste de VIH”, em função do grupo

### **Dimensão 3. “Conhecimentos sobre comportamentos preventivos”**

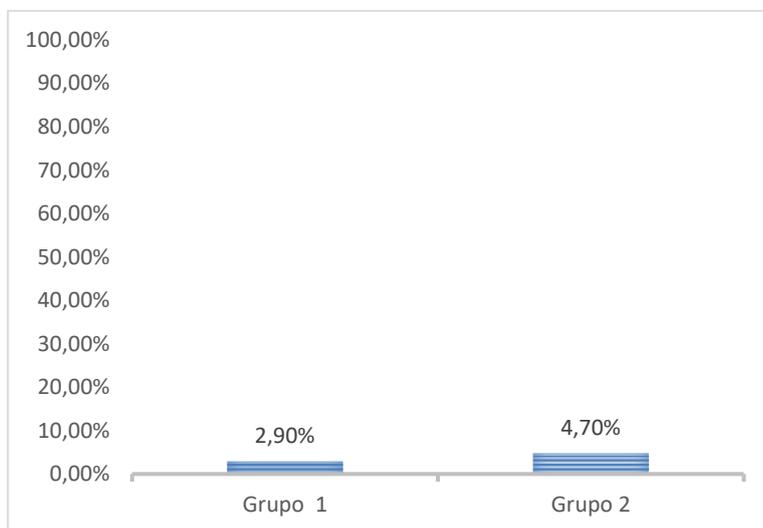
**Tabela 6. Teste de conhecimentos sobre VIH/Sida: distribuição do número de respostas corretas da dimensão – “Conhecimentos sobre comportamentos preventivos”, em função do grupo**

	Grupo 1		Grupo 2	
	n	%	n	%
<b>7. As prostitutas em Lisboa têm uma baixa probabilidade de apanhar o VIH (o qual pode levar à SIDA)</b>	99	97,1	122	96,1
<b>13 - Se tiveres relações sexuais com uma só pessoa, em toda a vida, podes, ainda assim, contrair a SIDA</b>	3	2,9	6	4,7
<b>14 - Ainda que te possa mentir, é sempre boa ideia perguntares à pessoa com quem vais ter relações sexuais qual o seu passado sexual</b>	99	97,1	121	95,3
<b>18. Os homens têm mais probabilidade de contrair a SIDA se tiverem relações sexuais com mulheres do que se tiverem relações sexuais com homens</b>	90	88,2	117	92,1
<b>19. A utilização do preservativo faz diminuir a probabilidade de se contrair a SIDA</b>	100	98,0	123	96,9
<b>21. As mulheres têm mais probabilidade de contrair a SIDA se tiverem relações sexuais com um homem estritamente heterossexual do que com um homem bissexual</b>	94	92,2	115	90,6
<b>22. É seguro ter relações sexuais sem preservativo com uma pessoa que consome drogas injetáveis desde que tu não te injetes</b>	102	100	124	97,6
<b>24. Qualquer pessoa, independentemente da sua raça, pode apanhar o VIH e contrair a SIDA</b>	101	99,0	126	99,2
<b>28. Contrair ou não a SIDA depende mais de se fazer ou não fazer sexo seguro do que do tipo de grupo a que se pertence</b>	87	85,3	102	80,3
<b>40. Não há perigo de apanhares o VIH e contrair a SIDA se fizeres sexo oral sem preservativo</b>	86	84,3	116	91,3
<b>42. Fazer sexo anal sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras que há</b>	99	97,1	124	97,6
<b>44. As pessoas que consomem álcool e drogas como a marijuana, a cocaína e o “crack” têm mais tendência para não praticar sexo seguro</b>	75	73,5	93	73,2

Esta tabela mostra-nos a distribuição de respostas corretas à dimensão dos conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos VIH/SIDA.

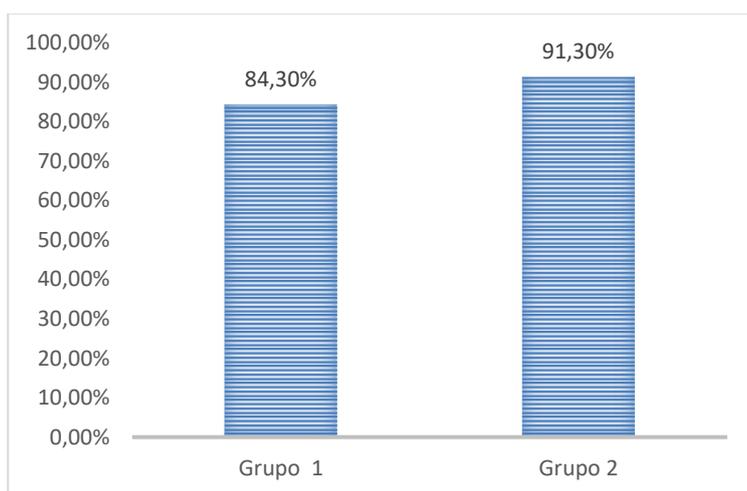
Ressaltamos 3 questões por considerarmos serem achados interessantes no contexto do estudo:

A afirmação nº13 “Se tiveres relações sexuais com uma só pessoa, em toda a vida, podes, ainda assim, contrair a SIDA” Para esta afirmação a percentagem de respostas corretas é muito baixo em ambas as amostras 2,9% no grupo 1 e 4,7% no grupo2.



**Gráfico 26.** Distribuição das respostas corretas à questão 13 – “Se tiveres relações sexuais com uma só pessoa, em toda a vida, podes, ainda assim, contrair a SIDA”, em função do grupo

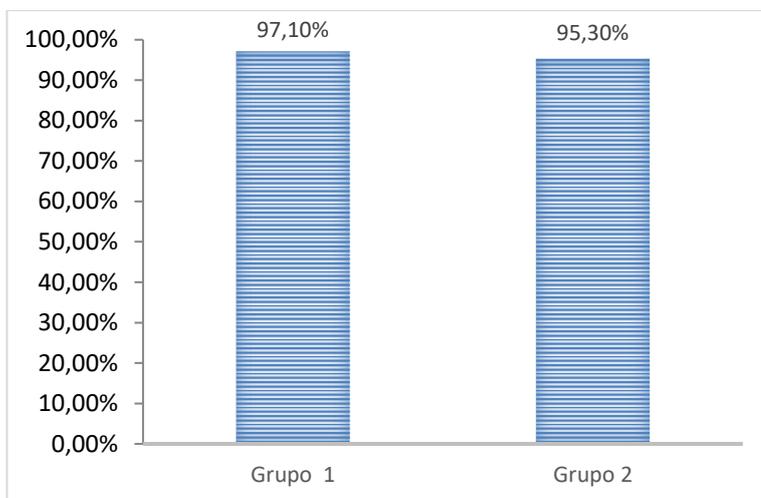
“Não há perigo de apanhares o VIH e contrair a SIDA se fizeres sexo oral sem preservativo”, continua a existir uma percentagem significativa de respostas erradas a esta questão, sendo que no 1º grupo 15,7% responderam erradamente a esta pergunta contrapondo com 8,7% dos estudantes do grupo2.



**Gráfico 27.** Distribuição das respostas corretas à questão 40 – “Não há perigo de apanhares o VIH e contrair a SIDA se fizeres sexo oral sem preservativo”, em função do grupo

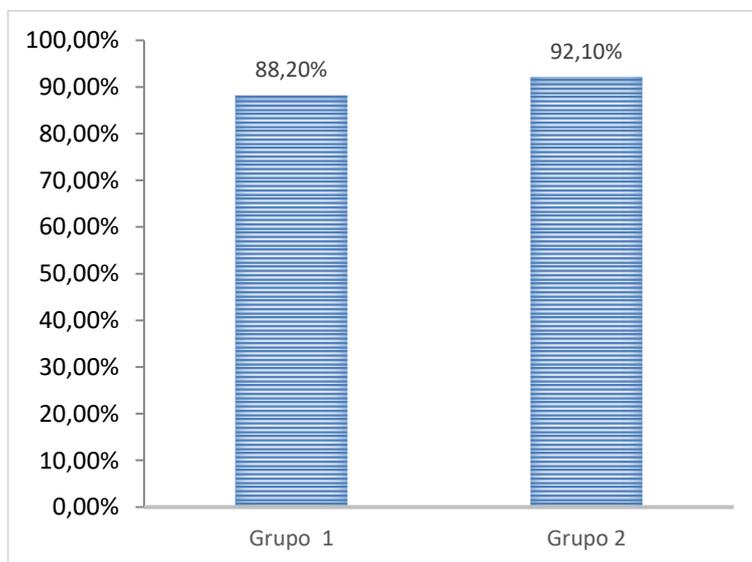
*“Ainda que te possa mentir, é sempre boa ideia perguntares à pessoa com quem vais ter relações sexuais qual o seu passado sexual”.* Apreciamos as percentagens elevadas a esta afirmação, pois parece-nos estar relacionada com uma dose importante de bom

senso, e que ultrapassa a sexualidade como ato isolado, mas também como relação de intimidade e de preocupação mínima de responsabilidade em saúde.



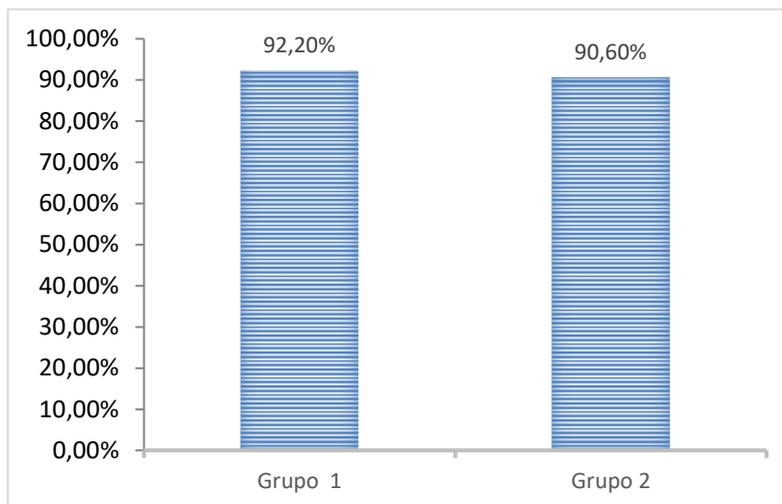
**Gráfico 28.** Distribuição das respostas corretas à questão 14 – “Ainda que te possa mentir, é sempre boa ideia perguntares à pessoa com quem vais ter relações sexuais qual o seu passado sexual”, em função do grupo

*“Os homens têm mais probabilidade de contrair a SIDA se tiverem relações sexuais com mulheres do que se tiverem relações sexuais com homens”* em ambas as amostras se observa uma taxa elevada de respostas certas (88,2% e 92,1%, respetivamente).



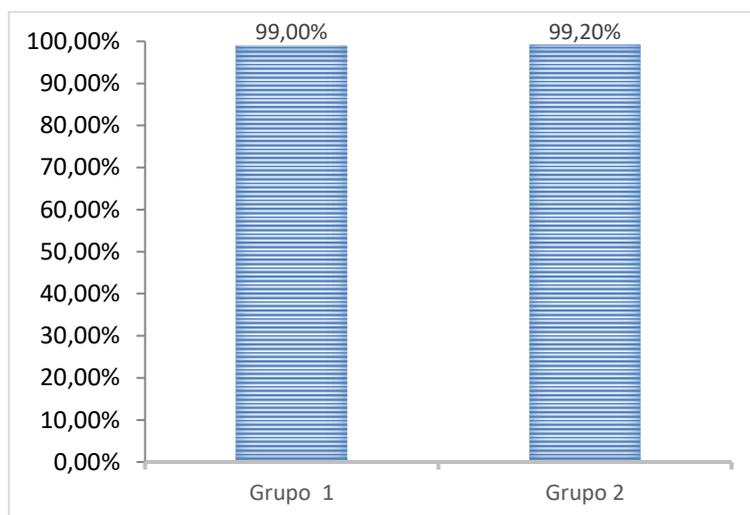
**Gráfico 29.** Distribuição das respostas corretas à questão 18 – “Os homens têm mais probabilidade de contrair a SIDA se tiverem relações sexuais com mulheres do que se tiverem relações sexuais com homens”, em função do grupo

*“As mulheres têm mais probabilidade de contrair a SIDA se tiverem relações sexuais com um homem estritamente heterossexual do que com um homem bissexual”* – em aproximadamente 10% dos estudantes de ambas as amostras houve respostas consideradas erradas.



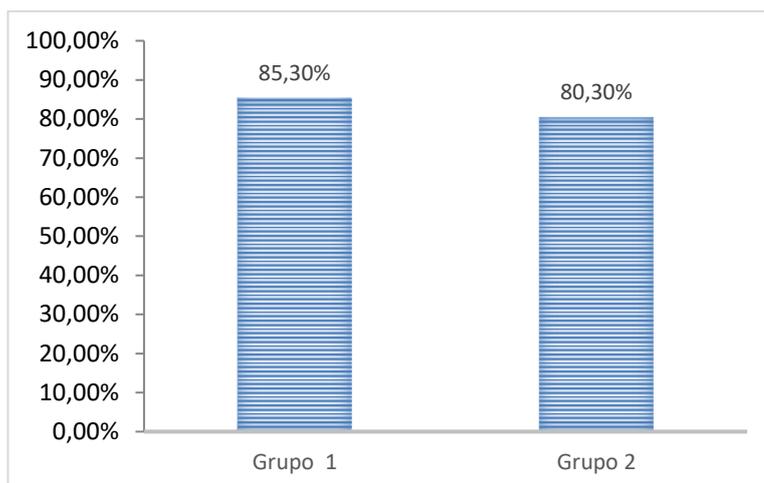
**Gráfico 30.** Distribuição das respostas corretas à questão 21 – “As mulheres têm mais probabilidade de contrair a SIDA se tiverem relações sexuais com um homem estritamente heterossexual do que com um homem bissexual”, em função do grupo

“Qualquer pessoa, independentemente da sua raça, pode apanhar o VIH e contrair a SIDA” Esta afirmação reuniu praticamente 100% das respostas corretas em ambas as amostras.



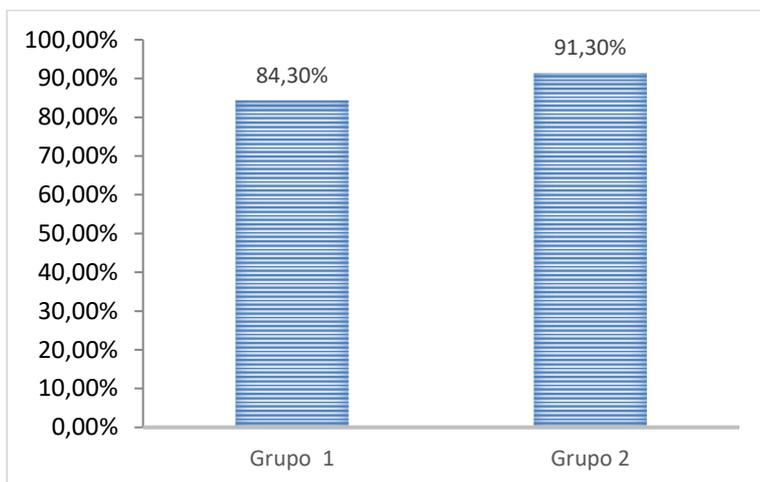
**Gráfico 31.** Distribuição das respostas corretas à questão 24 – “Qualquer pessoa, independentemente da sua raça, pode apanhar o VIH e contrair a SIDA”, em função do grupo

À afirmação “Contrair ou não a SIDA depende mais de se fazer ou não fazer sexo seguro do que do tipo de grupo a que se pertence” recebeu-se, ainda, respostas que denotam mais preconceito ou mito face a grupos - os quais não apurámos – do que propriamente “fazer sexo seguro”. Dos estudantes do grupo 1, 85% respondem corretamente a esta pergunta e 80% dos do grupo 2 respondem de forma correta à mesma pergunta.

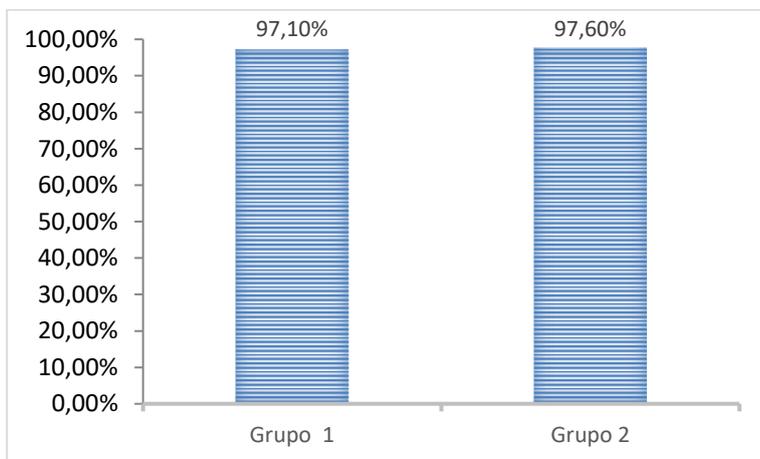


**Gráfico 32.** Distribuição das respostas corretas à questão 28 – “Contrair ou não a SIDA depende mais de se fazer ou não fazer sexo seguro do que do tipo de grupo a que se pertence”, em função do grupo

Às afirmações “Não há perigo de apanhares o VIH e contrair a SIDA se fizeres sexo oral sem preservativo” e “Fazer sexo anal sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras que há”, apesar de não ter havido consenso total, houve uma elevada taxa de respostas corretas.



**Gráfico 33.** Distribuição das respostas corretas à questão 40 – “Não há perigo de apanhares o VIH e contrair a SIDA se fizeres sexo oral sem preservativo, em função do grupo



**Gráfico 34.** Distribuição das respostas corretas à questão 42 – “Fazer sexo anal sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras que há”, em função do grupo

Numa análise global aos conhecimentos dos estudantes da Licenciatura em enfermagem da ESEnfC (tabela 7), utilizando uma escala de avaliação de 0-100%, podemos dizer que ambos os grupos apresentam um nível elevado de conhecimentos nas várias dimensões, com uma média superior a 81%, no grupo 1 esta média é de 81,28% e no grupo 2 esta média sobe ligeiramente para 83,37%.

Numa análise mais detalhada no grupo 1, a média de conhecimentos mais elevada verifica-se na dimensão 3, conhecimentos sobre comportamentos preventivos (83,48%), com um mínimo de 61,54% e um máximo de 92,31%, considerando que é nesta dimensão que os estudantes do grupo 1 apresentam mais conhecimentos. Comparando

com o grupo 2, decresce ligeiramente em relação ao grupo 1 nesta dimensão, no entanto a grande diferença reside no mínimo e no máximo com 38,46% e 100% respetivamente. Neste mesmo grupo salienta-se o conhecimento na dimensão 2, mitos sobre transmissão do VIH, com a média mais elevada de 88,10%.

Verifica-se que é na dimensão 1, conhecimentos médicos e científicos que a média é inferior em ambos os grupos, 80,34% no grupo 1, e 81,82% no grupo 2.

**Tabela 7.** Distribuição dos conhecimentos sobre VIH/ Sida nas três dimensões em função do grupo

Dimensões	Grupo 1						Grupo 2					
	Min	Max	X	Sd	Med	Mod	Min	Max	X	Sd	Med	Mod
<b>Conhecimentos médicos e científicos</b>	43,48	95,65	80,349	8,316	82,609	82,61	43,48	95,65	81,821	8,261	82,609	82,61 <sup>b</sup>
<b>Mitos sobre a transmissão do VIH</b>	22,22	100	80,501	17,159	88,889	88,89	33,33	100	88,101	12,298	88,889	88,89
<b>Conhecimentos sobre comportamentos preventivos</b>	61,54	92,31	83,484	8,551	84,615	92,31	38,46	100	82,859	10,080	84,615	84,62
TOTAL	55,56	91,11	81,285	6,449	82,222	80,00 <sup>b</sup>	51,11	95,56	83,377	7,192	84,444	86,67

### 3.2. ESTATISTICA INFERENCIAL

Neste capítulo, será processada a análise inferencial tendo por referência a hipotética associação entre as variáveis independentes (idade, sexo e uso do preservativo) e variável dependente em estudo (conhecimento dos estudantes da Licenciatura de Enfermagem sobre VIH/Sida), de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos da presente investigação. Saliente-se que, nesta análise apenas serão referenciados os dados estatisticamente significativos, em função dos testes estatísticos descritos, relativos a cada hipótese.

#### Hipótese 1. Existe relação entre os conhecimentos sobre VIH/SIDA e a idade dos estudantes da Licenciatura em Enfermagem da ESEnfC

Para se quantificar a associação entre a “idade” e a variável dependente em estudo (conhecimentos sobre VIH/Sida), recorreu-se à correlação de Pearson que, como coeficiente estatístico, nos permite conhecer a força e o sentido da associação linear, existente entre as duas variáveis. Os resultados obtidos pelas correlações, (tabela 8) tendo por referência os conhecimentos dos estudantes sobre VIH/Sida, revelam que não existe uma associação estatisticamente significativa entre a idade e as dimensões do conhecimento, nem com o conhecimento no total, em ambos os grupos, apenas se verifica uma correlação fraca, positiva, estatisticamente significativa, entre a idade do grupo 1 e a dimensão dos mitos sobre a transmissão do VIH.

Ou seja, não se verifica a influência da idade nos conhecimentos dos estudantes, quer no 1º ano, quer no 3ºano.

**Tabela 8.** Resultados da Correlação de Pearson: Conhecimentos sobre VIH/Sida em função da idade.

Dimensões	Idade			
	Grupo 1		Grupo 2	
	r	p	r	p
<b>Conhecimentos médicos e científicos</b>	0,228	0,021	-0,059	0,510
<b>Mitos sobre a transmissão do VIH</b>	0,062	0,535	-0,106	0,235
<b>Conhecimentos sobre comportamentos preventivos</b>	-0,099	0,321	-0,084	0,349
<b>TOTAL</b>	0,145	0,146	-0,105	0,241

(Mediana do Grupo 1 = 18anos e no grupo 2 = 21 anos)

**Hipótese 2. Existe diferença entre os conhecimentos sobre VIH/SIDA e o sexo dos estudantes da Licenciatura em Enfermagem da ESEnfFC**

Em relação à influência da variável “sexo”, os resultados dos testes t de student, tendo por referência o conhecimento dos estudantes sobre VIH/Sida (Tabela 9) indicam que os estudantes do sexo masculino não se diferenciam de forma estatisticamente significativa, dos estudantes do sexo feminino, relativamente as dimensões do teste de conhecimentos e crenças sobre VIH/Sida e ao conhecimento no total. Esta constatação permite inferir que, em função do sexo, existe homogeneidade nos scores médios obtidos nas três dimensões, bem como no score total do teste de conhecimentos. Contudo numa análise cuidadosa dos resultados evidência que tendencialmente são os estudantes do sexo feminino do grupo 2 que apresentam médias mais elevadas nas três dimensões, que se traduz por um nível de conhecimentos mais elevados.

**Tabela 9.** Resultados do Test t de Student: Conhecimentos sobre VIH/Sida em função do sexo

Dimensões	Grupo 1					Grupo 2				
	Sexo	n	Média	t	p	Sexo	n	Média	t	p
<b>Conhecimentos médicos científicos</b>	Fem.	83	16,08	0,149	0,882	Fem.	101	16,50	1,783	0,077
	Mas.	19	16,02			Mas.	79,264	15,87		
<b>Mitos sobre transmissão do VIH</b>	Fem.	83	15,96	0,879	0,382	Fem.	101	17,82	1,837	0,069
	Mas.	19	16,73			Mas.	26	16,84		
<b>Conhecimentos sobre comportamentos preventivos</b>	Fem.	83	16,66	0,409	0,684	Fem.	101	16,58	0,178	0,0859
	Mas.	19	16,84			Mas.	26	16,51		
<b>TOTAL</b>	Fem.	83	16,23	0,525	0,601	Fem.	101	16,79	1,748	0,083
	Mas.	19	16,40			Mas.	26	16,24		

**Hipótese 3. Existe diferença entre os conhecimentos sobre VIH/SIDA e o uso do preservativo dos estudantes da Licenciatura em Enfermagem da ESEnfC**

Relativamente à influência da variável “uso do preservativo”, o teste t de student (tabela 10) demonstram que os estudantes do grupo 1 que referem usar o preservativo apresentam níveis de conhecimentos estatisticamente superiores aos que não usam ( $t=2,045;p=0,046$ ), relativamente às dimensões, ainda no grupo 1, apesar do teste t de student não demonstrar diferenças estatisticamente significativas, numa observação cuidada dos valores médios, verifica-se nas três dimensões do conhecimento, que são os estudantes que usam preservativo que apresentam médias mais elevadas de conhecimentos.

Analisando o grupo 2, o t de student não demonstra diferença estatisticamente significativa, no entanto, numa observação mais detalhada aos valores médios deste grupo, verifica-se que são os estudantes que não usam preservativo que apresentam médias mais elevadas de conhecimento no total e nas várias dimensões, com a exceção da dimensão dos mitos sobre a transmissão do VIH, indicando que o grupo 2 apesar de ter mais conhecimentos, não os relaciona com o uso do preservativo.

**Tabela 10.** Resultados do Test t de Student: Conhecimentos sobre VIH/Sida em função do uso do preservativo

Dimensões	Grupo 1					Grupo 2				
	Uso Preservativo	n	Média	t	p	Uso Preservativo	n	Média	t	p
<b>Conhecimentos médicos e científicos</b>	Sempre	51	16,20	0,426	0,672	Sempre	74	16,19	0,614	0,541
	Nunca	4	1,87			Nunca	7	16,65		
<b>Mitos sobre a transmissão do VIH</b>	Sempre	51	16,21	1,680	0,099	Sempre	74	17,48	0,016	0,987
	Nunca	4	13,33			Nunca	7	17,46		
<b>Conhecimentos sobre comportamentos preventivos</b>	Sempre	51	16,68	1,866	0,068	Sempre	74	16,42	0,803	0,424
	Nunca	4	15,00			Nunca	7	17,14		
TOTAL	Sempre	51	16,34	2,045	0,046	Sempre	74	16,52	0,653	0,516
	Nunca	4	15,11			Nunca	7	16,95		

**Hipótese 4. Existe diferença entre os estudantes do 1º e 3º ano relativos aos conhecimentos sobre VIH/SIDA?**

Com a finalidade de se encontrarem as associações mais significativas entre as várias dimensões do conhecimento sobre VIH/SIDA, em ambos os Grupos, procedeu-se à correlação das três dimensões do conhecimento, avaliadas na escala da investigação – Conhecimentos médicos e científicos; Mitos sobre a transmissão do VIH; Conhecimento sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos – e o total, para o Grupo 1 e para o Grupo2. , Correlação de Pearson (tabela 11), cujos resultados não revelam a existência de associações entre as várias dimensões do conhecimento sobre VIH/Sida no total, em ambos os grupos.

No entanto verifica-se numa análise mais detalhada a existência de correlação estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre os conhecimentos sobre comportamentos preventivos no grupo 2, relativamente aos conhecimentos médicos e científicos ( $P = 0,001$ ), e aos mitos sobre transmissão do VIH ( $p = 0,001$ ).

**Tabela 11.** Resultados da Correlação de Pearson: Conhecimentos sobre VIH/Sida em função do total

Dimensões	Grupo 1 (n=102)			Grupo 2 (n=127)		
	Mitos sobre a transmissão do VIH	Conhecimentos sobre comportamentos preventivos	TOTAL	Mitos sobre a transmissão do VIH	Conhecimentos sobre comportamentos preventivos	TOTAL
<b>Conhecimentos médicos e científicos</b>	r=0,171 P=0,086	r=-0,097 P=0,333	r=0,713 P=0,000	r=0,394 P=0,000	r=0,286 P=0,001	r=8,38 P=0,000
<b>Mitos sobre a transmissão do VIH</b>		r=0,160 P=0,109	r=0,706 P=0,000		r=0,290 P=0,001	r=0,691 P=0,000
<b>Conhecimentos sobre comportamentos preventivos</b>			r=0,404 P=0,000			r=0,672 P=0,000

## **CAPITULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Segundo Carper e Streubert (2002, p.23), é importante efetuar uma revisão da literatura após realização da análise dos dados, de forma a “expor como é que os resultados se encaixam no que já é conhecido do assunto, pretendendo confirmar ou argumentar resultados existentes”.

No ponto anterior foi realizada a análise dos dados obtidos, procurando o emergir dos resultados mais relevantes. Neste ponto será realizada uma síntese e discussão de carácter mais particularizado, atendendo aos objetivos e às questões de investigação inicialmente propostas. A discussão dos resultados será apresentada tendo em conta a sequência da sua apresentação.

Iniciamos esta discussão pela caracterização da amostra, verificando que, no que diz respeito ao número de elementos, é constituída por 102 estudantes no grupo 1, dos quais 81,4% pertencem ao sexo feminino e 18,6% pertencem ao sexo masculino. A amostra referente ao grupo 2 é constituída por 127 elementos, dos quais 79,5% são do sexo feminino e 20,5% são do sexo masculino.

Existe uma discrepância entre sexos em ambas as amostras, o que se poderá relacionar com o facto de no Ensino Superior Português existir uma predominância de elementos do sexo feminino. No entanto, como é sabido no curso de enfermagem essa discrepância é mais acentuada, o que se poderá justificar pela história da disciplina de Enfermagem, profissão inicialmente exclusiva de mulheres, devidamente regulamentada pelo decreto-lei n.º 31913 de 12 de março de 1942 (Enfermagem só pode ser exercida por mulheres solteiras ou viúvas sem filhos) (Nunes, 2003). Atualmente, sendo uma profissão exercida por ambos os sexos, a maioria dos profissionais é do sexo feminino, confirmado pelo número de enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros a 31 de dezembro de 2015 distribuídos por sexo, num total de 67893, 55629 são do sexo feminino.

A média de idades dos indivíduos, em ambos os grupos, situa-se entre os 18 e 22 anos, notando-se uma ligeira predominância de indivíduos provenientes do meio urbano e que atualmente coabitam com os pais ou amigos, sendo que ainda se encontra uma percentagem valorizável daqueles que residem em residências estudantis.

Encontrou-se no primeiro grupo uma percentagem de 39,2% de estudantes que nunca tinham tido relações sexuais, no Grupo 2 essa percentagem desce para 9%, ou seja 91% dos estudantes já tinham dado início à sua atividade sexual.

Verificámos, ainda, que é ao longo do percurso universitário que os estudantes têm mais percentagem de contactos sexuais. No que diz respeito ao início da atividade sexual, como se pode observar, existe uma diferença significativa entre grupos, o Grupo 1 tinha iniciado a sua atividade sexual há menos tempo do que o grupo 2, tendo este uma percentagem elevada no início superior a 3 anos. Esta diferença pode ser explicada pelo facto dos estudantes grupo 2 serem inquiridos 2 anos após o primeiro Grupo e, naturalmente, com a aproximação e vivência da idade adulta esta diferença se acentuar.

Partindo do princípio que os estudantes ingressam no ensino superior entre os 17 e 18 anos e que a amostra do nosso estudo comporta estudantes entre os 18 e 22 anos, podemos, então, afirmar que 39,2% nunca tiveram relações sexuais até entrar para a faculdade e que a idade da primeira relação sexual foi dos 18 anos em diante.

Num estudo realizado por Reis, Ramiro, Matos, e Diniz, (2012), onde foram avaliados os comportamentos sexuais dos jovens universitários portugueses, afirmava-se que a maioria dos inquiridos tinham tido a sua primeira relação sexual com idade superior aos 16 anos, um valor significativamente mais precoce do que o encontrado por nós neste estudo. Outro estudo, realizado por Oliveira, 2008, revela que igualmente numa comunidade universitária somente 22,1% dos estudantes nunca tinham tido qualquer relação sexual aos 18 anos. Esse mesmo estudo revelava que a média de idades das primeiras relações sexuais rondava os 17 anos, com ligeira descida nos rapazes, 16,84 anos. (Oliveira, 2008).

Observou-se que a maioria dos estudantes tinha tido apenas um parceiro sexual, em ambos os grupos. O grupo 2 salienta um aumento do número de parceiros, de igual forma como um aumento do tempo de início da atividade sexual, que se pode justificar pelo facto de o estudo ser elaborado 2 anos após o do Grupo 1.

Ambos os grupos revelam um número insignificante de experiências sexuais em grupo e, de acordo com as respostas dadas pelos estudantes, as práticas sexuais genitais são as mais frequentes em ambos os grupos. No entanto, observa-se um aumento das práticas sexuais genitais e orais no Grupo 2. Estes dados vão de encontro aos dados fornecidos pela literatura em estudos anteriores, quer, por Alferes em 2002, quer por Oliveira 2008.

No que respeita ao uso do preservativo, as respostas foram semelhantes entre os grupos. Entre 6% no Grupo1 e 6,6% no Grupo 2 os estudantes referem nunca usar o

preservativo. É visível que a maioria afirma usar sempre o preservativo, quer no grupo 1 (83,6%), quer no grupo 2 (63,8%); no entanto, existe uma diminuição significativa do uso do preservativo do primeiro para o segundo grupo. É, também, relevante o aumento de estudantes que ultimamente não recorre ao uso de preservativo nas suas práticas sexuais, pela percentagem de 30,3% de respostas dadas pelo grupo 2 em comparação ao grupo 1 (9,8%).

Não deixa de ser curiosa esta constatação de que os estudantes do grupo 2, do 3º ano, tiveram mais contactos sexuais, mais contacto com momentos de promoção na saúde durante os períodos de Ensino Clínico e mesmo em contexto de aulas teóricas e, ainda assim, são os que menos usam o preservativo. Estes resultados podem explicar-se pelo facto de os estudantes não terem ainda relacionamentos estáveis, o que nos faz considerar mais a necessidade de proteção e a possibilidade de uma gravidez indesejada. Estes dados são, também, corroborados pelo estudo desenvolvido por Aliete Oliveira em estudantes universitários. (Cunha-Oliveira, 2008)

Se defendemos esta posição, então também poderemos considerar que os estudantes do 3.º ano tenderão a relações mais estáveis e duradouras, o que servirá para justificar o não uso de preservativo nas relações sexuais. Ora, esta conclusão poderá ser preocupante na medida em que o amor, a relação amorosa, a confiança num parceiro fixo poderá estar a proporcionar uma proteção idealista contra as IST, que não corresponde à realidade. Estes resultados, juntamente com os resultados encontrados à cerca da salubridade da aparência física da pessoa com VIH, podem ser verdadeiramente preocupantes. Recordemos que na afirmação número 27 “Pouco tempo depois de terem apanhado o VIH, é habitual as pessoas ficarem muito doentes com SIDA”, continuam a denotar-se falsas crenças quanto ao VIH/SIDA, contrapondo 69,6% de respostas certas no grupo 1, com 81,9% no grupo2. E “Se tiveres relações sexuais com uma só pessoa, em toda a vida, podes, ainda assim, contrair a SIDA” Para esta afirmação a percentagem de respostas corretas é muito baixo em ambas as amostras, 2,0% no grupo 1 e 4,7% no grupo2.

Estes dados veem novamente ser corroborados pelo estudo SIDAdania (2006), em que 42,5 % dos estudantes namoram com a mesma pessoa há mais de um ano, o que servirá para justificar o não uso de preservativo. Também um estudo desenvolvido por Katia Sanches, no Rio de Janeiro, em 2006, apontava para que relações estáveis e duradouras levam a que o preservativo seja menos utilizado, ou usados apenas com o intuito primário de prevenir uma gravidez indesejável” (Sanches, 2006). Igualmente, no estudo desenvolvido por Maria João Alferes (2005), numa população universitária idêntica, nos namoros que tinham mais do que um ano de duração, 30% dos jovens

deixavam de usar preservativo no seu relacionamento mútuo. A autora considera que os níveis de proteção usados pelos jovens universitários são “inaceitavelmente baixos”, permitindo inferir que se colocam em risco perto de dois terços dos jovens inquiridos. (Alferes, 2005).

Curioso neste âmbito seria averiguar que percentagem destas amostras já tinha feito alguma vez o rastreio para infeções sexualmente transmissíveis.

No que concerne aos conhecimentos, concluímos que a maioria dos estudantes das duas amostras consegue associar corretamente a SIDA a IST, como também nos diz Remoaldo, Sousa, Santos e Boas (2003) no seu estudo.

Todos os elementos da amostra conseguiram identificar a SIDA como IST – resultados corroborados pelo estudo de Cruz et al (1997) – demonstrando alguns conhecimentos muito gerais acerca das suas manifestações, provavelmente devido à projeção mediática que esta doença tem tido nos últimos anos. No entanto, tal como Massano Cardoso nos alerta já há cerca de 10 anos atrás, (2005, p.135-136) “é um erro considerar informação como sinónimo de conhecimento. O problema está na transformação da informação em conhecimento, e em fazer com que esse conhecimento seja integrado nos comportamentos mais irracionais do nosso quotidiano”.

De uma forma global, conhecimentos médicos e científicos, mitos sobre a transmissão do VIH têm um comportamento idêntico, ou seja, há um crescendo muito pouco significativo de respostas corretas ao nível das duas amostras. Como se trata de duas amostras que progrediram do 1.º ano para o 2.º ano e do 2.º para o 3.º ano, o nível respostas corretas pode não só estar associada a experiência de vida, quer de natureza social, quer íntima e sexual, mas também aos próprios conteúdos programáticos das diversas disciplinas transversais ao curso de enfermagem.

No entanto, contrariamente ao espectável, os estudantes do 3.º ano, grupo 2, não apresentam diferença verdadeiramente significativa quando comparados aos conhecimentos que haviam apresentado há dois anos atrás, quando tinha sido aplicado o mesmo questionário.

De uma forma genérica, parece haver uma confusão de conceitos, ou falta de critérios de diferenciação entre VIH e SIDA, o que é denotado na pergunta número 6 “A maioria das pessoas portadoras de VIH estão doentes com SIDA”. Como se sabe VIH significa, Vírus da Imunodeficiência Humana. O VIH é o vírus que causa a SIDA. Depois de contrair o vírus do VIH, a pessoa principia a perder gradualmente as defesas do sistema imunitário e a desenvolver outros problemas de saúde. A SIDA é a parte mais avançada e grave da infeção do VIH e é, geralmente, estabelecido o diagnóstico quando a

contagem das células CD4 fica abaixo de 200 por milímetro cúbico de sangue. Mesmo que esta contagem seja acima de 200, também as co-morbiliades, como a tuberculose, têm tónica importante no estabelecimento do diagnóstico. (Harrison, 2002). A constatação de que há confusão entre os conceitos é óbvia nas duas amostras; no entanto, verifica-se um crescendo de respostas corretas entre o grupo 1 e o grupo 2, o que na nossa ótica poderá justificar-se pelos conteúdos programáticos lecionados quer no 1.º ano, como é o caso da unidade curricular Microbiologia e Parasitologia, como no 2.º ano, com Patologia. Embora o grupo 2 corresponda aos estudantes do 3.º ano, o processo de recolha de dados foi implementado nas primeiras semanas referentes ao ano letivo, pelo que os resultados do presente estudo podem trazer dados relevantes para trabalhar nas unidades curriculares do 3.º e 4.º ano, nomeadamente na unidade curricular de Saúde Materna e Obstetrícia, e Ensino Clínico nos Cuidados de Saúde Primários.

Também no que respeita ao veículo de transmissão de doença, “o VIH aparece no sémen” parece ter havido poucas certezas nesta resposta, pois somente aproximadamente 73% dos estudantes de ambas as amostras responderam corretamente a esta pergunta, assinalando-a como verdadeira.

De uma forma global, pode dizer-se que há alguns conhecimentos nesta matéria, mas a maior parte dos estudantes desconhece valores reais da conjectura atual; há como que um alheamento da realidade, o que pode alertar-nos para a perceção de uma falsa realidade por parte dos estudantes e levar-nos a pensar no que nos poderão dar como futuros profissionais, no âmbito da sexualidade.

A baixa percentagem de respostas corretas para a afirmação “Podes morrer com SIDA” pode associar-se ao percurso natural da doença e à conotação quase benévola e crónica que hoje em dia é muitas vezes passada através dos média. Pode-se, sim, morrer de SIDA e o não cumprimento de terapêutica antirretroviral (TARV) pode propiciar o aparecimento de, por exemplo, Leucoencefalopatia ou Sarcoma de Kaposi que, posteriormente, deprimem e propiciam a debilidade do indivíduo. Graças às terapêuticas antirretrovirais, a SIDA hoje cursa com boa qualidade de vida, mas isto não é de todo verdade, estas terapêuticas são muito agressivas e com efeitos secundários por vezes devastadores, que levam ao abandono da terapêutica (CNSida, 2007, p.47). À afirmação que relaciona o VIH com doenças oportunistas, os estudantes parecem ter menos dúvidas, ao invés do conhecimento da evolução natural da doença do VIH per se.

Orquidea Lopes chamou a atenção para o facto de o conteúdo das mensagens preventivas mal elaboradas poderem dar origem a falsas crenças. De facto, há uma má interpretação dos avanços terapêuticos, no sentido de que eles signifiquem o fim da ameaça social, tendo passado de doença aguda mortal para doença crónica sob controle, pode ter consequências catastróficas no combate à disseminação da doença. (Lopes, 2006)

No que respeita aos conhecimentos sobre a forma de diagnóstico e cura, parece ainda existirem algumas dúvidas nestas duas formas de prevenção, pois os estudantes continuam a não ter a certeza da eficácia do primeiro teste. Podemos fazer aqui um pequeno parêntesis e assumir alguma subjetividade na interpretação desta pergunta. Ainda assim, cremos que estas respostas podem estar associadas a uma primeira não crença ou negação de uma dura realidade, como em todas as fases de crise de confronto com a doença.

Associado a esta nossa dedução, associamos o baixo nível de respostas corretas à pergunta número 33 “foi recentemente desenvolvida uma vacina que imuniza as pessoas contra o VIH”. A forma como têm sido noticiadas meras intenções de produzir uma vacina contra o VIH tem levado a população jovem a admitir que é uma questão de tempo. Rolf M. Zinkernagel, Prémio Nobel da Medicina em 1996, disse, em 2007, que a vacina contra o VIH não era coisa para os próximos anos, pelo que o melhor combate à doença é a educação e a prevenção (Oliveira, 2008).

O que existe hoje, e que é alvo de grande controvérsia, é a administração de TARV, previamente ao ato sexual desprotegido, como forma de prevenção, sendo o TARV a prevenção. Todavia, salvaguardamos que, independentemente da ideologia, esta terapêutica não protege, em primeira instância, todas as formas de VIH e, em segunda instância, outras IST como a sífilis, a hepatite B e C, a gonorreia, etc...).

A pergunta 36 “Se a pessoa com quem estiveres a fazer sexo já fez o teste do VIH e este foi negativo, isso quererá dizer que tu não estás infetado(a)”, ainda apresenta dados preocupantes de respostas erradas, o que nos revela um total desconhecimento da realidade da patogenicidade do VIH, em ambos os grupos, pois como é sabido, o vírus do VIH tem uma incubação que, no máximo, pode ir até aos 6 meses, até à seroconversão, e até lá, o teste pode ser sempre negativo (Harrison, 2002).

A pergunta 38 “Melhor que usar preservativo será usá-lo com espermicida” denota-se um grande número de respostas incorretas, nomeadamente dos estudantes no grupo II, os estudantes do 3.º ano, o que não seria de prever pelo grau de conhecimentos adquiridos no seio pedagógico. Ora, como se sabe, o espermicida é um contraceptivo

químico que diminui a capacidade de fecundação dos espermatozoides. Tem uma taxa prevista de 6% a 26% de falhas durante o primeiro ano de utilização. A eficácia depende da utilização correta e sistemática, evitando uma gravidez, mas não a contração do VIH.

Num estudo similar, desenvolvido por Cunha-Oliveira (2008) numa população universitária, mostrou que as representações sociais do VIH/Sida são uma fonte de novas ideias erróneas que refletem expectativas irrealistas sobre a transmissão do VIH e o controlo da infeção e da doença, criando uma barreira à penetração das mensagens preventivas. São os chamados “novos mitos” sobre o VIH/Sida. Baseiam-se quase todos numa deficiente leitura dos dados estatísticos ou numa interpretação apressada dos avanços terapêuticos. São eles: “o risco está nos heterossexuais”, “a Sida não mata”, “ter relações sexuais não acarreta mais risco do que não ter”, “já existe vacina”, “o número de infetados será menor nos próximos anos”, “as pessoas infetadas estão muito doentes”, “o sexo oral não acarreta perigo” (Cunha-Oliveira, 2008).

Estes dados refletem, ainda, a necessidade sentida pela sociedade, em particular pelos jovens, em obter educação e esclarecimento nesta área, face a comportamentos de risco associados à sexualidade. Tal como reflete Almeida, Vilar, André, & Lalanda (2004), a identificação de determinadas práticas sexuais como fatores de risco para a infeção por VIH rapidamente demonstrou a urgência de uma intervenção pública eficaz sobre efeitos da sexualidade ativa.

No que diz respeito aos mitos em sexualidade, as respostas trazem dados preocupantes. Desta forma, consegue perceber-se as lacunas e as falsas crenças que se mantêm. Dados que nos permitiram desenvolver estratégias dentro das unidades curriculares que fazem parte do plano de estudos da Licenciatura em enfermagem, com o objetivo de dotar os estudantes de conhecimentos que lhes permitam intervenções eficazes na prevenção do VIH/Sida.

Dos resultados obtidos salientamos a pergunta n.º 25. “Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem dado beijos com a língua a uma pessoa que estava infetada”, em que 80,4% do grupo 1 respondem acertadamente à questão e 82,7% também respondem de forma correta à questão; mantém-se, no entanto, um valor residual, mas significativo dos estudantes que continuam a considerar que esta pergunta acarreta ao fundo de verdade. Esta ideia pode, ainda, estar relacionada com o medo inicial, aquando da descoberta do vírus do VIH altura em que existia algum desconhecimento acerca das vias de infeção, que ficou altamente enraizado e levou à perpetuação de um grande conjunto de ideias erradas, que se têm tornado barreiras na luta contra a Sida e na circulação arejada e correta da informação.

No que respeita a questão n.º 27. “Pouco tempo depois de terem apanhado o VIH, é habitual as pessoas ficarem muito doentes com SIDA”, verifica-se que 69,6%, 78% dos grupos 1 e 2, respetivamente, continuam a associar o VIH a um estado de degradação rápida. O estudo da CNLCS, de 2004, realizados em jovens universitários, revelava que 97% dos inquiridos concordavam que uma pessoa aparentemente saudável podia ser portadora do vírus, e 90,9% concordavam que não seriam infetados se partilhassem uma refeição com alguém portador de VIH (CNLCS, 2004). Valores não totalmente díspares dos encontrados por nós, ainda assim diferentes.

“Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA através de picadas de insetos” - 68,6% do grupo responderam corretamente a esta afirmação e 78% do grupo também afirmavam este mito como falso.

“Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, ao dar sangue”. Somente 48% dos estudantes consideraram esta questão corretamente falsiosa, contrapondo com um valor bastante mais aceitável de 70% do grupo 2. Parece-nos que esta crença possa mesmo ter sido desfeita pelas várias disciplinas do curso de enfermagem, dado que a temática dos hemo-derivados é transversal a praticamente todo o curso. Consideramos, no entanto, que esta afirmação é das afirmações que mais tem perpetuado ao longo dos tempos, estando ainda associado à máxima dos “3H’s” dos anos 80, em que se associava o VIH aos Homossexuais, utilizadores de drogas injetáveis (Heroinómanos) e Hemofílicos.

Em 2003, num estudo realizado por Amaro et al (2004), verificou que 31,5% da população portuguesa considerava que as transfusões de sangue eram uma das formas de transmissão do vírus do VIH. Neste mesmo estudo, 14% dos portugueses pensavam que se pode apanhar sida ao apertar a mão a um doente com VIH. Ainda ressaltava deste mesmo estudo, que abrangia a dimensão europeia, que 54% dos cidadãos europeus achavam possível contrair o VIH bebendo de um copo que um doente ou seropositivo tivesse acabado de utilizar, e 11% achavam que era uma das formas de ser infetado. As respostas dos cidadãos portugueses a estas questões atingiram valores ainda mais elevados.

## CONCLUSÃO

Ressalta do trabalho apresentado que, no geral, tem havido um progresso assinalável nos conhecimentos dos jovens, particularmente no que diz respeito às IST, ao VIH e aos métodos contraceptivos. Conclui-se que não existem diferenças significativas no nível dos conhecimentos nos dois grupos que constituíram a amostra, à exceção de conteúdos científicos muito específicos.

A nível comportamental, estas diferenças manifestam-se, sobretudo, na utilização de um método contraceptivo, que os estudantes declaram usar com maior frequência o preservativo, evidenciando uma maior consciencialização dos comportamentos de risco em sexualidade.

Os resultados obtidos pelas correlações revelam isto mesmo, isto é, que não existe nem uma associação estatisticamente significativa entre a idade e as dimensões do conhecimento nem com o conhecimento no total, em ambos os grupos. Apenas se verifica uma fraca correlação positiva, estatisticamente pouco significativa, entre a idade do grupo 1 e a dimensão dos mitos sobre a transmissão do VIH. Esta conclusão dá resposta à nossa primeira hipótese colocada, “Existe relação entre os conhecimentos sobre VIH/SIDA e a idade dos estudantes da Licenciatura em Enfermagem da ESEnfC”, clarificando a natureza dessa mesma relação como não se verificando a influência da idade nos conhecimentos dos estudantes, quer no 1.º ano, quer no 3.ºano.

Em relação à influência da variável “sexo”, os resultados indicam que os estudantes do sexo masculino não se diferenciam de forma estatisticamente significativa dos estudantes do sexo feminino relativamente às dimensões do teste de conhecimentos e crenças sobre VIH/Sida e ao conhecimento no total. Esta constatação permite inferir que, em função do sexo, existe homogeneidade nos scores médios obtidos nas três dimensões, bem como no score total do teste de conhecimentos, orientando-nos para uma resposta à nossa segunda hipótese, através da qual se pretendia relacionar os conhecimentos com o sexo dos estudantes. Contudo, uma análise cuidadosa dos resultados evidencia que, tendencialmente, são os estudantes do sexo feminino do grupo 2 que apresentam médias mais elevadas nas três dimensões, o que se traduz num nível de conhecimentos mais elevados.

Relativamente à influência da variável “uso do preservativo” (hipótese 3), numa observação cuidada dos valores médios da estatística correlacional verifica-se que, nas três dimensões do conhecimento, são os estudantes que usam preservativo os que apresentam médias mais elevadas de conhecimentos, apesar do teste t de student não demonstrar diferenças estatisticamente significativas.

Examinando o grupo 2, verifica-se que são os estudantes que não usam preservativo que apresentam médias mais elevadas de conhecimento no total e nas várias dimensões, com a exceção da dimensão dos mitos sobre a transmissão do VIH.

Não obstante a miríade de informação que, atualmente, se encontra facilmente sobre esta matéria, consideramos que a implementação da educação sexual em todos os graus de ensino, inclusivamente no Ensino Superior, se constitui como uma ação de grande relevo. O nível de respostas corretas relativamente a algumas perguntas de carácter geral revela a existência de um contacto prévio com informação acerca de sexualidade, provavelmente veiculada pelos amigos, desenquadrada de um contexto pedagógico.

Considerando que os estudantes universitários provêm do ensino secundário, não podemos ignorar que o papel da escola durante a escolaridade obrigatória se torna decisivo para a criação de ideias sobre a sexualidade e a sua integração no processo geral de crescimento físico, psíquico, intelectual, emocional, afetivo, social e cívico. Muitas das ideias imprecisas e dos mitos com que os estudantes chegam ao ensino superior foram criados, alimentados e mantidos na escolaridade secundária. Daí a atenção que deve merecer o trabalho de educação sexual, de educação afetiva, de educação cívica e de educação para a saúde. E a necessidade de uma colaboração estreita, mas inteligente, entre a escola e os Centros de Saúde.

Já em 2002, o Diretor Geral de Saúde, referia que é na “infância e na adolescência que se adquirem e se consolidam estilos de vida saudáveis, cuja manutenção ao longo da vida vai permitir ganhos em saúde e uma utilização mais racional de serviços” (DGS-ACS, 2002).

Os resultados do presente estudo são preocupantes numa dupla visão. Em primeiro lugar, no que respeita a uma visão prospetiva, uma vez que da primeira para a segunda amostra não se verificaram ganhos significativos em matéria de conhecimentos sobre VIH e uso de preservativo. Este facto configura-se como algo inesperado, uma vez que os sujeitos da amostra são alunos de uma Licenciatura em Saúde, levando-nos, conseqüentemente, a questionar a qualidade e responsabilidade da geração profissionais que estamos a formar. Em segundo lugar porque os estudantes do 1.º ano,

provêm do ensino secundário, pelo que os resultados das respostas analisadas espelham não só as suas experiências passadas como também os conhecimentos adquiridos em termos de sexualidade e comportamentos de risco, que nos parecem claramente insuficientes face à gravidade deste assunto.

Desta dedução, sugerem-se ações de promoção de saúde como importantes formas de abertura ao diálogo entre escola e serviços de saúde. A necessidade de criar redes para a promoção de saúde torna-se inquestionável, sobretudo no que respeita à manutenção de um canal aberto de comunicação para a troca de informação e estabelecimento dos vínculos necessários ao atendimento de problemas de saúde sexual e reprodutiva. Estas ações podem operacionalizar-se através de palestras a realizar escolas, serviços de saúde, debates, trabalhos de grupo, entre outras. Mas devem, acima de tudo, e por forma a que o seu sucesso possa ser mais potenciado, constituir-se como ações conjuntas, organizadas entre serviços de saúde e de educação. Para além disso, devem permitir um correto levantamento dos problemas e das necessidades que acometem a população escolar.

Nesta fase final do estudo, e refletindo sobre toda a pesquisa efetuada, os novos dados alcançados e as limitações sentidas, cumpre sugerir que:

1. Em investigações futuras se foque com maior profundidade as dimensões contextuais, como redes sociais e variáveis ecológicas (comunidade, redes de referências, amizades, família, serviços de saúde, religião). Este estudo apenas se centrou em fatores de risco de nível individual.
2. Se procure colmatar a necessidade de investigação adicional, que permita estudar a resistência à mudança de comportamento, bem como a motivação para essa mudança, na medida em que esses fatores se constituem como centrais no desenho de estratégias de intervenção e prevenção eficazes.
3. Desenvolva, de forma mais profunda e que englobe vários níveis de intervenção, uma abordagem holística e integrada focada nos processos psicológicos, nas aptidões comportamentais e nas dinâmicas das interações e relacionamentos sexuais. A este propósito, referem Matos et al, (2012, p. 105): “urge apostar em Gabinetes de Esclarecimento nas Universidades, constituídos por equipas pluridisciplinares, com recurso [...] à internet e trabalho entre pares [...], ajudando à implementação de campanhas de prevenção universal, no esclarecimento e treino de competências relacionadas com a sexualidade”.
4. Estudem as razões e mecanismos que levam à não adesão aos programas de prevenção, uma vez que os que mais necessitam são os que menos aderem.

5. Este estudo possa servir de base a outros estudos, reproduzindo-o de forma a ser possível comparar resultados.

6. Os resultados do presente estudo possam nortear algum do trabalho das unidades curriculares dos 3.º e 4.º anos, nomeadamente na unidade curricular de Saúde Materna e Obstetrícia, e Ensino Clínico nos Cuidados de Saúde Primários. A dupla visão deste nosso estudo pode, ainda, levar à reflexão sobre se estes jovens universitários não deveriam fazer parte de uma parceria a estabelecer com as escolas para ações de promoção da saúde a este nível. Numa primeira instância, poderia potenciar uma melhoria da performance dos próprios conhecimentos e competências relacionais e de formação; numa segunda instância, poderia traduzir-se num fator facilitador da relação/comunicação com os alunos de anteriores níveis de ensino, considerando a maior proximidade de idades entre eles, tornando-se agentes facilitadores da transmissão de informação.

Apesar da importância do presente estudo como clarificador dos conhecimentos dos jovens universitários em matéria de saúde e comportamentos de risco face ao VIH, considera-se no mesmo a existência de limitações:

A amostra não é significativa, não nos permitindo generalizar os resultados à população;

O grau de subjetividade inerente à interpretação das perguntas do instrumento de recolha de dados é, naturalmente, impossível de eliminar.

A fragilidade verificada na manipulação e tratamento de dados em programação informática. O domínio de programas informáticos estatísticos seria uma mais-valia que permitiria uma melhor apresentação e exposição dos novos dados.

No decorrer deste trabalho verificaram-se algumas dificuldades, que se prenderam com a falta de tempo e disponibilidade da signatária, em prol de outras dimensões da vida que, surgindo em simultâneo com a realização deste estudo, se sobrepuseram ao mesmo pela sua importância. Refiro-me, por exemplo, ao facto de ter sido mãe. Contudo, pensamos que estas dificuldades foram ultrapassadas em resultado de um esforço coletivo, pelo que cumpre agradecer a muitas pessoas, e a um esforço pessoal acrescido. Todavia, do ponto de vista académico e do de desenvolvimento pessoal, a realização deste trabalho foi, indubitavelmente, uma mais-valia. Sem dúvida que será o primeiro passo para uma intervenção mais segura no seio do meio escolar e laboral.

Este trabalho alerta, uma vez mais, para o facto de a sexualidade no ser humano ser uma constante, fazendo parte da vida de cada um. E se é uma constante na vida do ser humano, a transmissão de conhecimentos e práticas que lhe estejam subjacentes

encontra-se e desenvolve-se, também, em meio escolar, por meio das relações de ensino/aprendizagem e da ação de figura de referência entre professor e estudantes, para além da que resulta da relação estabelecida entre os próprios estudantes. Promover conhecimento sobre sexualidade fortalece o aluno e cria condições de excelência para tomadas de decisões assertivas, diminuindo a vulnerabilidade e melhorando o desempenho e a segurança. Esta ideia, mais uma vez, vem reforçar a importância da criação e manutenção de um estreito envolvimento entre a saúde e o meio escolar, de forma a dar resposta às preocupações dos estudantes, sejam com a “normalidade” física, a autoestima, a prevenção e fatores de riscos de gravidez e IST.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2013/copy2\_of\_projecto-educacao-para-a-saude-pes/educacao-sexual-em-meio-escolar/material-de apoio/Sexualidade%20e%20planeamento%20familiar.pdf#page=45

Alferes, V. R. (2002). *Encenações e comportamentos sexuais: para uma psicologia social da sexualidade*(2ªed.). Centro de Estudos Sociais. Porto: Edições Afrontamento.

Almeida, A. N., Vilar, D., André, I. M. & Lalanda, P. (2004). *Fecundidade e Contraceção*. Imprensa de Ciências Sociais. Lisboa.

Almeida, L.S., Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ªed.). Braga: Psiquilibrios Edições.

Alvarez, M. J. (2005) - *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de proteção sexual*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian: Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Ministério da Saúde e do Ensino Superior.

Alvarez, M.J., & Oliveira, M. (2007). Programa de prevenção do HIV/SIDA para estudantes universitários: um estudo piloto. *Revista Portuguesa de Educação*, 20 (2), 183-211. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11039/1/RPE.pdf>

Amaro, F., Frazao, C., Pereira, E.; & Cunha T., L. (2004) HIV/AIDS Risk Perception, attitudes and sexual Behavior in Portugal. *Internacional Journal of STD and AIDS*. Sage Publications.

Angelim, R., Abrão, F., Cabral, L., Queiroz, L., Freitas, R. & Cardoso, M.(2015). Conhecimento de estudantes adolescentes acerca do HIV/AIDS. *Ver. Enferm UFSM* 5(1). Brasil. Doi: 10.5902/2179769214869.

Arruda, S.& Cavasi S. (2000). Género e prevenção das DST/AIDS. In: Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Prevenir é sempre melhor*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. p. 53-63. Recuperado em <http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid= 107>.

Ayala-castellanos, M., Vizmanos-Lamotte, B., Portillo-Dávalos,R. (2011) *Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México*.

Ginecol. Obstet. Mex. 79(2), p.86-92. Recuperado por <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=28192>

Azevedo, J. (2008). Infecções sexualmente transmissíveis. Sexualidade e Planeamento familiar, nº 50/51, 40-45. Recuperado de <http://www.aeplegua.pt/projectos/anos-anteriores/projetos-2012->

Bento, R. (2001). SIDA: encruzilhada de perspectivas, dilemas e controvérsias. *Informação SIDA*. Ano 5, (nº 26)

Brêtas, J. R. S., C. V. S. Ohara, D. P. Jardim, and R. L. Muroya. 2009. Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção. *Acta Paulista de Enfermagem* 22:786-792. Recuperado de <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/5347/S0103-21002009000600010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Brêtas, J. R. S., Ohara, C.V.S., Jardim, D. P., Muroya, R. L. (2009). Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 43(2), 551-7. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a08v43n3.pdf>

Buela-Casal, G., & Bermúdez, M. P. (2009) – Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Espanha. *Rev. Esp. Salud Pública*. N.º2, Março-Abril, 83, p.309-320. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original8.pdf>.

Caixeiro, C. (2014). Liderança e cultura organizacional: O impacto da liderança do diretor na(s) cultura(s) organizacional(ais) escolar(es). (Tese de doutoramento). Universidade de Évora

Carpenter, D., Streubert, H. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures, Lisboa: Lusociência.

CNsida, Coordenação Nacional para a Infeção VIH/Sida. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção VIH/Sida 2007-2010: Um compromisso com o futuro*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Coelho, R., Souto, T., Soares, L., Lacerda, L., & Matão, M. (2011). Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da região Oeste de Goiânia. *Revista de Patologia Tropical*. 40(1), p.56-66. Recuperado de <http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-592375>

Costa, S. (2015). Conhecimentos e crenças face à sexualidade e educação sexual de adolescente do 8º e 10º ano de escolaridade. (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Recuperado em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10779/1/Tese%20Sandra%20Costa%20.pdf>

Cruz, J. F. A., Vilaça, T., Sousa, A.C., Gomes, A., Melo, A. R., Araújo, M. S., ... Ruivo, M. L. (1997) *Prevenção do HIV e da SIDA nos Adolescentes e Jovens Adultos: Investigação dos Conhecimentos, Atitudes e Comportamento Sexual*. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática. Braga, Portugal.

Cunha, J. V. Q. (2006). Vulnerabilidade, gênero e HIV: Um estudo sobre mulheres e homens heterossexuais, Brasil – 1998. (Tese Pós-Graduação) Centro de Desenvolvimento e Planeamento Regional, da Faculdade de Ciências Económicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

Cunha-Oliveira, A. C. G. D. P. (2014), VIH/SIDA e comportamentos de risco: Monitorizar a evolução. (Tese de doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Recuperado de <file:///D:/trabalho%20investigação/Artigos/Sida%20e%20comportamentos%20de%20risco%20livro.pdf>

Cunha-Oliveira, A., Cunha-Oliveira, J. & Massano-Cardoso, S. (2016) . VIH/ Sida: situação da prevenção em Portugal e o contexto europeu. Periódico do CIEDA e do CEIS20, em parceria com GPE e a RCE. Recuperado de <file:///C:/Users/Ana/Downloads/3702-13897-1-PB.pdf>

Cunha-Oliveira, A., Cunha-Oliveira, J., Pita, J., Massano-Cardoso, S. (2009). Aquisição do preservativo e o seu (não) uso pelos estudantes universitários. Revista Referência. II Série, nº 11, p.7-22. Recuperado de [WWW:URL:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=47994049&lang=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=47994049&lang=pt-br&site=ehost-live)

Curry, S. J., Grossman, D. C., Whitlock, E. P. & Cantu, A. (2014). Behavioral counseling research and evidence-based practice recommendations: U. S. preventive services task force perspectives. *Ann Intern Med*; 160 (6): 407-413 Recuperado por <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/behavioral-counseling-research-and-evidence-based-practice-recommendations-us-preventive-services-task-force-perspectives>

Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro. Diário da República n.º 240 I Série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Deliberação n.º 1276/2012, de 20 de setembro, Diário da República n.º 183 - II série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Direção-Geral da Saúde, DGS (2012). Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde, DGS (2013). Portugal – Infecção por VIH/ SIDA e tuberculose em números - 2013. Direção de Serviços de Informação e Análise. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde, DGS (2014). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde, DGS (2015). Portugal – Infecção por VIH/ SIDA e tuberculose em números - 2015. Direção de Serviços de Informação e Análise. Lisboa.

Duque, V. M. J. (2006). *Subtipos circulantes e fenómenos de resistência genotípica na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1*. Coimbra.

ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control (2015). *HIV/AIDS surveillance in Europe*. WHO Regional Office for Europe. doi 10.2900/348956

ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control. (2016). *HIV testing in Europe. Evaluation of the impact of the ECDC guidance on HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union*. doi: 10.2900/818448. 978-92-9193-996-1. Estocolmo, Suécia.

ECDC, European Centre for Diseases Prevention and Control/ WHO Regional Office for Europe (2013). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2012*. Stockholm, Suécia: ECDC.

ECDC, European Centre for Diseases Prevention and Control/ WHO Regional Office for Europe (2011). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*. Stockholm: ECDC, Doi: 10.2900/16489

Fauci, A. S.; & Lane, H. C. (1994). Human Immunodeficiency Virus (HIV) disease: AIDS and related disorders. In K.J. Isselbacher, E. Braunwald...J.D. Wilson, J. D. Harrison's principles of internal medicine. (13ª ed.) (pp. 1567-1618) New York

Ferreira, M. F. L. et al., (2004). *A Educação Sexual na Adolescência ( Emoções e Sentimentos): O Papel do Enfermeiro*. . N.º 3 (Vol 52). Servir. Lisboa.

Ferreira, W. & Sousa, J., 2002. Microbiologia – volume 3. LIDEL, Lisboa.

Figueirido R., Alves, M., Escuder, M.M. & Pupo L.R. (2008). Comportamento sexual, uso de preservativos e contraceção de emergência por adolescentes do

município de São Paulo – estudo com estudantes de escolas públicas de ensino médio. São Paulo: Instituto de Saúde, Brasil.

Fonseca, C. B., Canhota, C. Silva, E. E., Simões, J. A., Yaphe, J., ... Ramos, V. (2008). *Investigação passo a passo: Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica*. Núcleo de Investigação da APMCG. Lisboa: Portugal. Recuperado em <http://www.apmgf.pt/ficheiros/Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Passo%20a%20Passo.pdf>

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª. Ed. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Fortin, M. (2006). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização* (2ª ed.). Loures: Décarie Éditeur e Lusociência.

Frasquilho, M. A. (1998). Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde. Comportamento-problema e comportamento saudável segundo os adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 16, nº 1

Freixo, M. J. (2011). *Metologia Científica*. (3ªed.). Instituto Piaget:Lisboa.

Grawitz, (1986). *Methodes des sciences sociales*. Paris

Hogben, M., Liddon, N., Pierce, A., Sawyer, M., Papp, J.R., Black, C.M. & Koumans E.H (2006). Incorporating adolescent females 'perceptions of their partners' attitudes toward condoms into a model of female adolescent condom use. *Psychology, Health and Medicine*. Vol. 11, nº 4, p. 449-460

Instituto Nacional de Estatística, INE. (2016). *Tábua Completa de Mortalidade para Portugal 2013-2015*. Portugal: Autor.

Knauth, D. (2004). Apresentação, Encontro Estadual de Políticas Públicas de Juventude, Mesa 7. Políticas de Saúde.

Koerich, M., Baggio, M., Backes, M., Backes, D., Carvalho, J., Meirelles, B. & Erdmann, A. (2010). Sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e contraceção: atuação da enfermagem com jovens de periferia. *Rev. Enferm.UERJ*. 18(2), 265-71. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a17.pdf>

Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto de 2009. Diário da Republica n.º 151 - 1ª Série. Ministério da Ciência e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Lopes, O. (2006) *SIDA: os media são deuses de duas cabeças – Como estruturar campanhas de saúde pública*, Psicossoma, Viseu.

Mann, J., & Tarantola, D. J. (1996). *AIDS in the world II*. New York: Oxford University Press

Martins, H. C. (2015). Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2014. Departamento de Doenças Infecciosas (DDI) do INSA. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica (URVE) Lisboa, Portugal. Recuperado de [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3205/3/Relat%C3%B3rio%20VIH\\_SIDA\\_2014.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3205/3/Relat%C3%B3rio%20VIH_SIDA_2014.pdf)

Martins, L.C.A. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. In Referência, vol. 12, nº 2, p. 62-66.

Martins, M. M.B. P. (2010). Conhecimentos e comportamentos sobre algumas infeções sexualmente transmissíveis dos alunos dos ensinos básico e secundário de uma escola da área da grande lisboa (Dissertação de mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Portugal.

Massano Cardoso, S. (2004). *Notas e técnicas epidemiológicas* (5ª ed.). Instituto de Higiene e Medicina Social. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Massano-Cardoso, S. (2004), *Notas e Técnicas Epidemiológicas*, 5ª ed., Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Matos, M. G. (2008). *Sexualidade, Segurança & SIDA - Estado da Arte e Propostas em Meio Escolar* 1ed, vol. 1. Aventura Social & Saúde, Cruz Quebrada. Recuperado de [file:///C:/Users/Ana/Downloads/Margarida\\_Sexualidade\\_Seguranca\\_Sida.pdf](file:///C:/Users/Ana/Downloads/Margarida_Sexualidade_Seguranca_Sida.pdf)

Matos, M. G., Reis, M., Ramiro, L., Ribeiro & J. P. Leal, I. (2014). Educação sexual em Portugal: Legislação e avaliação da implementação nas escolas. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 15(2), 335-335. Recuperado de <file:///C:/Users/Ana/Downloads/325.pdf>

Matos, M. G., Reis, M., Ramos, L.& Equipa Aventura Social (2012) *A Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários Relatório do estudo – Dados*

Nacionais 2010. Lisboa: Recuperado de [http://aventurasocial.com/arquivo/1303148036\\_Relatorio\\_HBSC\\_\\_SSREU.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1303148036_Relatorio_HBSC__SSREU.pdf)

McLaren, A. (1997), *História da Contraceção – da antiguidade à actualidade* (trad. port. de Teresa Perez, de: *A History of Contraception – from antiquity to the present day*, Basil Blackwell, Ltd, 1990), Terramar, Lisboa.

Mendonça, R.C.M., Araújo, T.M.E. (2009). Métodos contraceptivos: A prática dos adolescentes das escolas agrícolas da universidade federal do piaui. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 13 (4). Brasil. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a24.pdf>

Ministério da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos, volume I – Prioridades*, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa: DGS

Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa.

Ministério da Saúde. (2004) *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde Para Todos, vol. I – Prioridades*. Lisboa: DGS

Ministério da Saúde. (2004) *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 - Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa: DGS.

Mocelin, D., Costa, P.C.M., Sales, W.b., Caveião, C., Reis, B., Gualdezi, L. (2016). Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre DST/AIDS de académicos da área da saúde. *EVINCI*, Evento de Iniciação Científica. Recuperado de <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anais-evinci/article/viewFile/148/140>

Moreira, J. (2006). *Investigação quantitativa: fundamentos e práticas*. In Lima, J. e Pacheco J. (Org.). *Fazer investigação: contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Porto: Porto Editora

Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro, Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Lusodidacta, Lisboa. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/AProfissao.aspxem>

Nunes, R. (2013). *Gene-Ética*, Almedina, Coimbra.

Oliveira, A. (2008b), *Preservativo, Sida e Saúde Pública – Factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção VIH/SIDA*, Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Oliveira, N. S., Moura, E. R. F., Guedes, T. G. & Almeida, P. C. (2008a) *Conhecimento e Promoção do Uso do Preservativo Feminino por Profissionais de Unidades de Referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa*

sair da vitrine. *Saúde Soc. São Paulo*, v.17, n.1, p.107-116. Recuperado de <file:///C:/Users/Ana/Downloads/7564-10068-1-PB.pdf>

ONUSIDA (2015). Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado. UNFPA, OMS, ONUSIDA. Recuperado de [http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702\\_condoms\\_prevention](http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention)

Ordem dos Enfermeiros, OE (2015). Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros, OE. (2008). *Enfermagem em Portugal*. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Brochura\\_10anos2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Brochura_10anos2008.pdf)

Ordem dos Enfermeiros, OE. (2016). *Membros activos*. Departamento informático: Autor. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/2015\\_DadosEstatisticos\\_00\\_Nacionais\\_vf.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/2015_DadosEstatisticos_00_Nacionais_vf.pdf)

Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD (2011). *Health at a glance 2011: OECD indicators*

Organização das Nações Unidas, ONU. (s.d.). Factos e números mundiais sobre VIH/SIDA. Centro Regional de Informação das Nações Unidas. Recuperado de <http://www.unric.org/pt/actualidade/2955>

Organização Mundial de Saúde, OMS (2001). *Orientações para o tratamento de infeções sexualmente transmissíveis*. Genebra, Suíça. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42782/2/9248546269\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42782/2/9248546269_por.pdf)

Organización Mundial de la Salud, OMS (s.d.). *Temas de salud: Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/sexually\\_transmitted\\_infections/es/](http://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/es/)

Pereira, J.M. & Tavares, L. (1998). *Retrovirus*. In Ferreira, W. F. C. & Sousa, J. C. *Microbiologia*. Lisboa: Lidel.

Polit, D. F., Hungler, B. P. (1995) *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas

Polit, D., Beck, C., Hungler, B. (2001). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed). Porto Alegre, Brasil: artes Médicas.

Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. Diário da Republica n. 69 - 1.ª Série. Ministério da Ciência e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Ramiro, L., Reis, M., Matos, M., Diniz, J., & Simões, C. (2011) Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. doi:10.1016/S0870-9025(11)70003-7. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902511700037>

Reis, M. S. P. (2012) Promoção da saúde sexual em jovens universitários portugueses – Conhecimentos e atitudes face à contraceção e à prevenção das ISTs (Tese de doutoramento). Recuperado de [https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5169/1/Tese\\_Doutoramento\\_MartaReis\\_18dez2012.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5169/1/Tese_Doutoramento_MartaReis_18dez2012.pdf)

Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (2012). Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. (30), 105-114. Portugal. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902512000363>

Remoaldo, P., Sousa, P., Santos, J., & Boas, M. (2003). *Doenças sexualmente transmissíveis – O retrato dos jovens universitários do noroeste português*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros nº 124/98 de 1 de Outubro. Diário da Republica n.º 243 – Iª Série-B. Ministério da Ciência e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Rodrigues, J. M. G. (2003). Conhecimentos e experiências sexuais dos jovens estudantes do ensino superior. *Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, nº 28.

Rodrigues, M.J. (2010), Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na Adolescência. *Nascer e Crescer*. vol.19, no.3, p.200-200. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-07542010000300020](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542010000300020)

Sampaio, D. (2010). Educação sexual em meio escolar. Direção Geral de Saúde. Recuperado em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/educacao-sexual-em-meio-escolar.aspx>

Sanches, K. R. B. (1999). A Aids e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade (Tese de doutoramento). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de

Saúde Pública. Rio de Janeiro: Brasil. Recuperado em <http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/sancheskrbd/pdf/capa.pdf>

Sanchez, F.L. (s.d.) *Educación Sexual. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.*

Shivaji, T., Diniz, A. & Cortes-Martins, H., (2014). Characteristics of late presentation of HIV infection in MSM and heterosexual adults in Portugal 2011-2013. *Journal of the International AIDS Society*, 17(Suppl 3):19690

Taquette, S.T., Ruzany, M. H., Meirelles & Z., Ricardo, I. (2003) Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/Aids. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, (n. 5). Recuperado por [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000500022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500022)

Uribe. A., Orcasita, L. T., Veléz, T.V. (2010). Fatores de risco de infecção por VIH/SIDA em adolescentes e jovens colombianos. *Acta Colombiana de Psicología* 13(1). Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552010000100002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552010000100002)

Widdice, L, Cornell, J. Liang, & Halpenu-Felsher, B. (2006). Having sex and condom use: Potential risk and benefits reported by young, sexually inexperienced adolescents. *Journal of adolescent health.* n.º 30.

World Health Organization,WHO (2016). Global health sector strategy HIV 2016–2021: Towards ending AIDS. Geneva, Suíça: Autor. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246178/1/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization / UNAIDS (2004). Position Statement on Condoms and VIH Prevention.

World Health Organization, WHO (2002). Estimation of the incidence and prevalence of sexually transmitted infections. Report of a WHO consultation, (27 February -1 March/2002). Treviso, Italy.

World Health Organization, WHO (2013). Sexually transmitted infection. Fact sheet nº 110. November 2013. Recuperado em 19 de Dezembro, 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/index.html>

World Health Organization, WHO. (1990) Documentos básicos. 38. ed. Geneva

World Health Organization,WHO (2013). VIH/SIDA Fact sheet nº 360. October 2013. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/index.html>.

World Health Organization. WHO (2011). *Standards and operational guidance for ethics review of health-related research with human participants*. WHO Press, World Health Organization, Geneva. Suíça.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados**



### QUESTIONÁRIO

No âmbito da dissertação de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, do VII Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a realizar uma investigação sobre o Conhecimento dos Estudantes de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra sobre VIH/Sida.

Para realizar tal estudo, é imprescindível a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue. O preenchimento do questionário deverá ser o mais próximo do “**que é/sente**” e não do “que deveria ser/sentir”, pelo que **deve responder a todas as questões**. Cada participante no estudo deverá **responder apenas a um** questionário.

A sua participação é muito importante. No entanto, ela é voluntária e a qualquer momento pode interromper a sua colaboração. Os dados recolhidos serão anónimos, absolutamente confidenciais e servem somente para investigação científica, de forma a assegurar o **anonimato** e **confidencialidade** das respostas, em nenhum local do questionário deverá colocar o seu nome e, após o seu preenchimento, deverá devolvê-lo. Agradeço desde já a Sua atenção, e manifesto a minha total disponibilidade para qualquer informação ou intervenção considerada útil.

**OBRIGADA PELA TUA COLABORAÇÃO!**

Ana Soares

Li a informação acima apresentada e aceito participar neste estudo.

---

## CARATERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA:

1. Idade \_\_\_\_\_

2. Sexo:

Feminino	
Masculino	

3. Residência durante o ano letivo:

Residência escolar	
Habitação própria	

4. Proveniência:

Meio Rural	
Meio Urbano	

Solicitamos agora que nos responda as seguintes questões, diretamente relacionadas com o tema central deste trabalho de investigação.

5. Já teve relações sexuais?

Sim	
Não	

Se respondeu não, terminou o seu questionário.

Se sim:

6. Há quanto tempo iniciou?

-1 ano		1 ano		2 anos		3 anos		+ 3 anos	
--------	--	-------	--	--------	--	--------	--	----------	--

7. Quantos parceiros sexuais diferentes já teve?

1		2		3		4		5		+5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	----	--

8. Experiências sexuais em grupo (mais que um parceiro em simultâneo)?

Sim	
Não	

**9.Quais as suas práticas sexuais mais frequentes?**

Genitais		Orais		Anais	
----------	--	-------	--	-------	--

**10.Usa o preservativo:**

Sempre		Nunca		Ultimamente não	
--------	--	-------	--	-----------------	--

**11.Aquando da sua primeira relação sexual usou:**

Preservativo		Pilula		Os dois		Nenhum dos dois	
--------------	--	--------	--	---------	--	-----------------	--

**12.Usou preservativo na sua última relação sexual?**

Sim	
Não	

**13.O que é para si o sexo? Uma experiência:**

Afetiva e de prazer	
Afetiva	
Prazer	

Obrigado pela sua colaboração!

**APÊNDICE II – Pedido de apreciação à Comissão de Ética**

**Data prevista de início dos trabalhos:** Janeiro de 2013

**Data prevista de fim dos trabalhos:** Outubro de 2015

**Data prevista de início da colheita de dados:** Novembro 2013

**Data prevista de fim da colheita de dados:** Maio 2015

### **Metodologia**

#### Tipo de Estudo:

Estudo exploratório, transversal, descritivo correlacional, de natureza quantitativa.

#### População e Amostra/Informantes:

A população alvo é constituída por estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra a frequentar o 1º ano no ano letivo 2012/2013 (questionário já aplicado após autorização da Direção da ESEnC – em anexo) e 3º ano no ano letivo 2014/2015.

#### Critérios de Inclusão/Exclusão:

Inclusão - estudantes que frequentaram o 1º ano do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra durante o ano letivo 2012/2013 e que tinham à data idade superior ou igual a 18 anos e os estudantes a frequentar o 3º ano do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra durante o ano letivo 2014/2015.

Exclusão – estudantes com idade inferior a 18 anos.

#### Locais onde Decorre a Investigação:

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

#### Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

Será utilizado o Questionário para avaliação das variáveis sócio demográficas, com perguntas fechadas elaborado por mim, com base noutros utilizados por outros autores, nomeadamente Aliete Oliveira, com questões dirigidas que procuram obter elementos de natureza pessoal e de índole contextual, que nos permitirá caracterizar a amostra em estudo.

Na vertente empírica, para a recolha de dados, será aplicado um questionário confidencial, aos estudantes do 1.ºAno do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Este questionário foi previamente construído, validado e aplicado e gentilmente cedido por Aliete Oliveira (Enfermeira Mestre em Saúde Pública), sob a forma de um teste de conhecimentos, que anexamos ao presente documento. Tais dados serão analisados e situados de acordo com o enquadramento teórico edificado.

Garantia de Confidencialidade:

Após autorização da autora do questionário e da autorização da Escola Superior de Enfermagem para a realização do estudo e o contacto direto com o Professor Coordenador do Curso, será solicitada a participação no estudo, mencionando ao mesmos, que todas a informações serão confidenciais e que poderão desistir quando o desejarem, disponibilizando toda a atenção relativamente ao esclarecimento de dúvidas e questões, de acordo com a declaração de Helsínquia. No preenchimento dos questionários será garantido o anonimato e a confidencialidade.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes :

O direito à confidencialidade e ao anonimato será assegurado através da ausência de qualquer dado no questionário que possa associar a informação a quem a forneceu. " A sua participação é muito importante. No entanto, ela é voluntária e a qualquer momento pode interromper a sua colaboração. Os dados recolhidos serão anónimos, absolutamente confidenciais e servem somente para investigação científica, de forma a assegurar o **anonimato e confidencialidade** das respostas, em nenhum local do questionário deverá colocar o seu nome e, após o seu preenchimento, deverá devolve-lo." Para além do direito à confidencialidade e ao anonimato, pretendemos seguir as orientações de Fortin (2000) e de Polit e Beck (2004) quanto aos princípios éticos mais relevantes a considerar, em especial durante as fases de recolha e tratamento dos dados Assim, de forma a salvaguardar o princípio da autodeterminação, teremos de assegurar que a participação de cada estudante seja totalmente voluntária isto é, de livre e espontânea vontade. O estudante terá der informado que poderá desistir de participar em qualquer momento sem dano para a sua individualidade. O respeito pela intimidade será salvaguardado evitando a invasão da esfera privada do estudante. Este só responderá se avaliar que não ficará lesado com o conteúdo, bem como com a extensão da informação concedida, o que por cada estudante será determinado. A protecção contra o desconforto e o prejuízo, também conhecida como o princípio da beneficência, será cumprida, se protegermos os estudantes de danos físicos, psicológicos, económicos ou sociais.

**Há previsão de danos para os sujeitos da investigação?**

Explicitar em caso afirmativo:

Não.

**Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação?**

Explicitar em caso afirmativo:

Permite ao estudantes melhorar os seu conhecimentos sobre HIV/Sida.

**Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:**

Nenhuns.

**ANEXAR**

**1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação** (caso já exista)

**2 - Folha de Consentimento Informado** (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;
- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- carácter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

**3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados**

**4 – Projeto de Investigação** (máximo 20 páginas)

**5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s)** (máximo 1 página por cada)

**Termo de Responsabilidade**

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

**Data:**

**O(s) Proponente(s):**

---

(Assinatura manuscrita)

**APÊNDICE III - Pedido de autorização para colheita de dados**

À Exma. Sr<sup>a</sup> Presidente da Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

Ana Maria Murça Soares, estudante do VII Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no âmbito da Unidade Curricular Investigação em Saúde Materna e Obstetrícia, pretendo desenvolver um trabalho de investigação "Quais os conhecimentos dos alunos de Enfermagem sobre VIH/sida?" O referido estudo tem como finalidade identificar os conhecimentos dos alunos sobre a temática em questão. Defini como objetivos: "Avaliar os conhecimentos que os jovens têm na área do VIH/sida", "Identificar comportamentos e práticas sexuais" e "Analisar os resultados de forma a intervir para promover ganhos em saúde".

Neste estudo exploratório será utilizado como instrumento de recolha de dados o questionário que segue em anexo.

Neste contexto, solicito a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>. se digne autorizar a colheita de dados na Escola que vossa excelência preside.

Comprometo-me a salvaguardar os princípios éticos subjacentes aos procedimentos a realizar, nomeadamente a proteção dos participantes do estudo contra qualquer dano.

Antecipadamente grata, aguardo a Vossa resposta.

Com os melhores cumprimentos

Coimbra, 19 de Março de 2015

Ana Soares (contacto – 936676710)



**ANEXOS**

**ANEXO I –Teste de conhecimentos sobre VIH/SIDA**

## TESTE DE CONHECIMENTOS E CRENÇAS DOS ADOLESCENTES SOBRE VIH

(C. Koopman, H. Reid, 1998)

(traduzido e adaptado por A. Cunha-Oliveira, J. A. Cunha-Oliveira, J. R. Pita e S. Massano Cardoso, 2006)

Este teste pretende avaliar os conhecimentos sobre os meios de prevenção sobre o VIH/SIDA. Leia cada um dos itens seguintes. Responde conforme achares que a afirmação é verdadeira ou falsa. Se achares que é verdadeira marca “V”, se achares que é falsa marca “F”

1. SIDA significa <i>Síndrome de Imunodeficiência Adquirida</i>	V	F
2. Hoje, a maioria dos cientistas acredita que a SIDA é causada por um vírus chamado VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana)	V	F
3. A maioria das pessoas que contraem a SIDA costumam curar-se	V	F
4. Um bebé de mãe portadora de VIH pode contrair a SIDA	V	F
5. O VIH circula no sangue	V	F
6. A maioria das pessoas portadoras de VIH estão doentes com SIDA	V	F
7. As prostitutas em Lisboa têm uma baixa probabilidade de apanhar o VIH (o qual pode levar à SIDA)	V	F
8. O VIH aparece no sêmen	V	F
9. O número de homens e mulheres infetados com VIH será provavelmente menor nos próximos anos do que hoje	V	F
10. A SIDA diminui a capacidade de resistência do organismo às doenças	V	F
11. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA ao terem-se sentado em sanitas públicas	V	F
12. Um teste negativo para os anticorpos VIH significa que provavelmente a pessoa tem SIDA	V	F
13. Se tiveres relações sexuais com uma só pessoa, em toda a vida, podes, ainda assim, contrair a SIDA	V	F
14. Ainda que te possa mentir, é sempre boa ideia perguntares à pessoa com quem vais ter relações sexuais qual o seu passado sexual	V	F
15. Se um teste de VIH for negativo significa que a pessoa tem SIDA	V	F
16. As pessoas com SIDA podem, por isso, contrair outras doenças	V	F
17. Podes morrer de SIDA se apanhares a doença	V	F
18. Os homens têm mais probabilidade de contrair a SIDA se tiverem relações sexuais com mulheres do que se tiverem relações sexuais com homens	V	F
19. A utilização do preservativo faz diminuir a probabilidade de se contrair a SIDA	V	F
20. As pessoas com SIDA apanham pneumonias com mais facilidade do que a média das pessoas	V	F
21. As mulheres têm mais probabilidade de contrair a SIDA se tiverem relações sexuais com um homem estritamente heterossexual do que com um homem bissexual	V	F
22. É seguro ter relações sexuais sem preservativo com uma pessoa que consome drogas injetáveis desde que tu não te injetes	V	F
23. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem nadado numa piscina utilizada por alguém que tinha SIDA	V	F
24. Qualquer pessoa, independentemente da sua raça, pode apanhar o VIH e contrair a SIDA	V	F
25. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem dado beijos com a língua a uma pessoa que estava infetada	V	F
26. Os preservativos de pele de carneiro são melhores do que os preservativos de látex para a prevenção do VIH	V	F
27. Pouco tempo depois de terem apanhado o VIH, é habitual as pessoas ficarem muito doentes com SIDA	V	F
28. Contrair ou não a SIDA depende mais de se fazer ou não fazer sexo seguro do que do tipo de grupo a que se pertence	V	F
29. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA através de picadas de insetos	V	F

30. É mais seguro não fazer sexo do que ter relações sexuais usando preservativo	V	F
31. Basta um teste de VIH positivo para teres a certeza de que estás infetado(a)	V	F
32. As mulheres grávidas estão protegidas contra o VIH	V	F
33. Foi recentemente desenvolvida uma vacina que imuniza as pessoas contra o VIH	V	F
34. Mesmo com aspeto de pessoa saudável, um(a) parceiro(a) infetado(a) pode transmitir o VIH	V	F
35. Se és realmente saudável, o exercício físico poderá proteger-te da infeção pelo VIH	V	F
36. Se a pessoa com quem estiveres a fazer sexo já fez o teste do VIH e este foi negativo, isso querará dizer que tu não estás infetado(a)	V	F
37. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA por terem ido comer a um restaurante onde um dos empregados tinha SIDA	V	F
38. Melhor do que usar apenas o preservativo será usá-lo com um espermicida	V	F
39. Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, através de um golpe ou de uma ferida aberta	V	F
40. Não há perigo de apanhares o VIH e contrair a SIDA se fizeres sexo oral sem preservativo	V	F
41. Se tiveres um teste <i>falso positivo</i> para o VIH, isso significa que estás infetado	V	F
42. Fazer sexo anal sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras que há	V	F
43. Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, ao dar sangue	V	F
44. As pessoas que consomem álcool e drogas como a marijuana, a cocaína e o “crack” têm mais tendência para não praticar sexo seguro	V	F
45. Pode-se apanhar o vírus da SIDA ao fazer o teste de VIH	V	F

**ANEXO II – Autorização para utilização do teste de conhecimentos sobre  
VIH/Sida**

De: **aliete cunha-oliveira** (aliete.cunha@gmail.com)  
Enviada: domingo, 21 de Abril de 2013 18:29:29  
Para: anammsoares@hotmail.com; dorasequeira@hotmail.com  
1 anexo | [Transferir tudo como zip](#) (109,2 KB)  
[TESTE DE CONHECIMENTOS E CRENÇAS DOS ADOLESCENTES SOBRE VIH.pdf](#) (109,2 KB) [Ver online](#)

Algumas partes desta mensagem foram bloqueadas para sua segurança.  
[Mostrar conteúdo](#) | [Confio em aliete.cunha@gmail.com. Mostrar sempre conteúdo.](#)

Caras Senhoras Enfermeiras,

Consultados todos os autores, estou em condições de comunicar que podem usar o Teste de conhecimentos na condição de respeitarem integralmente a sua forma e conteúdo e citarem a fonte. Votos de um excelente trabalho.

Envio Bibliografia de suporte as características psicométricas do "Teste de Conhecimentos sobre VIH/sida".

- Cunha-Oliveira, Aliete (2008), *Preservativo, Sida e Saúde Pública – factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/sida*, Col. Ciências e Culturas, Nº 10, Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Cunha-Oliveira, Aliete (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 (orientadores: Professor Doutor João Rui Pita e Professor Doutor Salvador Massano Cardoso), Tese de Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

[http://www.aidscongress.net/Modules/WebC\\_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=39&CommID=138](http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=39&CommID=138)

- Koopman, C. e Reid, H. (1998), Assessment of Knowledge and beliefs About HIV/AIDS Among Adolescents, in: Davis, C.M., Yarber, W. L., Bauserman, R., Scheer, G. e Davis, S. (1998), *Handbook of Sexuality-Related Measures*, Sage Publications, Thousand Oaks, London e New Delhi, pp. 321-324.

Votos de um excelente trabalho. Gostaria de ter conhecimento dos resultados.  
Com os melhores cumprimentos  
Aliete Cunha Oliveira

**ANEXO III – Parecer da comissão de ética**

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

### Parecer N° 274-03/2015

**Título do Projecto:**

Conhecimento dos estudantes de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra sobre VIH/SIDA

**Identificação do Proponente**

**Nome(s):** Ana Maria Murça Soares

**Filiação Institucional:** ESENfC

**Orientador:** Joana Alice da Silva Amaro de Oliveira Fabião

**Relator:** José Carlos Amado Martins

**Parecer**

A investigadora propõe desenvolver exploratório, transversal, correlacional, tendo como objectivos:

- avaliar os conhecimentos que os estudantes do 1º ano do CLE da ESENfC têm sobre o VIH/SIDA e o uso do preservativo;
- verificar a evolução de conhecimentos sobre VIH/SIDA e o uso do preservativo nos mesmos estudantes a frequentar o 3º ano do CLE da ESENfC.

A avaliação no 1º ano já aconteceu, sendo o presente pedido centrado na aplicação do mesmo questionário agora, aos mesmos estudantes, actualmente no 3º ano. A colheita de dados acontecerá durante o mês de maio de 2015.

Os critérios de inclusão e exclusão são definidos.

É garantida a confidencialidade da informação colhida e o anonimato dos participantes.

É apresentado exemplar dos documentos para informação e consentimento.

Atendendo ao formato da investigação, esta Comissão é de parecer favorável à sua concretização.

O relator: José Carlos Amado Martins

Data: 29/04/2015

O Presidente da Comissão de Ética: Joana Alice da Silva Amaro de Oliveira Fabião



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Escola Superior de  
Enfermagem  
de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**ANEXO IV – Autorização para colheita de dados**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA  
Rua 5 de Outubro e cu Avenida Bissaya Barreto - Apartado 7001  
3046-851 COIMBRA

E-mail: esenfc@esenfc.pt

Exma. Senhora  
Enfermeira Ana Maria Murça Soares  
Rua Doutor Juiz Moutinho de Andrade, n.º 24  
5150-624 Vila Nova de Foz Côa

anamsoares@hotmail.com

VOSSA REFERÊNCIA	
Processo	Data
Ofício n.º	

NOSSA REFERÊNCIA	
Processo	Data 14.05.15
Ofício n.º	281/Pres.

ASSUNTO: **Autorização para colheita de dados**

Em resposta ao pedido formulado por V. Exa. para a colheita de dados, através do questionário "Teste de conhecimentos e crenças dos adolescentes sobre VIH" a ser aplicado aos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, integrado no trabalho de investigação intitulado "Quais os conhecimentos dos alunos de enfermagem sobre VIH/sida?", que se encontra a desenvolver no âmbito da unidade curricular Investigação em Saúde Materna e Obstetrícia, informo que o mesmo foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos, *Amélia Soares*.

A Presidente

Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento

