



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

VALIDAÇÃO DE UMA BATERIA DE TESTES SOBRE O COMPORTAMENTO SEXUAL E A SAÚDE NOS ADOLESCENTES PORTUGUESES

SIBÍLIA MARIA COSTA PESTANA REIS

DIRECTOR:

DOUTOR JOSÉ PEDRO ESPADA SÁNCHEZ

CO-DIRECTORA:

DOUTORA MARGARIDA MARIA FERREIRA DIOGO DIAS POCINHO

2015

Os melhores RUMOS para os Cidadãos da Região



Resumo

O VIH/sida é uma doença grave, que pode causar a morte e para a qual não foi encontrada cura. O agente etiológico da sida é o VIH vírus da imunodeficiência humana pertencente à família dos retrovírus. De acordo com os estudos, os adolescentes constituem um grupo de baixo risco, porém existe uma forte possibilidade de adotarem comportamentos que alterem drasticamente um potencial grau de risco em relação a esta epidemia. Por sua vez, outros estudos conferem aos adolescentes o grau potencial de risco, tendo por base o início precoce da atividade sexual, a existência de múltiplos parceiros sexuais, as relações pouco duradouras e a utilização de proteção de forma inconsistente. Nesta fase do desenvolvimento, ocorrem mudanças a vários níveis, nomeadamente físicas e psicológicas, as quais têm forte impacto nos aspetos biopsicossociais, mais especificamente no campo da personalidade, da identidade e das relações interpessoais, o que, por sua vez, se reflete nas atitudes e comportamentos dos adolescentes. As relações sexuais desprotegidas colocam os adolescentes perante situações de perigo, uma vez que as investigações indicam que o conhecimento dos adolescentes sobre o VIH/sida e as suas formas de transmissão são reduzidos. Por outro lado, o facto de os adolescentes terem um conhecimento menos superficial ou um conhecimento mais profundo sobre o assunto não implica que, na prática, tenham comportamentos sexuais seguros.

Em Portugal, existem alguns instrumentos e investigações que avaliam o conhecimento e as atitudes dos adolescentes face ao VIH/sida. O objetivo deste estudo é a validação de uma bateria de avaliação sobre comportamentos relacionados com a saúde, sexualidade e VIH/sida para adolescentes, a qual é composto por três escalas e dois questionários.

A amostra é constituída por 630 adolescentes com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos ($M = 17$, $DP=1$). Foi examinada a estabilidade temporal mediante o método teste-reteste com uma sub-amostra de 546 adolescentes na segunda avaliação. Dos 539 adolescentes que indicaram o sexo, 320 pertencem ao sexo feminino (59,4%), os quais frequentavam décimo, décimo primeiro e décimo segundo anos de escolaridade, em estabelecimentos de ensino particulares e públicos localizados em diferentes zonas de Portugal.

A versão portuguesa da *Escala de Conocimientos sobre VIH/sida, para Adolescentes Españoles* (HIV-KS, Espada, Huedo-Medina, Orgilés, Secades, Ballester & Remor, 2009) é constituída por 48 itens e dividida em dois fatores, contrariamente à versão espanhola, que

apresenta três fatores. Em relação aos dois fatores: fator 1- principais formas de transmissão do VIH e o fator 2- conhecimento sobre os comportamentos de risco onde há contato com a saliva, os valores de alfa apresentados são superiores a 0,7 para ambos, o que demonstra ser um instrumento fiável, neste caso.

O segundo instrumento validado é a *Escala de Atitudes em Relação ao VIH/sida para Adolescentes* (HIV-AS; Espada, Ballester, Huedo-Medina, Secades-Villa, Orgilés & Martínez-Lorca, 2013), composto por 28 questões. A versão portuguesa está dividida em 4 fatores: fator 1- atitude em relação à utilização do preservativo; fator 2- atitude em relação às pessoas com VIH/sida; fator 3- atitude do indivíduo em relação às condutas de proteção quando existe algum obstáculo e fator 4- atitude em relação ao teste de deteção do VIH. Quanto aos valores alfa, os coeficientes são superiores a 0,7, com exceção do fator 3, que apresenta um coeficiente de confiabilidade ligeiramente inferior a 0,7.

Em terceiro lugar foi adaptado à população portuguesa o *Cuestionario de Conductas Sexuales* (p.e., Bersamin, Todd, Fisher, Hill, Grube, & Walker, 2008; Longmore, Eng. Giordano & Manning, 2009) inclui 13 itens que abordam aspetos relacionados com as práticas sexuais, cujo objetivo é conhecer os comportamentos dos adolescentes. A análise estatística foi realizada item a item, com acesso à validação convergente.

Por último, quanto à versão portuguesa da *Escala The Health Anxiety Inventory* (SHAI, Salkovskis, Rimes, Warwick & Clark, 2002), a mesma avalia a saúde, relacionando distúrbios como a ansiedade e a hipocondria. Esta escala tem três fatores: fator 1- perceção da saúde/doença; fator 2- reação perante uma doença grave e fator 3- perceção de sinais de doença e alterações corporais. Em relação ao coeficiente alfa, a escala apresenta fiabilidade nos três fatores com um valor de 0,7, apesar do fator 3 apresentar um valor alfa baixo. Mesmo havendo uma percentagem baixa da variância, este último foi incluído, para não tornar a escala frágil. O estudo também esclarece o funcionamento sexual dos adolescentes em relação aos comportamentos de risco, os conhecimentos e as atitudes na prática sexual, bem como as preocupações com a saúde, relacionando estes aspetos com as variáveis sociodemográficas.

Os resultados indicam que apesar dos participantes revelarem conhecimentos sobre o VIH/sida, não têm práticas sexuais seguras. Há uma fraca correlação entre o conhecimento que possuem e as próprias condutas sexuais protegidas. No que se refere à utilização do preservativo, há uma tendência para os adolescentes que têm informação adequada sobre este método recorrerem a esta forma de proteção.

Quanto à reação da maioria dos adolescentes perante amigos infectados com VIH/sida, não se verificam comportamentos de recusa ou preconceito. Os que têm informação sobre o teste VIH, eventualmente, ao terem práticas sexuais de risco, admitem que realizariam o teste e aconselhariam, também, um amigo a submeter-se ao procedimento. Existe uma correlação fraca entre o conhecimento que os adolescentes possuem e a percepção que têm da sua saúde, mais concretamente quanto aos sinais de doença. Em relação ao género, as raparigas apresentam um conhecimento um pouco mais significativo sobre o VIH/sida do que os seus parceiros. Os aspetos biomédicos, culturais e individuais, próprios desta síndrome, resultam da resistência à mudança perante certos comportamentos sexuais desadequados. Em virtude das características inerentes à fase da adolescência, determinados fatores socioeconómicos, educacionais e, em alguns casos, políticos contribuem para a dificuldade em fazer chegar a certas populações de adolescentes o conhecimento sobre a importância e a prática de comportamentos sexuais seguros. Esta constelação de fatores e a constatação de que os adolescentes estão expostos a um risco importante no que se refere à infeção do VIH, torna imperativo a continuação da investigação e a promoção da intervenção nesta área direcionada a este grupo populacional.

Em conclusão, os testes adaptados demonstram uma estrutura semelhante com adolescentes portugueses a partir da versão original, bem como propriedades psicométricas adequadas, o que pode ser útil na avaliação de fatores de risco sexuais e na realização de programas de prevenção para a população portuguesa.

Abstract

VIH/Aids is described as a severe disease, that can cause death, and no cure has been found yet. The etiological agent of aids is the human immunodeficiency virus, HIV, which belongs to the family of the retroviruses. Studies consider adolescents a group of potential risk, based on the early beginning of sexual activity, the existence of multiple sexual partners, some short-lasting relationships and the use of protection in an inconsistent way. At this stage of development, changes occur in several areas, including the physical and psychological level, which have a strong impact on the biopsychosocial aspects, specifically in the field of personality, identity and interpersonal relationships, which, in turn, is reflected in the attitudes and behaviors of the adolescents. Unprotected sexual relations put teens in situations of risk, since investigations indicate that the knowledge that teens have about HIV/aids and its ways of transmission are reduced. Moreover, the fact that adolescents have a less superficial knowledge or a deeper knowledge of the subject, does not mean that, in practice, they have safe sexual behaviors.

In Portugal there are some instruments that assess the knowledge and attitudes that teens have towards HIV/aids. The goal of this study is the validation of a battery of tests on behaviors related to health, sexuality and HIV/aids for teenagers, which consists of three scales and two questionnaires.

The sample consists of 630 adolescents aged 16-18 years ($M = 17$, $SD = 1$). The temporal stability was evaluated by the test-retest method with a subsample of 546 in the second evaluation. Of the 539 adolescents who indicated their gender, 320 were female (59.4%) who attend tenth, eleventh and twelfth years of education in private and public educational establishments located in different areas of Portugal.

The Portuguese version of the *Scale of Knowledge about HIV/aids for Spanish Teenagers* (HIV-KS, Espada, Huedo-Medina, Orgilés, Secades, Ballester & Remor, 2009) is composed of 48 items divided into two factors, contrary to the Spanish version that presents three factors. In relation to two factors: factor 1- main ways of HIV transmission and factor 2- knowledge about risk behaviors where there is contact with saliva, the alpha values presented are above 0.7 for both, which proves to be a reliable tool in this case.

The second instrument validated is the *Scale of Attitudes towards HIV/aids for Teenagers* (HIV-AS; Espada, Ballester, Huedo-Medina, Secades-Villa, Orgilés & Martínez-Lorca, 2013), which consists of 28 questions. The Portuguese version is divided into 4 factors: factor 1- attitude towards condom use, factor 2- attitude towards people with

HIV/aids; factor 3- attitude of the individual in relation to protective behaviors when there is some obstacle and factor 4- attitude towards the detection test of HIV/aids. As for the alpha values, coefficients are greater than 0.7, except for the factor 3, which has a slightly lower reliability coefficient 0.7.

In third place, the *Questionnaire of Sexual Conducts* was adapted to the Portuguese population (p.e., Bersamin, Todd, Fisher, Hill, Grube, & Walker, 2008; Longmore, Eng. Giordano & Manning, 2009), which includes 13 items that address aspects related to sexual practices and whose goal is to understand the behaviors of adolescents. Statistical analysis was performed on individual items, with access to convergent validation.

Finally, the Portuguese version of the *The Health Anxiety Inventory* (SHAI, Salkovskis et al., 2002) evaluates health disorders relating to anxiety and hypochondria. This scale has three factors: Factor 1- perception of health/illness; Factor 2- reaction to a serious illness and factor 3- perception of signs of disease and body changes. Regarding the alpha coefficient, the scale presents reliability on the three factors with a value of 0.7, although the third factor may have a low alpha value. Even with a low percentage of the variance, the latter was included, in order not to make the scale fragile.

This study also clarifies the sexual functioning of adolescents in relation to risk behavior, knowledge and attitudes on sexual practice as well as the health concerns, relating to sociodemographic variables. The results indicate that, although participants reveal having some knowledge about HIV/aids, they don't have safe sex practices. There is a weak correlation between their knowledge and their own protected sexual behaviors. As regards to the use of condoms, there is a tendency for teenagers who have adequate information about this method to use them for protection. As for the reaction of most teens that have friends with HIV/aids, there are no refusing or prejudicing behaviors. Those who have information about HIV testing, eventually, when having risky practices, admit that they would take the test and would also advise a friend to undergo this procedure. There is a weak correlation between knowledge that teenagers have and their perception of their health, especially if there are signs of disease. Regarding gender, girls have a more significant knowledge about HIV/aids when compared to boys. The biomedical, cultural and individual aspects, proper to this syndrome, result from the resistance to change when confronted with certain inappropriate sexual behavior, due to the characteristics inherent to adolescence. Certain socio-economic, educational and, in some cases, political factors contribute to the difficulty in making certain teens population reach the knowledge about the importance and practice of safe sexual behaviors. This constellation of factors, and the fact that teenagers are exposed a major risk in

relation to HIV infection, makes it, imperative to continue researching and promoting intervention in this area, with this population group.

In conclusion, the adapted tests show a similar structure to Portuguese adolescents concerning its original version, as well as adequate psychometric properties, which can be useful for assessing sexual risk factors and prevention programs in the Portuguese population.



Resumen

El VIH/sida es una enfermedad grave que puede causar la muerte y para la que aún no se ha encontrado cura. El agente etiológico del sida es el virus de la inmunodeficiencia humana VIH, el cual pertenece a la familia de los retrovirus. Los estudios confieren a los adolescentes un potencial grado de riesgo, basándose en el comienzo temprano de la actividad sexual, la existencia de múltiples parejas sexuales, las relaciones poco duraderas y el uso de protección de forma inconsistente. En esta etapa del desarrollo se producen cambios en varias áreas, específicamente en niveles físicos y psicológicos, que generan un fuerte impacto en aspectos biopsicosociales, concretamente en el campo de la personalidad, la identidad y las relaciones con los demás, lo que se repercute en las actitudes y los comportamientos de los adolescentes. Las relaciones sexuales no protegidas colocan a los adolescentes en situaciones de riesgo, ya que las investigaciones indican que el conocimiento que los adolescentes tienen sobre el VIH/sida y sus formas de transmisión son reducidas. Por otra parte, el hecho de que los adolescentes tengan un conocimiento menos superficial o un conocimiento más profundo de la materia, no significa que, en la práctica, tengan conductas sexuales seguras.

En Portugal existen algunos instrumentos que evalúan los conocimientos y las actitudes que los adolescentes tienen sobre el VIH/sida. El objetivo de este estudio es la validación de una batería de evaluación sobre comportamientos relacionados con la salud, la sexualidad y el VIH/sida para adolescentes, que consta de tres escalas y dos cuestionarios. La muestra estuvo formada por 630 adolescentes con edades entre los 16 - 18 años ($M = 17$, $SD = 1$). Se examinó la estabilidad temporal mediante el método test-retest con una submuestra de 546 en la segunda evaluación. De los 539 adolescentes que indicaron su sexo, 320 eran mujeres (59,4%) y cursaban décimo, undécimo y duodécimo año de la educación en instituciones educativas públicas y privadas localizadas en diferentes zonas de Portugal.

La versión en portugués de la *Escala de Conocimientos sobre el VIH/sida para Adolescentes* (VIH-KS, Espada, Huedo-Medina, Orgilés, Secades, Remor y Ballester, 2009) se compone de 48 ítems divididos en dos factores, contrariamente a la versión española que presenta tres factores. En relación a los dos factores: factor 1- principales modos de transmisión del VIH y el factor 2- conocimiento sobre los comportamientos de riesgo donde hay contacto con la saliva, los valores de alfa encontrados son superiores a 0,7 en ambos casos, por lo que demuestra ser una herramienta fiable en este caso.

El segundo instrumento validado es la *Escala de Actitudes hacia el VIH/sida para Adolescentes* (HIV-AS; Espada, Ballester, Huedo-Medina, Secades-Villa, Orgilés & Martínez-Lorca, 2013), que consta de 28 ítems. Esta versión se divide en 4 factores: Factor 1 - actitud hacia el uso del preservativo, factor 2- actitud hacia las personas con VIH /sida; factor 3- actitud en relación a las conductas de protección cuando existe algún obstáculo y factor 4- actitud la prueba del VIH. En relación a los valores alfa, los coeficientes son superiores a 0,7, con la excepción para el factor 3, que tiene un coeficiente de fiabilidad ligeramente inferior a 0,7.

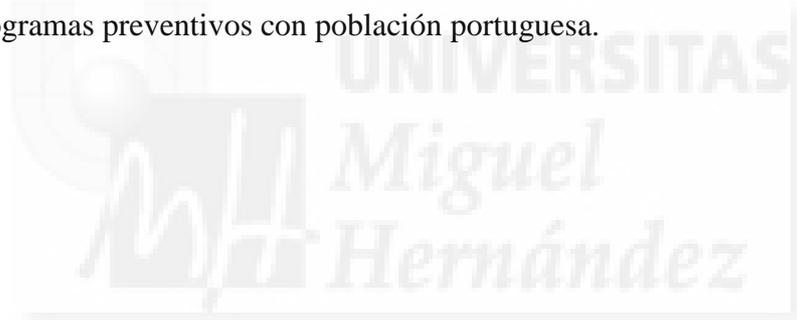
En tercer lugar, se adaptó a población portuguesa el *Cuestionario de Conductas Sexuales* (p.e., Bersamin, Todd, Fisher, Hill, Grube, & Walker, 2008; Longmore, Eng. Giordano & Manning, 2009), que incluye 13 ítems que abordan aspectos relacionados con las prácticas sexuales cuyo objetivo es comprender los comportamientos de los adolescentes. El análisis estadístico se realizó en términos individuales, con acceso a la validación convergente.

Por último, la versión en portugués de la *Health Anxiety Inventory* (SHAI, Salkovskis et al., 2002) evalúa los trastornos de salud relacionados con la ansiedad y la hipocondría. Esta escala tiene tres factores: Factor 1- percepción de la salud /enfermedad; factor - reacción a una enfermedad y factor 3- percepción de los signos de la enfermedad y los cambios corporales. En cuanto al coeficiente alfa, la escala presenta fiabilidad en los 3 factores con un valor de 0,7, mientras que el tercer factor puede tener un bajo valor alfa. Incluso con un bajo porcentaje de la varianza, este último se incluyó, para no fragilizar la escala.

Este estudio también aclara el funcionamiento sexual de los adolescentes en relación a comportamientos de riesgo, los conocimientos y las actitudes sobre la práctica sexual y las preocupaciones con la salud, en relación con las variables sociodemográficas. Los resultados indican que a pesar de que los participantes reconocen tener conocimientos sobre el VIH/sida, no tienen prácticas de sexo seguro. Existe una correlación débil entre sus conocimientos y los comportamientos sexuales protegidos adoptados. En cuanto al uso de los preservativos, hay una tendencia a que los adolescentes que tienen información adecuada acerca de este método lo utilicen como forma de protección. En relación a la reacción de la mayoría de los adolescentes frente a los amigos que tienen VIH/sida, no se verifican conductas de rechazo o prejuicios. Los que tienen información sobre la prueba del VIH, al adoptar prácticas de riesgo admiten realizarían la prueba y que también aconsejaría a un amigo a someterse a este procedimiento. Existe una correlación débil entre el conocimiento que los adolescentes tienen y la percepción que tienen de su salud, en particular si hay signos

de enfermedad. En cuanto al sexo, las chicas presentan un conocimiento más significativo sobre el VIH/sida en comparación con sus parejas. Los aspectos biomédicos, culturales e individuales propios de este síndrome, son el resultado de la resistencia al cambio en relación a ciertos comportamientos sexuales inadecuados. Debido a las características intrínsecas de la adolescencia, determinadas circunstancias socioeconómicas, educacionales y a veces políticas contribuyen para que sea difícil hacer llegar a ciertas poblaciones adolescentes el conocimiento sobre la importancia y la práctica de comportamientos sexuales seguros. Esta constelación de factores y el hecho de que los adolescentes están expuestos a un riesgo importante en lo referente a la infección del VIH, es imprescindible la continuación de la investigación y la promoción de la intervención en este ámbito con este grupo de la población.

En conclusión, las pruebas adaptadas presentan una estructura similar con adolescentes portugueses respecto a su versión original, así como adecuadas propiedades psicométricas, por lo que pueden ser de utilidad para la evaluación de factores de riesgo sexual y de programas preventivos con población portuguesa.



Agradecimentos

Nesta caminhada, encontrei imensas pessoas a quem desejo agradecer: começo pelos alunos que disponibilizaram o seu tempo em dois momentos diferentes no preenchimento de um conjunto de questionários um pouco extensos. Sem eles o meu trabalho teria sido em vão. À Direção Regional da Educação da Região Autónoma da Madeira, que autorizou a implementação deste projeto na região. Aos Diretores das Escolas e aos meus colegas e professores espalhados pela região, que prontamente me auxiliaram, na fase inicial da minha tese.

Ao Professor Doutor José António Garcia Del Castillo Rodríguez, Coordenador do Programa de Doutoramento em Psicologia da Saúde da Universidade Miguel Hernández, pela sua disponibilidade incansável.

Ao Professor Doutor José Pedro Espada Sánchez, por me ter despertado para esta temática tão vasta, tão sensível, por me ter proporcionado uma grande aprendizagem e por todo o seu auxílio prestado.

Ao Professor Doutor Alejandro Guillen Riquelme, pelo seu apoio incondicional nos momentos mais críticos.

À Professora Doutora Margarida Pocinho, pela sua disponibilidade e encorajamento incansável, bem como pelas suas sugestões ao longo da revisão que efetuou à minha tese.

À Dr.^a Mónica Fernández, pela ajuda ao nível do tratamento estatístico e pela forma clara e rigorosa como transmitiu os seus conhecimentos.

À Dr.^a Sara Magalhães, pelo seu rigor na análise, sugestões e verificação que efetuou à minha tese.

Ao grupo de colegas doutorandos, pelo apoio mútuo que se foi gerando e que se tornou fundamental para o prosseguimento deste projeto.

À ARDITI - Agência Regional para o Desenvolvimento da Investigação, Tecnologia e Inovação, pelo financiamento deste projeto através da bolsa de doutoramento n.º 1080/1974.

Aos meus queridos amigos, pelo facto de terem compreendido alguns momentos de ausência.

Aos meus pais, por me apoiarem incondicionalmente e por estarem sempre presentes ao longo da minha vida e compreenderem, muitas das vezes, a minha falta de disponibilidade e as minhas flutuações de humor.

E a alguém que não está presente fisicamente.

Obrigada a todos os que me ajudaram a seguir em frente nesta estrada sinuosa.



ÍNDICE

PARTE I ADOLESCÊNCIA, O VIH/SIDA E A SUA RELAÇÃO COM OS ADOLESCENTES.....	37
1. A ADOLESCÊNCIA	41
1.1. A evolução do conceito de adolescência	41
1.2. Características da adolescência: do corpo infantil ao corpo adulto.....	42
1.3. À procura da identidade adulta.....	44
1.4. Adolescência e o rendimento escolar	46
1.5. Adolescência e os vários tipos de famílias	48
1.6. Um novo conceito de família	51
2. O VIH/SIDA	55
2.1. A sida.....	55
2.2. A descoberta da sida.....	55
2.3. O vírus da sida/VIH.....	56
2.4. Fases da doença	57
2.5. Formas de transmissão do vírus	59
3. OS ADOLESCENTES E O VIH/SIDA.....	65
3.1. Conhecimento que os adolescentes têm sobre o VIH/sida	65
3.2. Formas de prevenção do VIH.....	68
4. ESTUDOS DE PREVALÊNCIA DO VIH/SIDA.....	73
4.1. Prevalência do VIH/sida a nível mundial	73
4.2. Prevalência do VIH na Europa.....	78
4.3. Prevalência do VIH/sida em Portugal	80
5. A SEXUALIDADE E A ANSIEDADE NOS ADOLESCENTES. ESTUDO DE PREVALÊNCIA	87
5.1. A sexualidade na adolescência: Efeito das drogas e do álcool.....	87
5.2. Prevalência das práticas sexuais na adolescência em Portugal	92
5.3. Estudos de prevalência das práticas sexuais na adolescência na Europa	97
5.4. Estudos de prevalência das práticas sexuais na adolescência nos Estados Unidos da América	102
5.5. Obstáculos que dificultam a aquisição e a interiorização de comportamentos seguros dos adolescentes na sexualidade	108
5.6. A ansiedade nos adolescentes.....	111
5.6.1. Prevalência da ansiedade de forma global	114
5.6.2. Prevalência da ansiedade nos adolescentes.....	115

6. PREOCUPAÇÃO DOS ADOLESCENTES COM A SAÚDE E O BEM-ESTAR FÍSICO.	
ESTUDOS DE PREVALÊNCIA	119
6.1. Os adolescentes: A saúde e o bem-estar físico	119
6.2. Estudos de prevalência das preocupações com a saúde nos adolescentes na Europa	124
6.3. Estudos de prevalência das preocupações com a saúde dos adolescentes de forma global.....	127
6.3.1. Conclusão	132
6.4. Semelhanças e diferenças entre várias zonas do mundo	133
6.4.1. Prevalência do VIH/sida.....	133
6.4.2. Educação sexual	134
6.4.3. A saúde dos adolescentes	135
PARTE II INVESTIGAÇÃO SOBRE OS CONHECIMENTOS, AS ATITUDES, CONDUTAS SEXUAIS E ANSIEDADE NA SAÚDE, FACE AO VIH/SIDA.....	141
7. OBJETIVOS E HIPÓTESES	145
7.1. Objetivos específicos.....	145
7.2. Hipóteses	146
8. MÉTODO	149
8.1. Constituição da amostra	149
8.2. Caracterização do método de pesquisa e dos instrumentos.....	150
8.3. Desenvolvimento do instrumento de recolha de dados	151
8.4. Procedimentos de recolha e de análise de dados	153
8.5. Caracterização da amostra.....	154
9. RESULTADOS	159
9.1. Validação da escala de conhecimentos sobre VIH/sida	159
9.2. Relação entre os conhecimentos sobre o VIH/sida e as variáveis sociodemográficas	169
9.2.1. Relação entre conhecimentos sobre o VIH/sida, atitudes sobre o VIH/sida e ansiedade na saúde.....	171
9.3. Escala de atitudes sobre VIH/sida	174
9.4. Relação da escala de atitudes sobre o VIH/sida e as variáveis sociodemográficas	182
9.5. Questionário de condutas sexuais.....	186
9.6. Relação das variáveis sociodemográficas nas condutas sexuais dos adolescentes.....	194
9.7. Relação entre o número de reprovações com o tipo de relações sexuais e a frequência das relações sexuais nos últimos seis meses.....	198
9.8. Escala de ansiedade na saúde	215
9.9. Relação da escala de ansiedade na saúde e as variáveis sociodemográficas	221
10. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	227

Conclusões	240
Limitações e futuras linhas de investigação.....	245
Considerações Finais	247
Referências	271
ANEXO 1	289
CONSENTIMENTO INFORMADO	291
BATERIA DE INSTRUMENTOS	293
ANEXO 2.....	303
PROTOCOLO PARA OS AVALIADORES	305
DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	307
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	309
ESCALA DE CONHECIMENTOS SOBRE VIH/SIDA (HIV-KS).....	309
ESCALA DE ATITUDES FACE AO VIH/ SIDA E PRÁTICAS DE RISCO (HIV-AS).....	310
QUESTIONÁRIO DE CONDUTAS SEXUAIS (CCS).....	310
ESCALA DE ANSIEDADE NA SAÚDE (SHAI).....	311
INSTRUÇÕES GERAIS DE APLICAÇÃO	313



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	<i>Formas de infeção do VIH mais frequentes na Europa.....</i>	61
Figura 2.	<i>Número de jovens que têm sexo antes dos 15 anos e comportamentos sexuais de risco.</i>	67
Figura 3.	<i>Localização e população com VIH no mundo, ano 2013.</i>	74
Figura 4.	<i>Situação epidemiológica segundo determinadas regiões do mundo. Dados comparativos de 2012 e 2001, com idade superior aos 15 anos.</i>	76
Figura 5.	<i>Casos de VIH no espaço europeu (RE, OMS e EU/AEE) de acordo com a categoria de transmissão.</i>	79
Figura 6.	<i>Percentagem de adolescentes e jovens diagnosticados com VIH na EU/AEE, faixa etária 15-24 anos.</i>	80
Figura 7.	<i>Casos de infeção do VIH em Portugal (segundo o distrito) e no resto do mundo de 1983-2012.</i>	81
Figura 8.	<i>Casos de sida em Portugal, (segundo o distrito) e no resto do mundo de 1983-2012.</i>	82
Figura 9.	<i>Casos de Infeção do VIH em Portugal de acordo com a faixa etária e o sexo. ..</i>	83
Figura 10.	<i>Casos de infeção do VIH em Portugal de acordo com a categoria de transmissão.</i>	83
Figura 11.	<i>Práticas sexuais dos jovens (adição de álcool, droga e sem preservativo) em várias cidades de Portugal.</i>	91
Figura 12.	<i>Percentagem de raparigas que tiveram a primeira relação sexual.</i>	99
Figura 13.	<i>Percentagem de rapazes que tiveram a primeira relação sexual.</i>	99
Figura 14.	<i>Percentagem de raparigas que utilizaram preservativo na última relação sexual.</i>	101
Figura 15.	<i>Percentagem de rapazes que utilizaram preservativo na última relação sexual.</i>	101
Figura 16.	<i>Percentagem de raparigas que utilizaram o método contraceutivo oral.</i>	101

Figura 17.	<i>Percentagem de rapazes que afirmaram que as suas parceiras utilizaram o método contraceptivo oral.</i>	101
Figura 18.	<i>Práticas sexuais dos adolescentes, educação sexual e realização do teste do VIH na Europa (2001-2011).</i>	105
Figura 19.	<i>Utilização do preservativo no sexo masculino.</i>	107
Figura 20.	<i>Utilização do preservativo no sexo feminino.</i>	107
Figura 21.	<i>Utilização da pílula no sexo feminino.</i>	107
Figura 22.	<i>Análise fatorial confirmatória obtida para a escala de conhecimentos sobre o VIH/sida.</i>	164
Figura 23.	<i>Análise fatorial confirmatória obtida para a escala de atitudes sobre o VIH/Sida CASIPR.</i>	178
Figura 24.	<i>Análise fatorial confirmatória obtida para a escala ansiedade na saúde.</i>	219



ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: <i>Dados sobre a Europa quanto à percentagem de adolescentes que utilizaram o preservativo na 1ª relação sexual, a idade média da 1ª relação sexual, idade da 1ª educação sexual, adolescentes sem D.S.T. e utilização do preservativo na 1ª relação sexual.</i>	98
Tabela 2: <i>Número de participantes em cada fase do estudo.</i>	154
Tabela 3: <i>Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o género, na primeira aplicação</i>	154
Tabela 4: <i>Varição da percentagem de reprovações 1-5 nos adolescentes.</i>	156
Tabela 5: <i>Variância explicada pelos componentes da análise fatorial da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida após extração de itens</i>	160
Tabela 6: <i>Cargas fatoriais e alphas de Cronbach obtidos nas dimensões da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida após extração de itens</i>	161
Tabela 7: <i>Variância explicada pelos componentes da análise fatorial da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida.</i>	162
Tabela 8: <i>Cargas fatoriais e alfas de Cronbach obtidos nas dimensões da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida.</i>	162
Tabela 9: <i>Coefficientes Alpha de Cronbach da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida utilizada no M1 e M2.</i>	163
Tabela 10: <i>Análise teste-reteste da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida e teste de Mc Nemar-Bower.</i>	166
Tabela 11: <i>Estimativas das dimensões da escala de conhecimentos nos dois momentos e teste de Wilcoxon.</i>	167
Tabela 12: <i>Coefficiente de correlação intraclasse para os fatores da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida.</i>	168
Tabela 13: <i>Efeito da idade sobre as dimensões da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida</i>	169
Tabela 14: <i>Efeito do género sobre as dimensões da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida</i>	170

Tabela 15:	<i>Efeito do número de reprovações sobre as dimensões da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida.</i>	171
Tabela 16:	<i>Coefficientes de correlação entre os fatores da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida, os fatores da escala de atitudes sobre o VIH/sida (CASIPR) e escala de ansiedade na saúde (SHAI) no M1.</i>	172
Tabela 17:	<i>Coefficientes de correlação entre os fatores da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida, os fatores da escala de atitudes sobre o VIH/sida (CASIPR) e a escala de ansiedade na saúde (SHAI) no M2.</i>	173
Tabela 18:	<i>Variância explicada pelos componentes da análise fatorial da escala de atitudes sobre o VIH/sida.</i>	175
Tabela 19:	<i>Cargas fatoriais e alphas de Cronbach obtidos nas dimensões da escala de atitudes sobre o VIH/sida.</i>	176
Tabela 20:	<i>Coefficientes Alpha de Cronbach da escala de atitudes sobre o VIH/sida (CASIPR) utilizada no M1 e no M2.</i>	177
Tabela 21:	<i>Análise teste-reteste da escala de atitudes sobre o VIH/sida (CASIPR) e teste Wilcoxon</i>	180
Tabela 22:	<i>Coefficiente de correlação intraclasse para os fatores da escala de atitudes sobre o VIH/sida (CASIPR).</i>	181
Tabela 23:	<i>Correlação observada entre os fatores da escala de atitudes e a idade.</i>	182
Tabela 24:	<i>Efeito do género sobre as dimensões da escala de atitudes sobre o VIH/sida.</i>	183
Tabela 25:	<i>Relação entre o número de reprovações e as dimensões da escala de atitudes sobre o VIH/sida.</i>	184
Tabela 26:	<i>Correlação entre os fatores das escalas CASIPR e SHAI no momento 1.</i>	185
Tabela 27:	<i>Correlação entre os fatores das escalas CASIPR e SHAI no momento 2.</i>	185
Tabela 28:	<i>Distribuição dos alunos no primeiro momento quanto à utilização do preservativo.</i>	186
Tabela 29:	<i>Estimativas da idade dos alunos aquando da primeira relação sexual.</i>	187

Tabela 30:	<i>Percepção dos alunos em relação às práticas sexuais dos seus colegas e às próprias.....</i>	187
Tabela 31:	<i>Estimativa do número de parceiros sexuais dos alunos nos últimos 6 meses.....</i>	188
Tabela 32:	<i>Distribuição dos alunos segundo a frequência com que mantiveram relações sexuais nos últimos 6 meses.....</i>	189
Tabela 33:	<i>Distribuição dos alunos segundo o tipo de relação sexual que mantiveram.....</i>	189
Tabela 34:	<i>Estimativa da percentagem com que utilizam o preservativo e a pílula contraceptiva.....</i>	190
Tabela 35:	<i>Distribuição dos alunos segundo a percepção da frequência com que os colegas utilizam preservativos nas relações sexuais.....</i>	191
Tabela 36:	<i>Distribuição dos adolescentes em relação a terem relações sexuais sob o efeito de álcool e drogas.....</i>	192
Tabela 37:	<i>Associação entre o uso do preservativo na primeira relação sexual e a facilidade em adquiri-lo.....</i>	192
Tabela 38:	<i>Associação entre itens da escala de atitudes e a percepção da facilidade em adquirir preservativos.....</i>	193
Tabela 39:	<i>Associação entre a facilidade em adquirir o preservativo e o valor do mesmo.....</i>	193
Tabela 40:	<i>Associação entre a utilização do preservativo na primeira relação sexual e a percepção da utilização do mesmo pelos amigos.....</i>	194
Tabela 41:	<i>Associação entre o género dos adolescentes e determinadas condutas sexuais.....</i>	194
Tabela 42:	<i>Associação entre o género dos adolescentes e determinados comportamentos sexuais.....</i>	195
Tabela 43:	<i>Associação entre o género dos adolescentes e tipo de relações sexuais e frequência das relações sexuais nos últimos seis meses.....</i>	196
Tabela 44:	<i>Associação entre o género dos adolescentes e utilização de determinados métodos contraceptivos.....</i>	197

Tabela 45:	<i>Associação entre o gênero e práticas sexuais sob o efeito de álcool e determinadas drogas nos adolescentes.</i>	198
Tabela 46:	<i>Relação entre o rendimento acadêmico e determinadas condutas sexuais.</i> ..	199
Tabela 47:	<i>Associação entre o número de reprovações e determinadas condutas sexuais</i>	200
Tabela 48:	<i>Associação entre o número de reprovações e determinadas condutas sexuais e utilização de métodos contraceptivos.</i>	201
Tabela 49:	<i>Associação entre o número de vezes que o aluno reprovou e a utilização de métodos contraceptivos.</i>	204
Tabela 50:	<i>Associação entre o número de vezes que o aluno reprovou e realização de práticas sexuais sob o efeito de álcool e determinado tipo de droga.</i>	205
Tabela 51:	<i>Relação entre as condutas sexuais e o conhecimento que os adolescentes possuem sobre o VIH/sida, fator 1.</i>	206
Tabela 52:	<i>Relação entre as condutas sexuais e as atitudes que os adolescentes possuem sobre o VIH/sida, fator 1.</i>	209
Tabela 53:	<i>Relação entre as condutas sexuais e o conhecimento que os adolescentes possuem sobre o VIH/sida, fator3.</i>	211
Tabela 54:	<i>Relação entre as condutas sexuais e a ansiedade na saúde fator 1.</i>	213
Tabela 55:	<i>Variância explicada pelos componentes da análise fatorial da escala SHAI</i>	216
Tabela 56:	<i>Cargas fatoriais e alphas de Cronbach obtidos nas dimensões da escala SHAI</i>	217
Tabela 57:	<i>Coeficientes Alpha de Cronbach da escala SHAI utilizada em cada momento</i>	218
Tabela 58:	<i>Análise teste-reteste da escala ansiedade na saúde e teste de Wilcoxon.</i>	220
Tabela 59:	<i>Coeficiente de correlação intraclasses para os fatores da escala de ansiedade na saúde</i>	220
Tabela 60:	<i>Coeficientes de correlação de Spearman entre a idade e os fatores da escala SHAI</i>	221

Tabela 61:	<i>Efeito do género sobre as dimensões da escala de ansiedade na saúde.</i>	222
Tabela 62:	<i>Relação entre o número de reprovações e a ansiedade na saúde nos adolescentes.....</i>	223



Introdução

A epidemia VIH/sida afeta a população mundial. De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), os adolescentes e os jovens adultos têm sido descurados em relação ao apoio médico, não só no que diz respeito ao tratamento, como também em relação às políticas de prevenção. A taxa de mortalidade associada a esta infeção em indivíduos que se encontram na faixa etária dos 10-19 anos aumentou em 50% ao longo de sete anos e, mesmo assim, na população em geral, diminuiu em cerca de 30%, durante o período de 2005-2012. Segundo o Diretor do Departamento VIH/sida, os adolescentes vivenciam determinadas pressões emocionais e sociais que causam constrangimentos e são custosas. Como tal, carecem de serviços de saúde e apoio planeados para as suas necessidades (Departamento de Doenças Infecciosas, 2013). Os adolescentes têm menos probabilidades de aceder à realização do teste de despiste do VIH; encontram, também, barreiras na permanência nos cuidados de saúde, o que dificulta a prossecução dos seus tratamentos em relação aos adultos (WHO, 2013).

O responsável pelo programa de VIH da UNICEF (2012) considera que existem muitos obstáculos e impedimentos ao diagnóstico e tratamento do VIH, nomeadamente questões políticas, desigualdades, a estigmatização e a discriminação. Aproximadamente uma sétima parte das novas infeções ocorre na adolescência.

Portugal é considerado o terceiro país europeu com maior incidência de casos de sida, segundo aponta o relatório do Centro Europeu para a Prevenção e Controlo das Doenças (CEPCD) e a OMS (2013). Assim sendo, encontra-se acima da média europeia com valores de sete casos por 100 mil habitantes. Entre 2006 e 2012 a taxa de novos casos de VIH desceu 20%, o que neste ponto é positivo. Apesar do decréscimo, as pessoas infetadas desconhecem a sua situação, o que potencia a existência de novos casos. A maior prevalência da infeção incide entre grupos específicos, como é o caso de toxicodependentes e de heterossexuais (Gomes, 2013; Instituto Nacional de Saúde, 2012). O número de casos de adolescentes portugueses infetados, cuja faixa etária se situa entre os 15 e os 19 anos, decresceu drasticamente ao passar de 685, no ano 2002 para 14 casos, no ano de 2012 (Instituto Nacional de Saúde, 2012). Porém, estes valores são enganadores, uma vez que é necessário ter em atenção o facto de o vírus ficar inativo no organismo por um período superior a 10 anos, como indicam os estudos, o que explica que a maior parte dos sujeitos infetados contraiu o vírus na fase da adolescência (Brasil, Mitsuli, Pereira & Alves, 2000).

É certo que se trata de uma fase de desenvolvimento de grande vulnerabilidade, pois existe um conjunto de fatores que tornam os adolescentes num grupo de risco: as mudanças biológicas, os padrões de atividade sexual, o género, as práticas sexuais associadas ao abuso do álcool e das drogas (Hein, 1987, cit. in Cruz et al., 1997). Neste momento da vida, é crucial um adequado ambiente familiar que potencie o sentimento de segurança. Os jovens com baixo nível socioeconómico e fraco rendimento escolar estão mais expostos às doenças sexualmente transmissíveis (Taquette, Vilhena & Paula, 2004).

Muitos pais têm dificuldade em abordar o tema da sexualidade, sendo este, ainda, um assunto tabu. A dificuldade encontrada por parte dos educadores em modificar condutas sexuais desadequadas e as características da cultura ocidental em relação à morte, juntamente com o sentimento de onipotência, característico dos adolescentes, faz com que estes últimos desenvolvam uma perceção errada da distância da finitude da vida e adotem comportamentos de risco. “A sida associa dois tabus da cultura ocidental: o sexo e a morte, desvelando publicamente o íntimo” (Brasil et al., 2000, p.468).

O presente estudo abrange duas componentes de investigação: a primeira diz respeito à validação de uma bateria de testes sobre o VIH/sida e a saúde, mais especificamente a ansiedade na saúde; a segunda analisa a compreensão dos adolescentes na faixa etária entre os 16-18 anos, sobre conhecimentos, atitudes e condutas sexuais face ao VIH/sida e a saúde.

O HBSC/OMS Health Behaviour in School-Aged Children desenvolve, de 4 em 4 anos, um estudo colaborativo da OMS, que pretende avaliar os estilos de vida dos adolescentes portugueses e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Tendo o último sido realizado em 2010. Esse estudo apresenta alguns pontos em comum com a presente investigação. Consiste na recolha de dados e no levantamento de informação sobre a educação sexual que os adolescentes tiveram nos últimos anos, na escola; a negociação sobre a sexualidade entre o casal, os motivos que os levam a ter relações sexuais (efeitos do álcool, da droga e da paixão) e a utilização e aquisição do preservativo.

Nesta perspetiva existe outro estudo realizado em Portugal: “Os adolescentes e o VIH/sida: sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao VIH/sida” de Almeida, Silva e Cunha (2005) que tem mais semelhanças com a presente investigação, bem como o estudo de Cruz et al. (1997) sobre: “Prevenção do VIH e da sida nos adolescentes e nos jovens adultos: investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual”. Outros estudos convergem nesta mesma abordagem em relação à temática em questão.

Assim, o presente trabalho de investigação inclui uma bateria de instrumentos, composta por três escalas e dois questionários, e pretende analisar e recolher dados abrangentes sobre o VIH/sida através de questões colocadas aos adolescentes. Por outro lado, avalia o comportamento sexual do adolescente perante o VIH/sida e as suas condutas sexuais. Em relação ao questionário das condutas sexuais, importa salientar que é um instrumento de destaque simples e extremamente completo e informativo, que auxilia na compreensão da atividade sexual dos adolescentes, tendo em atenção também a escala sobre a saúde, mais especificamente a variável da ansiedade na saúde. Este aspeto é analisado através da ótica e da perceção do adolescente.

Em termos gerais, demonstra-se que o conhecimento revelado pelos adolescentes sobre o VIH/sida é superficial e aqueles que possuem conhecimentos aprofundados carecem de comportamentos baseados em atitudes preventivas. Quanto à saúde dos adolescentes, pode considerar-se como adequada. Porém quando observamos estratos sociais desfavorecidos, verificamos que os conhecimentos deles sobre esta matéria são menores e que a sua saúde normalmente é precária, pois correm maiores riscos a todos os níveis.

Perante os resultados obtidos neste estudo, a luta contra a sida tem um longo caminho a percorrer, pelo que é necessário refletir, repensar, avaliar e modificar algumas estratégias a desenvolver nas dimensões política, social e económica. A contribuição e mobilização de todos é fundamental na prevenção do VIH/sida, no sentido de atingir o próximo patamar que permita acabar com as mortes prematuras e que ajude os adolescentes a desfrutarem de estilos de vida saudáveis.

Introducción

La epidemia VIH/sida afecta a la población mundial. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los adolescentes y los jóvenes adultos han sido descuidados en relación al apoyo médico, no sólo en lo que respecta al tratamiento sino también en lo que se refiere a las políticas de prevención. La tasa de mortalidad relacionada con esta infección, en personas en que la franja etaria es de 10-19 años aumentó 50% a lo largo de siete años y, sin embargo, en la población en general se reduce en aproximadamente 30%, durante la etapa de 2005-2012. De acuerdo con el Director del Departamento de VIH/sida, los jóvenes experimentan ciertas presiones emocionales y sociales que les limitan o les suponen más esfuerzo, como la falta de servicios de salud y apoyo específicos para sus necesidades. Los adolescentes tienen menos posibilidades de acceder a la realización de pruebas de detección del VIH, también tienen barreras para permanecer en la atención médica y continuar su tratamiento en relación con los adultos (WHO, 2013).

El responsable por el programa de VIH de UNICEF (2012), cree que hay muchos obstáculos e impedimentos para el diagnóstico y tratamiento del VIH, particularmente en temas y cuestiones políticas, desigualdades, estigmatización y discriminación. Aproximadamente una séptima parte de las nuevas infecciones se producen en la adolescencia.

Portugal está considerado como el tercer país europeo con mayor incidencia de casos de sida, según señala el informe del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades Centro Europeu para a Prevenção e Controlo das Doenças (CEPCD) y la OMS (2013). Por lo tanto, se encuentra por encima de la media europea con valores de siete casos por 100 mil habitantes. Entre 2006 y 2012 la tasa de nuevos casos de VIH ha disminuido en un 20%, lo cual es positivo en este punto. A pesar de la disminución, las personas infectadas desconocen su condición lo que potencia la existencia de nuevos casos. La mayor prevalencia de la infección aparece entre grupos específicos, como los consumidores de drogas y los heterosexuales (Instituto Nacional de Saúde 2014 & Gomes, 2013).

El número de casos de adolescentes portugueses infectados, en que la franja está comprendida entre los 15 y los 19 años, decreció drásticamente al pasar de 685 en el año 2002 a 14 casos, en el año de 2012, según el Núcleo de Vigilancia Laboratorio de Enfermedades Infecciosas (Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas, Instituto Nacional de Saúde, 2012). Pero, estas cifras son engañosas, ya que es necesario tener en cuenta el hecho de que el virus quede inactivo en el cuerpo durante un período más

largo a 10 años y según los estudios la mayoría de los individuos infectados contrajo el virus en la etapa de la adolescencia (Brasil et al., 2000).

Lo cierto es que se trata de una fase de desarrollo de gran vulnerabilidad, pues existe un conjunto de factores que hace que los adolescentes sean un grupo de riesgo: los cambios biológicos, los patrones de actividad sexual, el género, las prácticas sexuales asociadas con el abuso de alcohol y de drogas (Cruz et al., cit. in Hein, 1987; Vilaça & Cruz, 1996). En este momento de la vida es crucial un buen entorno familiar, que fomente la impresión de seguridad. Los jóvenes con bajo nivel socioeconómico y bajo rendimiento escolar son más vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual (Taquette et al., 2004).

Muchos padres tienen dificultad para abordar el tema de la sexualidad, siendo aún un tema tabú. La dificultad que enfrentan los educadores en cambiar conductas sexuales inadecuadas y las características de la cultura occidental relacionadas con la muerte, junto con el sentimiento de omnipotencia, característico de los adolescentes, hace con que estos desarrollen una percepción errónea de la distancia de la finitud de la vida y adopten comportamientos de riesgo. “El sida asocia dos tabús de la cultura occidental: el sexo y la muerte, desvelando públicamente la intimidad” (Brasil, et al., 2000, p.468).

El presente estudio se centra en dos componentes de la investigación: la primera se refiere a la validación de una batería de pruebas sobre el VIH/sida y la salud, en particular la ansiedad sobre la salud; la segunda examina la comprensión de los adolescentes en la franja de edad de 16 a 18 años sobre el conocimiento, las actitudes y las conductas sexuales con el VIH/sida y la salud.

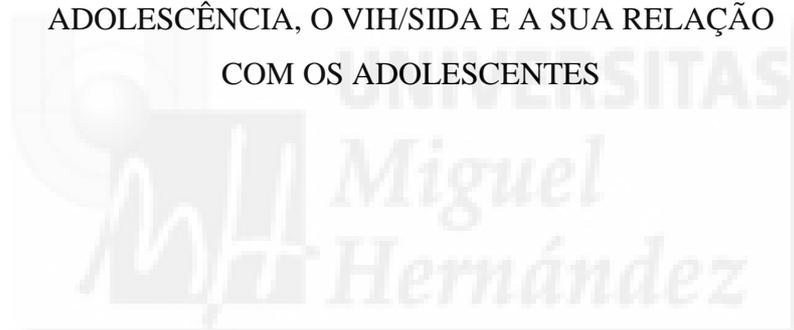
El *HBSC/OMS Health Behaviour in School-Aged Children* desarrolla, de 4 en 4 años, un estudio colaborativo de la OMS que tiene como objetivo evaluar los estilos de vida de los adolescentes portugueses y sus comportamientos en varios escenarios de sus vidas, el último de los cuales fue llevado a cabo en 2010. Ese estudio tiene algunos puntos en común con la presente investigación. Se trata de la recopilación de datos y la información de la encuesta acerca de la educación sexual que los adolescentes tenían en los últimos años en la escuela; la negociación de la sexualidad entre la pareja, las razones que les llevan a tener relaciones sexuales (efectos de alcohol, drogas y la pasión) y el uso y adquisición del condón. En esta perspectiva existe otro estudio hecho en Portugal: “Los adolescentes y el VIH/sida: acerca de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud relacionados con el VIH/sida” de Almeida et al. (2005) que tiene más similitudes con la presente investigación, así como el estudio de Cruz et al. (1997) acerca de: “La prevención del VIH y el sida en los adolescentes

y adultos jóvenes: investigación del conocimiento, las actitudes y el comportamiento sexual”. Otros estudios convergen en este mismo enfoque al tema en cuestión.

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación incluye una batería de instrumentos compuesta por tres escalas y dos cuestionarios, y tiene la intención de analizar y recopilar los datos vastos sobre el VIH/sida a través de las preguntas formuladas a los adolescentes. Por otro lado, se evalúa el comportamiento sexual de los adolescentes ante el VIH/sida y sus conductas sexuales. En cuanto al cuestionario sobre conductas sexuales es importante resaltar que es un instrumento de administración sencilla y extremadamente completo e informativo, que ayuda a la comprensión de la actividad sexual de los adolescentes, teniendo en cuenta también la escala acerca de la salud, específicamente la variable de la ansiedad en la salud, este aspecto se analiza a través de la óptica y de la percepción del adolescente.

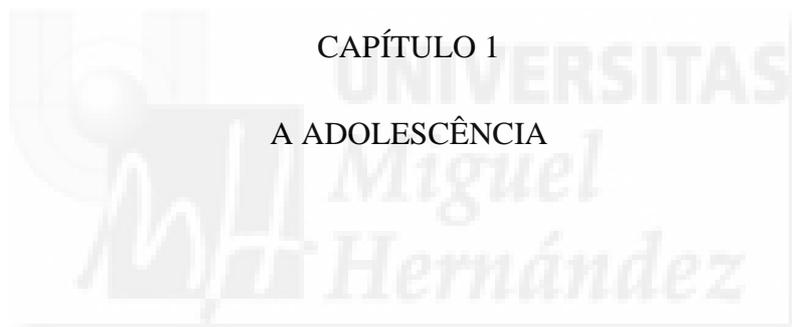
En general, se muestra que el conocimiento revelado por los adolescentes acerca del VIH/sida es superficial y a aquellos que tienen un profundo conocimiento, les falta comportamientos basados en actitudes para la prevención. En cuanto a la salud de los adolescentes se puede considerar como adecuada, pero cuando observamos estratos sociales desfavorecidos verificamos que el conocimiento de ellos en este tema es menor y que su salud normalmente es precaria, ya que están en mayor riesgo en todos los niveles. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este estudio, la lucha contra el sida tiene un largo camino por recorrer, por eso es necesario reflexionar, repensar, evaluar, revisar y cambiar algunas estrategias para el desarrollo de las dimensiones políticas, sociales y económicas. La contribución y la movilización de todos son indispensables para la prevención del VIH/sida con el fin de alcanzar el siguiente nivel que permita parar con las muertes prematuras y que ayuden a los adolescentes a disfrutar de estilos de vida saludables.

PARTE I
ADOLESCÊNCIA, O VIH/SIDA E A SUA RELAÇÃO
COM OS ADOLESCENTES





CAPÍTULO 1
A ADOLESCÊNCIA





1. A ADOLESCÊNCIA

1.1. A evolução do conceito de adolescência

Contrariamente a outras épocas, o período da adolescência é cada vez mais objeto de debate e reflexão. Com a evolução da sociedade, ou com a sua modernização, os adolescentes começam a afirmar-se e a fazer prevalecer a sua voz. Todo este processo decorre ao longo do séc. XX. Surgem polémicas a vários níveis: quer político, económico e religioso. Este movimento faz com que o mundo seja percecionado, através do olhar do jovem adolescente, sob todos os aspetos intrínsecos (Medeiros, 2000).

De acordo com Coutinho (Motta, 2010) “(...) a crise adolescente é um produto típico da nossa civilização”. No passado, esta faixa etária era praticamente inexistente uma vez que não era valorizada. Só mais tarde, no final do século XX, o conceito de adolescente surge na cultura ocidental, impulsionado pela ética individualista romântica. Nesse século, delinearam-se esboços no sentido de definir esta fase do desenvolvimento humano. Ao recuar até à Idade Média, verifica-se que os papéis que eram desempenhados estavam associados ao género e ao âmbito profissional e ditados pela comunidade (Ferreira & Farias, 2010). Os casamentos eram combinados e negociados entre as famílias mais nobres e era comum haver consanguinidade. Este aspeto permitia conservar os bens no interior da família, o que fazia com que os interesses políticos e económicos ditassem este tipo de comportamento social.

Mais tarde, a partir do século IX, este modelo sofre alterações, ao ser definida a linhagem que dava relevo ao ramo principal da família. A sucessão cabia, desta forma, ao descendente mais velho. O casamento cristão tornou-se importante nesta época e os casos de adultério eram punidos. Os mosteiros, onde eram colocadas as raparigas, funcionavam como instituições de controlo da sexualidade. A homossexualidade e a prostituição eram proibidas, bem como o enlace matrimonial entre familiares laicos e o clero (Richards, 1993). É de realçar que, nessa época, o “desenvolvimento era compreendido como um fenómeno quantitativo e não qualitativo”. “As crianças e os adolescentes eram considerados adultos em miniatura”. Quando atingiam os 14 anos, os adolescentes trajavam como adultos e, normalmente, o casamento era consumado. Como a adolescência não era considerada um período particular de desenvolvimento, não havia uma cultura da mesma (Garrod, Smulyan, Powers & Kilkenny, 2010, cit. in Ferreira & Farias, 2010). Com a industrialização e com o desenvolvimento cada vez mais intrincado das sociedades, começou a esboçar-se uma faixa intermédia entre a infância e a idade adulta, tendo em conta a maturidade biopsicossocial do

indivíduo. Esta transformação deveu-se a várias alterações que estão na base da evolução da sociedade (Aries, 1981).

Verifica-se que a universalidade e a homogeneidade da adolescência são colocadas em causa no momento em que são analisadas as diferentes culturas e a evolução da família. As mudanças mais nítidas revelam-se através da relação dos pais com os adolescentes, nomeadamente quanto à duração desta fase e à socialização pretendida pelos pais para os seus jovens, de acordo com cada contexto sociocultural (Braconnier & Marcelli, 2000).

Contudo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como a Organização das Nações Unidas (ONU) definem limites cronológicos. A OMS considera a adolescência a faixa etária compreendida entre os 10 e os 20 anos e a ONU entre os 15 e os 24 anos. Os termos *juventude e adolescência* são utilizados em paralelo (Eisenstein, 2005).

A adolescência caracteriza-se por um período de grandes mudanças e de alguma instabilidade. As perturbações psicossociais do adolescente, tais como os desequilíbrios emocionais, os desvios de comportamento e as perturbações patológicas, surgem nesta fase evolutiva e criam, pela sua frequência, um cenário de certa gravidade social (Matos, 2002). Houve progressos nas últimas décadas, mas também muitas situações de sofrimento, uma vez que os sistemas familiar e a social falharam, o que comprometeu o desenvolvimento saudável do adolescente (Strecht, 2001).

A ONU, em cooperação com determinadas instituições, tem realizado esforços no sentido de analisar a saúde dos adolescentes e jovens, baseando-se em ações de promoção, identificação de falhas em políticas e serviços, destacando várias orientações, diretrizes e abordagens inovadoras, no que concerne à área da saúde nesta faixa etária. O principal objetivo é a melhoria da saúde de forma geral no adolescente (World Health Organization, WHO, 2014).

1.2. Características da adolescência: do corpo infantil ao corpo adulto

Explanando um pouco esta fase quanto às componentes principais que a caracterizam, tanto a nível extrínseco como a nível intrínseco, a adolescência é o fim da infância, uma espécie de linha divisória que inicia o trajeto até à idade adulta. Caracteriza-se por um intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifestam em profundas transformações anatómicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.

As enérgicas alterações físicas e biológicas, que ocorrem nesta fase do desenvolvimento, influenciam todo o processo psicossocial de formação da identidade do

adolescente. *O corpo adolescente* emerge das profundezas de todo este turbulento processo, onde a identidade é, talvez, a tarefa evolutiva mais importante da adolescência. Os comportamentos considerados anormais ou patológicos podem ser vistos como aceitáveis, nesta fase de transição (Brêtas, Ohara, Jardim, & Muroya, 2009).

“ (...) durante a puberdade as raparigas se retiram para dentro de si próprias e começam a pensar nas mudanças prodigiosas que os seus corpos estão a sofrer. Acho que o que me está a acontecer é maravilhoso, e não me refiro apenas às alterações no exterior do meu corpo, mas também às que estão a ocorrer no interior.

(...) as raparigas da minha idade se sentem muito inseguras sobre elas próprias, e estão apenas a começar a descobrir que são indivíduos com as suas próprias ideias, os seus próprios pensamentos e hábitos.” (Frank, 2013, p. 219)

Esta é uma fase vivida com alguma ansiedade. É como se houvesse uma incompatibilidade entre um corpo de adulto que se desenvolve de forma incontornável, e uma mente ainda infantil. A puberdade, fenómeno natural e universal, surge de forma cada vez mais precoce, nos países ocidentais. Na década de cinquenta, esta fase desencadeava-se por volta dos 16,5 anos, na década de sessenta aos 14,5 anos e na década de noventa aos 12,5 anos (Braconnier & Marcelli, 2000).

As principais características das mudanças na puberdade têm a ver com o surgimento de pelos púbicos, mudança na voz dos meninos, aumento dos seios nas meninas e alterações hormonais que provocam a exploração da sexualidade. Existem aspetos físicos que se desenvolvem mais do que outros. Na área comportamental, pode haver uma certa irreverência, desejo de isolar-se, necessidade de estar com o seu grupo, adoção de novas formas de vestir, de falar, de caminhar, bem como oscilações de humor. Este quadro também é acompanhado por uma certa sensação de poder, quanto à perceção de possuir a capacidade de mudar ou controlar o mundo (Lepre, 2003).

As transformações biológicas são acompanhadas de manifestações sexuais que devem ser integradas na personalidade do adolescente. A menarca na rapariga, e as ejaculações involuntárias no rapaz, e depois, a própria masturbação, são manifestações fisiológicas evidentes vinculadas às profundas alterações que se processam psicologicamente. Neste processo, o termo *corpo* é fundamental e chega a ser problemático. O adolescente redescobre o seu corpo, intensifica o ato da masturbação e da fantasia. As mudanças físicas neste período ocorrem de forma tão rápida e profunda que marcam o indivíduo para o resto da vida.

As primeiras experiências constituem um exercício para viver plenamente a sexualidade na juventude ou na fase adulta. Estas alterações corporais e a sexualidade propiciam a aquisição da identidade sexual, que é construída através da representação que o adolescente vai obtendo da sua imagem corporal. Este processo consolida-se mediante a relação que o adolescente tem com o outro (Brêtas et al., 2009). *Quanto à sexualidade a cultura e a sociedade empenham-se em dessexualizar a criança, enquanto esta trata de defender a sua vida instintiva. Refere que o período de latência é um momento de transição, no qual a atividade sexual se mantém através da masturbação e dos jogos heterossexuais e homossexuais entre escolares. No período inicial da adolescência a atividade sexual masturbatória e os jogos intensificam-se* (Aberastury, 1983, p.20).

Por conseguinte, a sexualidade é, efetivamente, evidente nesta fase e é acompanhada de vários ajustamentos, como a aceitação da imagem corporal, a descoberta e partilha de necessidades sexuais, o desenvolvimento da personalidade, a experiência das relações sexuais e a inauguração de um sistema próprio de valores sexuais. Este processo ocorre em paralelo com o constrangimento criado pelo grupo de pares em relação às várias mudanças e pela apreciação atenta deste desenvolvimento sexual pelos pais, enquanto o adolescente se posiciona no mundo (Garcia-Vega, Robledo, García & Izquierdo, 2012).

1.3. À procura da identidade adulta

Uma das primeiras teorias, inspirada na Teoria Evolucionista de Darwin, sobre o estudo da adolescência e bastante contestada, relaciona esta fase como um período da história evolutiva da humanidade - teoria da recapitulação. O desenvolvimento individual atravessa várias fases que correspondem à história da humanidade, desde períodos muito primitivos até ao momento mais evoluído do ser humano. Segundo Hall (1904), a adolescência representava um período da história evolutiva da humanidade, caracterizada por um estado de turbulência transitório. Hall analisou esta fase (ontogénese) a partir do desenvolvimento da espécie (filogénese) e considerou que todas as alterações emocionais vividas tinham por base o surgimento da sexualidade.

O final da adolescência recapitula o começo da civilização moderna, o fim do processo evolutivo e o culminar da maturidade. Para Hall, a adolescência representava um segundo momento, uma vez que, nesta fase, surgem as características essencialmente humanas.

Cabe ao adolescente cumprir uma série de tarefas com êxito, relacionadas com as áreas do conhecimento, emoções, pensamento e comportamentos, de forma a obter sucesso

nas relações sociais. Nesta fase, o adolescente vivencia sentimentos de crise ou conflito, termos designados por Winnicott, e a sua superação é determinante no ajustamento social. O adolescente tem a possibilidade de se inserir em grupos autolimitados, os quais experiencia e vivencia vários sentimentos e, sobretudo, devota a sua fidelidade. O adolescente manifesta uma amálgama de independência rebelde e de dependência. Os dois estados alternam-se, chegando mesmo a coexistir em simultâneo, o que pressupõe um paradoxo (Winnicott, 1993).

Espera-se que, nesta fase, o adolescente desenvolva a sua independência emocional e psicológica, que é realizada de forma gradual. Os adolescentes, de forma geral, reconhecem que não são crianças, mas também não são adultos. Estas mudanças promovem a procura de respostas que auxiliam na construção da identidade.

Jean Piaget, fundador da epistemologia genética, fez prevalecer as duas aquisições importantes desta fase: o pensamento hipotético-dedutivo ou formal e a moral autónoma. É nesta altura que o adolescente pode alcançar o pensamento cognitivo mais evoluído, refletindo, analisando, tendo como suporte a sociedade e o período anterior que ultrapassou (operações concretas). Enquanto a criança está conectada ao momento presente, ao contato com a realidade e utiliza operações mais básicas, o adolescente é capaz de formular hipóteses, construir teorias, ter a capacidade de ultrapassar o concreto, vislumbrar o presente, o futuro e ir mais além. Quanto ao campo moral, o adolescente libertou-se do seu egocentrismo e é capaz de cooperar, ter uma relação de igualdade, respeitando as normas e valores. No fundo, consegue pensar sobre o seu próprio pensamento, em termos cognitivos e morais. Os aspetos particulares desta fase que caracterizam o adolescente têm propriedades altruístas, egocêntricas, de grandiosidade e enigmáticas (Piaget, 1967). Erikson vem propor as crises de desenvolvimento ou estágios psicossociais, tendo por base o contexto sociocultural, ao contrário de Freud, que salienta o desenvolvimento psicosssexual.

É fundamental que estes estágios sejam vividos em pleno ou ultrapassados saudavelmente. A procura de um lugar na sociedade através de um trabalho, de um curso, da integração no seu grupo e da escolha do seu par é incessante. A velocidade com que ocorrem as mudanças físicas é semelhante à procura deste espaço. Os avanços e recuos no seu comportamento, pensamento e personalidade são rápidas e inconstantes. A opinião do outro é valiosa, daí desejar ter o *feedback* do seu grupo quanto à aceitação das suas ideias e da sua identidade (Erikson, 1973).

Ao longo deste decurso crítico, se o processo de identidade estiver concluído, tarefa mais importante da adolescência, o adolescente será capaz de ser estável com os outros, conquistando a lealdade e a fidelidade consigo mesmo, com os seus propósitos, alcançando

assim o senso da identidade contínua (Erikson, 1987). O adolescente vivencia a construção do sentimento de identidade, numa verdadeira experiência de autoconhecimento, a partir da percepção do outro, esta experiência auxilia-o na construção do seu sentimento de identidade. O adolescente necessitou de uma relação funcional com o outro, de amor, vinculação e descoberta para se conhecer, se reconhecer como indivíduo e ter conhecimento da sua real importância (Matos, 1996).

1.4. Adolescência e o rendimento escolar

As taxas de alfabetização e a escolarização da população portuguesa, apesar de se revelarem aquém do desejado, mantêm-se distanciadas dos níveis elevados alcançados por países europeus nos séculos XIX e XX. Estes aspetos têm impactos consideráveis em termos das desigualdades sociais. As desigualdades económicas e escolares desempenham um papel fundamental, uma vez que se encontram intrincadas (Carmo, Cantante & Carvalho, 2010). Sabe-se que o nível educativo depende, em grande medida, do desenvolvimento social, político e económico de um país, que têm repercussões na família, na escola e na comunidade.

A preocupação com o sucesso/insucesso escolar dos alunos em Portugal é relativamente recente, tendo surgido a partir dos anos sessenta. Mesmo que os indicadores posicionem Portugal na cauda da Europa, constata-se que existem mais crianças e jovens a frequentar a escola nas últimas décadas. As razões desta situação precária prendem-se com a baixa natalidade e com o abandono escolar. Em 2011 verificou-se uma convergência na escolarização de ambos os géneros, com uma diferença pouco significativa. A maioria da população portuguesa ainda não atingiu o nível correspondente à escolaridade obrigatória de 9 anos e, se o ritmo se mantiver esse patamar só será atingido após 2021 (Justino et al., 2014).

Quanto ao rendimento académico nos vários sectores, verifica-se por ordem decrescente, a taxa de insucesso escolar nos filhos de produtores agrícolas, operários, agricultores com exploração, empregados dos serviços, patrões, quadros médios e, por último, os filhos dos quadros superiores e das profissões liberais e especialmente dos professores. A escolarização dos pais, o estímulo escolar, a motivação do aluno, o acesso ao material escolar, a aculturação, a condição geográfica em relação à escola e outras variáveis, contribuem para o positivo ou nefasto desempenho escolar.

De acordo com um estudo realizado em escolas públicas de Nova Iorque, cujo objetivo visava compreender o que tornava determinadas escolas eficazes, conclui-se que se os alunos, por alguma razão, tinham dificuldade em apreender a matéria, estes, as suas famílias bem como a classe social donde provinham não eram objecto de censura ou crítica. O relevo incidia na análise, compreensão de lacunas e na sua assunção. Quando algo exposto não tinha o êxito desejável, a tarefa era interrompida e outro plano era colocado em prática. A tónica era colocada no método escolar (Gonçalves, 2007).

Esta problemática passou a ser admitida como uma falha de toda a comunidade escolar, deixando de lado questões como a desmotivação dos alunos, o desinteresse e a incapacidade para argumentar sobre o abandono e o insucesso escolar.

As escolas possuem um modelo único de ensino para populações heterogéneas o que dificulta a aprendizagem de crianças e jovens que provêm das mais diversas condições socioeconómicas. Surge a dicotomia entre escola modelo-padrão versus modelo-aluno-padrão. Estudos predizem, sem qualquer ambiguidade, que infelizmente, são sempre os mesmos alunos a terem sucesso escolar, o que corresponde à classe média e classe média alta, gerando-se assim uma clivagem. Os pais com mais qualificações profissionais e académicas empenham-se na educação escolar dos seus filhos, utilizando métodos adequados. Os pais com dificuldades financeiras não têm recursos nem disponibilidade para proporcionar uma boa educação aos filhos (Osonwa, Adejobi, Iyam & Osonwa, 2013).

Estas crianças e jovens das camadas sociais mais baixas, com resultados negativos, que reprovam constantemente e abdicam da escola, enveredam pelo trabalho infantil qualificável, o que provoca um aumento do desemprego na faixa etária mais jovem. Por sua vez, outro estudo realça a psicopatologia, aspeto importante, uma vez que grande parte das perturbações mentais dos adolescentes resulta no abandono, na desadaptação e no insucesso escolar. A *Young Minds*, organização inglesa para a promoção da saúde mental de crianças e jovens, dirigida por Peter Wilson, realizou um estudo e verificou que, numa escola secundária com aproximadamente 1000 alunos, 50 apresentavam sintomatologia depressiva e 100 apresentavam sofrimento psicológico. Os distúrbios alimentares, como a anorexia e a bulimia, atingiam cinco a 10 raparigas e as perturbações obsessivo-compulsivas afetavam entre 10 a 20 alunos. À volta de 20 a 50 jovens manifestavam distúrbios de comportamento com quadro de pré-delinquência, e finalmente, 10 alunos apresentavam ideação suicida. Estima-se que, em Portugal, os números sejam semelhantes e com tendência para aumentar. Os adolescentes são vítimas de problemas familiares e sociais como já referido; o seu bem-estar emocional é quase inexistente, o que não lhes permite ter a motivação necessária para

sentirem prazer em aprender, em reter a informação e aplicá-la. Estes aspetos são independentes do desenvolvimento cognitivo de cada um, apesar de afetá-lo (Strecht, 2001).

1.5. Adolescência e os vários tipos de famílias

Por mais alterações, mudanças acentuadas na composição, construção e funcionamento da família em termos sociais, políticos, ideológicos, religiosos e culturais há sempre dois aspetos no cerne familiar que subsistem. Um deles tem a ver com desenvolvimento do ser humano na família: o nascer, crescer, reproduzir-se, viver e envelhecer, que continua ao longo de gerações, transmitindo vida. O outro aspeto consiste no sentir-se “bem consigo próprio” e “bem com os outros”. Portanto, no contrabalançar a individuação e a socialização (Fontaine, 1989, cit. in Marchand & Pinto, 1997).

A família é uma instituição historicamente constituída, que ao longo do tempo tem sofrido modificações em função das transformações económicas, culturais e sociais. Este desenvolvimento suscita a construção de diferentes subjectividades que fazem com que se tenha em conta a compreensão da evolução da família e os seus marcos históricos. O termo *família* vem do latim *famulus* e significa escravo doméstico, expressão que os gregos-romanos criaram na altura em que surge a agricultura e a escravidão legal. Vários grupos de pessoas eram regidos por um chefe, caracterizando, assim, esse sistema familiar. A religião tinha um papel fundamental na forma como a civilização romana estava dividida em grupos familiares, mesmo quando não ditava as regras de como a civilização deveria estar estruturada. Na Grécia, as famílias ligavam-se estritamente à organização política da cidade. As mesmas, ao se agruparem, constituíam, por sua vez, fratrias e tribos. A influência ou autoridade da mulher era quase nula. Destinada à estagnação e à insipiência, não tinha qualquer intervenção jurídica. Como tal, o poder era, incontestavelmente, atribuído ao homem. Mais tarde, na idade média e a partir do século IV, o cristianismo ficou reconhecido como a religião oficial de quase toda civilização ocidental. O culto foi transferido para as capelas e a figura masculina perdeu algum poder absoluto.

A Igreja e o Estado formavam uma unidade. O casamento era importante e qualquer outra forma de união era repudiada. O matrimónio estava centrado na continuação da família através da reprodução. A organização familiar passou a estar cada vez mais no âmbito da esfera da atuação da Igreja (Silva, n.d.). As crianças ficavam com a sua família até aos sete/nove anos, altura em que passariam a trabalhar na casa de outras famílias, onde aprendiam algum ofício e começavam a ocupar-se de uma função. Os casamentos eram

ditados pelos pais. Havia interesse ou conveniência em formar o casal e o poder paternal imperava na *família tradicional*. Com a Revolução Industrial, surgem grandes mudanças: os centros fabris atraem as pessoas e as crianças começam a frequentar a escola, enquanto os idosos são integrados em instituições. Os casamentos surgem por amor e evidencia-se o romantismo. Surge a família nuclear e a preocupação com o desenvolvimento saudável da criança. A *família moderna* surge no século XVIII, e mantém-se até atualmente com várias transformações.

No século XX, com a emancipação das mulheres e a reivindicação da igualdade de direitos entre ambos os sexos, os papéis desempenhados tanto pelo homem como pela mulher começam a ser redefinidos e a mulher começa a ganhar um estatuto vincado na sociedade.

Na década de 60, surge a pílula como método contraceptivo e a sexualidade deixa de estar intimamente ligada à reprodução. A mulher exige o direito ao prazer sexual e age acreditando nos seus interesses, protesta o desejo de ser escolhida em detrimento de escolher o seu próprio parceiro, e envolve-se na procura da identidade da sua própria família. Na década de 80, surgem novas técnicas reprodutivas que têm algum poder no planeamento familiar. A mulher e a criança passam a ter constitucionalmente os seus direitos estabelecidos e reconhecidos, pelo menos no papel, e ainda a possibilidade de reconhecimento da paternidade através do exame de ADN, que, nos anos 90, introduz ou intensifica as tensões na posição do progenitor no interior da família (Pratta & Santos, 2007).

De forma geral, os indivíduos unem-se numa procura de relações íntimas e de realização sexual. A família está unida por laços de amor e o casal junta esforços para cuidar da criança. Os cônjuges só permanecem na relação se houver amor e com a pretensão de focar a atenção na criança – *família contemporânea* (Simionato & Oliveira, 2003). No século XXI, o casamento é caracterizado como uma forma de estabelecer e prolongar os laços entre o casal, considerado um espaço onde há investimento emocional e íntimo (Pratta & Santos, 2007).

A família é um espaço privilegiado de individualização e de socialização, onde significativas dimensões da interação, como a linguagem, a comunicação e os contatos corporais, entre as pessoas, são elaboradas, aprendidas e vivenciadas. É um núcleo complexo de relações, de emoções e afetos, positivos e negativos, amor, sexualidade, fraternidade, entre todos os seus membros. E é neste processo de vivência de constantes interações e relações afetivas que os seus elementos despertam para os elos que os ligam entre si e, conseqüentemente, para o sentimento de pertença a essa família e não a qualquer outra (Alarcão, 2002). Contudo, a família está há algum tempo em crise. Quando se reflecte acerca

da família, visualiza-se um casal que se une através dos tempos por uma união, tem filhos da mesma e possui familiares ou parentes que se podem juntar ao grupo nuclear. “Os membros da família estão unidos por laços legais; direitos e obrigações económicas, religiosas e de outro tipo; uma rede precisa de direitos e proibições sexuais, além duma quantidade variável e diversificada de sentimentos psicológicos, tais como amor, afeto, respeito, temor.” (Lévi-Strauss, 1977, cit. in Oliveira, 2002, p.21).

Um inquérito realizado pelo Instituto Francês de Opinião revelou que passado um ano após o casamento, 70% dos homens e 78% das mulheres encontravam-se desiludidos. Após três anos, a percentagem aumenta para 89% e 90%, respetivamente. Na década de 70, na Europa, um em cada cinco casais divorciava-se (Denoel, 1969, cit. in Seruya, 2013). Mesmo assim, muitas pessoas continuam a casar-se, na esperança de manter esta união (Oliveira, 2002).

Por sua vez, o último recenseamento de 2011, referente aos dados do estado civil nas famílias portuguesas, constatou por um lado, a diminuição dos divórcios em quase 3% e dos casamentos 10%, face a 2010. Por outro lado, o aumento das uniões de facto de 7% para 13%, no período de 2001 a 2011. Há cada vez menos casamentos religiosos. Contudo, o número de casamentos civis mantém-se estável nos últimos anos. Os censos revelam que o número de casados aumentou até 1981. O recenseamento de 1991 assinala a primeira quebra desta tendência. Outros dados do INE Instituto Nacional de Estatística, mostram a descida acentuada dos casamentos nos últimos anos: em 1995, registaram-se 65 mil (69% católicos, 31% civis); em 2011, o número passou para 36 mil (40% católicos e 60% civis). A idade média para o casamento continua a aumentar em ambos os sexos: 31,3 anos para os homens e 28,9 anos para as mulheres.

Quanto às “novas formas de famílias”, o Gabinete dos Censos esclarece que os questionários “foram objeto de apreciação” pela Comissão Nacional de Proteção de Dados, que “emitiu a decisão no sentido de suprimir a informação sobre as variáveis relacionadas com a união de facto, entre pessoas do mesmo sexo e entre pessoas de sexo diferente, por se enquadrarem na esfera de dados sensíveis, designadamente de dados sobre a vida privada” (Albuquerque, 2013, p.3).

1.6. Um novo conceito de família

A família tradicional está a ser ultrapassada por novas formas de famílias que surgem, como é o caso das famílias adotivas e dos casais homossexuais. De assinalar, também, as famílias monoparentais, que resultam de situações de viuvez, divórcio e solteiros que optam por educar os filhos sozinhos. Em 2005, estas famílias representavam 20% do total de todas as famílias e são o produto da aparição de novos processos ideológicos e tecnológicos, de libertação sexual, de maior compreensão das necessidades e direitos das crianças, de uma vivência mais individualista, da emancipação da mulher e da igualdade de géneros.

O divórcio em Portugal tem vindo a aumentar e foi formalizado em 1975 (sendo, portanto, relativamente recente). Um indivíduo divorciado tem tendência a contrair novo matrimónio e tendo, geralmente, filhos da relação anterior, constitui com eles uma nova família, designada de família reconstituída.

A união de facto é semelhante ao casamento, não implica, a existência de qualquer contrato escrito, podendo ser realizada por pessoas do mesmo sexo e, embora se estabeleça como comunhão plena de vida, no plano pessoal, o mesmo não se aplica no plano patrimonial. O casamento, por seu lado, excetuando o regime de separação de bens, é um contrato de comunhão de vida pessoal e patrimonial.

Nas famílias unipessoais: a par do divórcio, da viuvez e do facto de um indivíduo ser solteiro, existem as famílias unipessoais que, no período entre 1991 e 2001, constituíam aproximadamente 45% das famílias portuguesas. Os sujeitos que vivem sozinhos, resultado de várias causas, constituem uma tendência cada vez maior, sobretudo no género feminino mais jovem, pois nas camadas femininas mais idosas a vivência com os filhos em situação de divórcio ou viuvez ainda é bastante frequente.

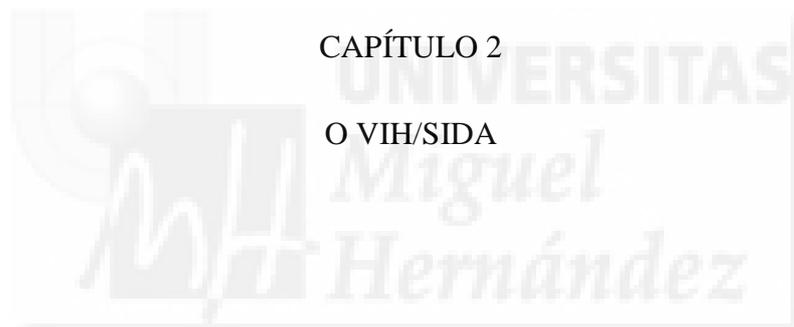
A família nuclear constituída pelo casal e os filhos é cada vez mais generalizada, em detrimento do que se verificava há um tempo atrás onde os tios, avós e outros membros coabitavam juntos. Há uma tendência para os sujeitos da faixa etária compreendida entre os 20 e os 29 anos viverem sós ou em situação de casal sem filhos ou com um filho apenas, assistindo-se a um reduzido número de jovens desta faixa etária a viverem com a sua família de origem. Os jovens pretendem autonomizar-se, serem independentes financeiramente, o que faz com que a paternidade seja prorrogada (Figueiredo, 2010). De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística, 2007, a percentagem de famílias com um só filho rondava os 53,7%, com dois filhos 34,4% e com três ou mais filhos 11,9%. Em 26,1% dos casamentos realizados em 2005 existiam filhos anteriores ao casamento, sendo que a idade

média do nascimento do primeiro filho era aos 27,5 anos. As novas organizações familiares foram surgindo ao longo do tempo e constituíram-se obedecendo a fatores temporais, económicos, históricos e sociais. O tradicional conceito de família, vigente até às décadas de 60/70, está em decadência, dando lugar a novos tipos de famílias cada vez mais frequentes na sociedade.



CAPÍTULO 2

O VIH/SIDA





2. O VIH/SIDA

2.1. A sida

O embate desta epidemia tem trazido alguma sobrecarga ao sistema de saúde, bem como fracasso nos setores de atividade económica, social e a fragilização das famílias. Em suma, um número crescente de pessoas debilitadas, assim como crianças órfãs e vulneráveis. “O VIH/ sida é uma doença de enorme impacto psicológico, que combina três conceitos com elevada carga emocional: doença incurável, morte prematura e práticas sexuais diversas” (Douce & Teixeira, 1993, cit. in Grilo, 2001, p.101). As infeções sexualmente transmissíveis são conhecidas desde a antiguidade, havendo descrições realizadas pelo imperador chinês Huang Ti, em 2637 a.C., como algo semelhante à gonorreia. Nos escritos de filósofos como Hipócrates e outros filósofos médicos gregos são descritos comportamentos que evidenciam cuidados de higiene pessoal e monogamia controlada como forma de prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, designadas de doenças venéreas. Não há certezas absolutas se os nossos antepassados cromagnon há 20.000 foram acometidos por estas doenças, mas essa hipótese é questionável. Contudo, os povos egípcios tinham conhecimento das mesmas e os papiros de Kaum, com textos antigos de medicina, descrevem sintomas de infeções sexualmente transmissíveis. Mais tarde, as doenças venéreas foram reconhecidas em África, nas então colónias portuguesas, sobretudo no pós-guerra (1914-1918), altura em que havia grande concentração de militares deslocados do seu meio. Os hábitos sociais foram modificados negativamente, havendo uma intensificação da prostituição e comportamentos sexuais de risco (Tavira & Atouguia, 2006).

2.2. A descoberta da sida

O VIH é um elemento relativamente novo no elenco das infeções sexualmente transmissíveis, pois é em 1980 que os médicos se apercebem de uma “nova” doença. A descoberta de que estava associada à sexualidade, ao sangue e à droga gerou um forte impacto em várias áreas (Grmek, 1994). Em junho de 1981 foram publicados no *Centers for Disease Control and Prevention* um conjunto de cinco casos de pneumonia em jovens homossexuais de Nova Iorque e Califórnia (CDC, 2014, 2011). Em dezembro de 1981, casos semelhantes surgiram em utilizadores de drogas injetáveis e, até julho de 1982, outros casos surgiram, mas em hemofílicos e em imigrantes haitianos heterossexuais. Nesse mesmo ano,

foi conhecido o primeiro caso de doença associada à transfusão sanguínea, durante a gravidez (de mãe para filho) e na altura do nascimento. Mais tarde, foram descritos casos nas principais cidades da Europa, também em homossexuais e utilizadores de drogas. Em África, só a partir de 1984 é que a epidemia tornou-se visível e, mais tarde, em 1986 irromperia com toda a evidência (Barros, 2007).

2.3. O vírus da sida/VIH

A sida afeta a população mundial. O PEPFAR & Global HIV/AIDS (2013) estima que 35,3 milhões de pessoas no mundo vivem atualmente com o VIH/sida, incluindo 2,1 milhões de adolescentes entre os 10 e os 19 anos e 3,34 milhões de crianças. A maior parte destas crianças vive em países da África Subsariana e não tem acesso às formas de prevenção e tratamento do VIH/sida. A sida é a mais grave manifestação clínica das doenças de forma geral, evoluindo para as doenças oportunistas e as neoplasias e, de seguida, é a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana. A sobrevida é variável: existem muitos indivíduos infetados que desenvolvem a sida no período de 10 anos e cerca de 1% a 5% permanecem relativamente saudáveis e assintomáticos por um período superior a 10 anos (Fernandes et al., 2005). Nos Estados Unidos da América as doenças pulmonares e a diabetes *mellitus* já não encabeçam o topo das doenças responsáveis pela morte prematura, mas sim a sida, que lhes tomou a dianteira (Beaglehole, Bonita & Kjellstrom, 2003).

Existem dois tipos de vírus: VIH-1 e VIH-2, que têm a sua origem nos vírus da imunodeficiência dos símios (VIS), um grupo de vírus distribuídos por várias espécies de macacos, gorilas e chimpanzés. As epidemias de infeção por VIH-1 e VIH-2 são o resultado de transmissões víricas cruzadas do macaco para o homem, são relativamente recentes e ocorreram em diferentes ocasiões e locais (Antunes, 2011). A origem simiesca do VIH-1 é possível, mas não está demonstrada. Contudo, pensa-se que o VIH simiano possa ser uma mutação que estivesse contida noutros macacos durante milénios e que, eventualmente por determinadas circunstâncias, retirou-se do seu nicho ecológico, adaptando-se na floresta, posteriormente aos macacos, animais domésticos e, de seguida, ao homem (Veronesi, 1991).

Determinados macacos são caçados, manipulados e ingeridos, sem esquecer que existem contatos acidentais entre macacos e humanos. A transmissão interespecífica do retrovírus poderia ocorrer destas formas. Segundo uma investigadora, na sua descrição sobre os hábitos sexuais dos povos que vivem na região dos Grandes Lagos de África, para estimular um homem, ou uma mulher e provocar neles uma atividade sexual intensa, é-lhes

inserido nas coxas, na zona púbica ou nas costas, sangue colhido de um macaco, para um homem, e de uma macaca, para uma mulher.

Também tudo leva a crer que, devido à utilização das células renais dos macacos, a preparação de vacinas e as intervenções cada vez maiores nos mesmos fizessem com que a transmissão ocorre-se tanto na floresta africana, num centro de criação ou num laboratório ocidental (Grmek, 1994). Enquanto o VIH-1 provoca uma verdadeira pandemia disseminada por todos os continentes, a infeção por VIH-2 tem distribuição quase restrita à Guiné-Bissau, países circundantes de África Ocidental e alguns países europeus, onde se inclui Portugal, a França e a Espanha (Antunes, 2011). A infeção por VIH-1, tendo em conta as suas características clínicas e epidemiológicas, é considerada mais grave e está proliferada pelo mundo. A doença tomou as características de uma doença “crónica” com um tratamento a longo prazo e uma adesão ao tratamento praticamente irreprovável (Fernandes, 2007).

O vírus da sida é igual a outro vírus, porém a sua especificidade reside no facto de fixar-se em células designadas de CD4, um tipo especial de linfócitos que produzem anticorpos para defender o organismo de agentes patogénicos. As células CD4 enfraquecem e acabam por morrer até ao ponto que o organismo fica debilitado e suscetível a doenças oportunistas (Espada & Quiles, 2002). Os níveis de ARN (ácido ribonucleico) plasmático são indicadores da magnitude da replicação do VIH e conseqüente taxa de destruição dos linfócitos CD4. A contagem de linfócitos CD4 indica a extensão do dano imunitário ocorrido. Medições periódicas destes dois parâmetros são necessárias para determinar o risco de progressão da doença e para decidir quando iniciar ou modificar a terapêutica (Oliveira & Silvestre, 2002).

2.4. Fases da doença

O indivíduo portador passa por quatro fases desde que é infetado. Num primeiro momento surge a infeção inicial, ou designada de precoce ou aguda, quando o sistema imunológico reage na tentativa de eliminar o vírus, produzindo anticorpos específicos contra a sida. Cerca de 15 a 60 dias após a infeção, pode surgir um conjunto de sinais e sintomas semelhantes a um estado gripal. Na fase seguinte, ocorre a resolução da fase aguda. Há estabilização da carga viral com níveis variados. Este aspeto é definido pela velocidade de replicação do vírus. Os anticorpos não são detetados mediante análises e, nesta fase, o indivíduo pode transmitir o vírus (Espada & Quiles, 2002).

Na fase assintomática, também conhecida por infecção precoce pelo VIH, o estado clínico básico é mínimo ou inexistente. A abordagem clínica prende-se com a história clínica prévia, analisando outras problemáticas, como hipertensão arterial, diabetes, doença pulmonar, doenças hepáticas, renais, intestinais, infeções sexualmente transmissíveis, tuberculose e outras doenças endémicas, perturbações psiquiátricas, tendo em conta o uso prévio ou atual de medicamentos. Uma avaliação psicológica é pertinente para a compreensão do perfil emocional e psicossocial do paciente, orientando-o de forma mais adequada.

Na fase sintomática, podem instalar-se doenças oportunistas, pois o vírus VIH provoca imunossupressão no organismo, que pode culminar em doenças agressivas e graves. Há situações em que a progressão para a sida é rápida (dois/três anos), havendo também sujeitos que pertencem ao grupo de progressores lentos ou não progressores (Fernandes et al., 2005). Quanto ao sistema de classificação globalmente aceite para a infecção por VIH, inicialmente publicado pelo U.S. *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em 1986, baseia-se em critérios específicos que estão associados à infecção por VIH (CDC, 2008).

Este sistema de classificação foi desenvolvido tendo em atenção a vigilância da saúde pública e revelou ser uma ferramenta epidemiológica muito útil desde há vários anos. Em 1993, a classificação do CDC foi revista e, desde então, a definição clínica de sida nos Estados Unidos da América (mas não na Europa) tem sido alargada, para incluir os doentes infetados pelo VIH com uma contagem de células CD4 menor do que 200 células/ μ l ou uma percentagem total de linfócitos inferior a 14%. A atual classificação do CDC classifica os indivíduos com base nas condições clínicas e na contagem de linfócitos T CD4. Existem três categorias clínicas (A, B, C) e três categorias para os linfócitos T CD4 (1, 2, 3).

Para crianças com idade inferior a 13 anos, existe um sistema de classificação revisto e modificado para a infecção por VIH. Apesar da existência do sistema CDC, a OMS também publicou um sistema de classificação para a infecção por VIH: a classificação da WHO, que constitui uma abordagem alternativa para ser aplicada em cenários com recursos limitados e está a ser largamente utilizada em África e Ásia (Kamps & Hoffman, 2006).

A “demência” da sida é um quadro caracterizado pela primeira vez em 1983, por Snider e colaboradores, como uma encefalite subaguda com manifestações demenciais marcadas (Sá, 2004). Os sintomas mais comuns e o perfil neurológico são caracterizados pela seguinte tríade: disfunção cognitiva, lentificação psicomotora e alterações do comportamento.

Os sintomas precoces e mais relevantes são as alterações de memória (Price, 1988, cit. in Sá, 2004).

2.5. Formas de transmissão do vírus

Existem diferentes métodos laboratoriais, que através de diferentes marcadores, permitem saber quando um indivíduo está infetado. O teste que usualmente é utilizado consiste na deteção de anticorpos em circulação, produzidos contra o VIH. Para o VIH-1 os anticorpos da classe IgG, não neutralizantes, são detetados seis a 12 semanas após a infeção, surgindo em mais de 95% dos indivíduos infetados ao fim de seis meses. Os testes estão preparados para detetar a pesquisa de marcadores de infeção para ambos os vírus.

Em Portugal, para detetar os anticorpos presentes na corrente sanguínea, utilizam-se métodos padrão, designados ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*), extremamente sensíveis e específicos, com muito poucos falsos resultados negativos. Quando um teste é positivo, é necessário confirmar com outro teste ELISA. Se ambos forem positivos, é importante utilizar, ainda, outro teste com uma metodologia diferente denominado *Western blot* que deteta anticorpos para as proteínas do VIH. Existem exames mais específicos como o PCR (*Polymerase Chain Reaction*) e a cultura viral, utilizados em casos onde há discordância dos resultados (Cardoso et al., 2003).

A forma de transmissão do VIH pela via sexual ocorre quando o indivíduo é infetado através do sangue (ferida, corte), sémen, fluidos vaginais, provavelmente, dos fluidos pré-ejaculatórios dos seropositivos. É necessária uma “porta aberta”, como uma ferida ou um corte, para que o vírus possa ser transmitido. A transmissão por via sexual nas relações heterossexuais é mais comum do homem para a mulher, do que o contrário, porque o sémen é mais virulento do que os fluídos vaginais. A transmissão pode ocorrer em todos os tipos de relações: vaginal, anal ou oral, já que as secreções vaginais ou esperma, mesmo quando não invadem o organismo, podem facilmente introduzir-se em pequenas feridas e cortes existentes na vagina, ânus, pénis e boca. As relações sexuais com mais riscos são as anais, especialmente para o indivíduo recetor (Barros, 2007).

A transmissão sanguínea ocorre quando consumidores de estupefacientes partilham seringas ou agulhas que podem estar infetadas. Normalmente, quando estão angustiados e necessitam de consumir e muitas das vezes não possuem o material esterilizado (Espada, Martínez & Medina, 2000).

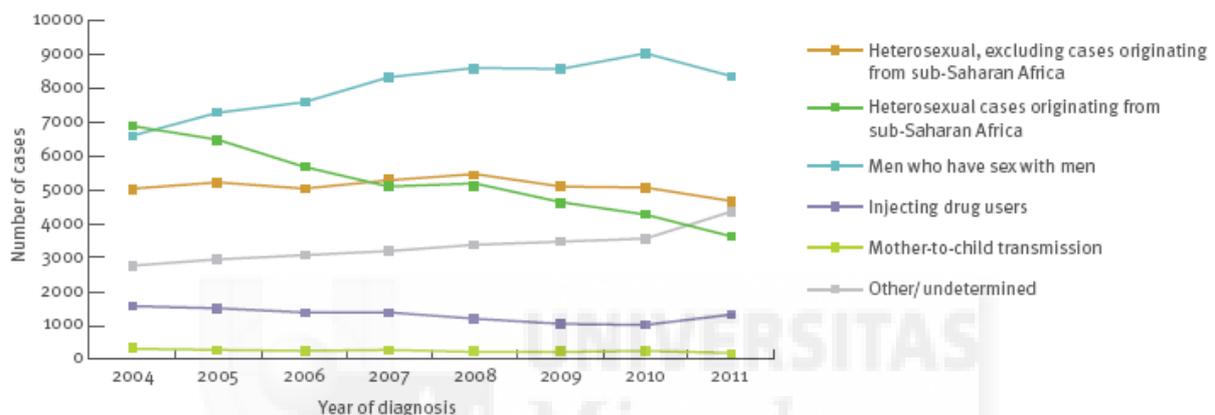
Outro grupo que corre sérios riscos são os hemofílicos. A hemofilia é uma doença em que há uma deficiência no processo de coagulação do sangue. Esta doença compromete a capacidade normal de cicatrização. Na hemofilia grave a coagulação é lenta, os tecidos da zona lesionada podem ficar danificados e pode não ocorrer cicatrização. Nestes casos, as hemorragias internas são comuns. O tratamento consiste em repor a atividade coagulante em falta na corrente sanguínea dos hemofílicos, através da utilização de um produto derivado do plasma de outros dadores. Antes da medida imposta pela Saúde Pública para realizar o rastreio de anticorpos anti-VIH a todas as amostras de sangue colhidas para fins terapêuticos, muitos hemofílicos adoeceram. Um grande número de hemofílicos tornou-se portador assintomático e um número relativamente elevado adoeceu com a sida. Desde 1984, esta doença tornou-se num problema sério para estes pacientes (Jones, 2004).

Outra forma de transmissão acontece de mãe para filho, designada de transmissão vertical. A transmissão ocorre por via transplacentar ou por transfusão sanguínea materno-fetal, especialmente quando há deslocamento da placenta; transmissão intraparto, quando a criança é infetada durante o trabalho de parto ou no período de expulsão, através do contato da pele ou das mucosas do bebé com o sangue materno ou de outros fluidos infetados. Por último a transmissão pós-parto, pelo aleitamento materno, em que se estima que 20% das crianças que não foram infetadas durante o parto podem infetar-se posteriormente. A transmissão vertical de VIH ocorre, na maioria dos casos, durante o parto, de acordo com diversos estudos. Por sua vez, cerca de 65%, deste tipo de transmissão tem lugar durante o período de gestação, cerca de 35% basicamente nas últimas semanas e, no período do aleitamento materno, este tipo de transmissão pode atingir à volta de 7 a 22% dos casos. São vários os fatores que contribuem para o aumento do risco de transmissão: a carga vírica da mãe nas secreções cervicovaginais e no leite materno, o seu estado clínico e imunitário, existência de infeções sexualmente transmissíveis, a rotura prolongada das membranas amnióticas, aspetos comportamentais, como a utilização de estupefacientes, relações sexuais sem proteção e com múltiplos parceiros. Quanto aos aspetos intrínsecos referentes ao recém-nascido, como prematuridade e baixo peso no nascimento, podem ser condicionantes no aumento do risco de infecção pelo VIH (Antunes, 2011).

Na Europa (países pertencentes à OMS), a forma de infeção mais frequente é a transmissão sexual heterossexual. No entanto, no espaço específico da União Europeia e na área Económica Europeia, a transmissão sexual homossexual é a forma mais habitual de transmissão do VIH.

No que se refere à forma de transmissão pelos utilizadores de drogas, houve uma redução de 40%. Porém, alguns países assistiram a um aumento gradual deste tipo de transmissão, nos últimos dois a três anos, como se pode constatar no gráfico abaixo (Figura 1). A transmissão de mãe para filho apresenta um valor baixo, tendo havido inclusive, uma redução em 2011 para 16%. O número de casos devido à transfusão de sangue e os seus produtos também apresenta um valor baixo, registando-se uma diminuição de 30%, exemplificado no gráfico (Surveillance Report, 2011).

Figura 1. Formas de infeção do VIH mais frequentes na Europa.



Data not included from Estonia, Italy, Poland, Spain.

Fonte: HIV/AIDS, Surveillance in Europe 2011.

O acesso ao tratamento do VIH aumentou para 63% a nível mundial, somente nos últimos dois anos. Os indivíduos tiveram acesso ao tratamento antirretroviral pela primeira vez, pois o financiamento internacional para o tratamento do VIH manteve-se estável.

Determinados países conjugaram uma série de esforços na área da inovação, da eficiência e do aumento dos investimentos domésticos, que contribuíram para suportar o rápido crescimento do acesso ao tratamento. Os preços dos medicamentos reduziram drasticamente, a partir de 10 000 dólares por indivíduo na última década para 100 dólares por ano em alguns países.

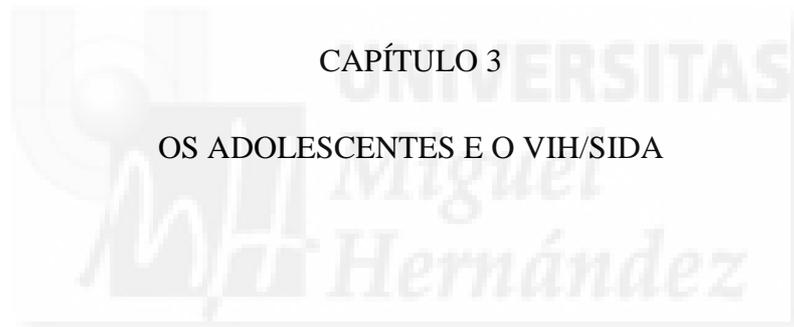
Todavia, a diferença entre os indivíduos que efetivamente acedem ao tratamento e aqueles que carecem do mesmo é de 46%. O preconceito e a discriminação constituem uma barreira na realização de testes e no aconselhamento da doença. A procura de ajuda na prevenção e no tratamento por parte dos indivíduos tem aumentado bastante, reduzindo a disponibilidade no acesso ao tratamento (UNAIDS, 2012).

Apesar dos estudos em laboratórios médicos e da aprofundada investigação em termos de fármacos, como exemplo do zidovudina que é um medicamento dispendioso e que retarda o efeito da sida, a taxa de mortalidade continua a ser elevada (Beaglehole, Bonita & Kjellstrom, 2003). Não há nenhum fármaco ou vacina que derrote a doença. Contudo, o rastreio dos dadores de sangue, a informação adequada na prática de relações sexuais protegidas e a restrição da partilha de seringas são bons métodos de controlo da disseminação da doença.



CAPÍTULO 3

OS ADOLESCENTES E O VIH/SIDA





3. OS ADOLESCENTES E O VIH/SIDA

3.1. Conhecimento que os adolescentes têm sobre o VIH/sida

O adolescente inicia a sua atividade sexual cada vez mais cedo, tendo em conta os últimos 25 anos, o que significa que corre riscos em idades mais precoces, quando é ainda bastante vulnerável. Existem muitos indivíduos infetados com o VIH na faixa etária dos 20 aos 30 anos. Uma vez que o vírus fica inativo no organismo à volta de 10 anos, pensa-se que estes indivíduos se infetaram durante a adolescência (Veronesi, 1991). O grupo de adolescentes e jovens tem sido pouco estudado, quando comparado com os grupos de minorias étnicas, os homossexuais, os profissionais de saúde, de medicina e outros. O grupo de adolescentes pode tornar-se num grupo de alto risco, tendo em conta que existem muitos jovens que têm múltiplos parceiros, na altura em que a sua sexualidade começa a desabrochar, e onde há o desejo de experienciar (Keefe et al., 1990 cit. in Cruz et al., 1997). “Os padrões de atividade sexual, as mudanças anatómicas e fisiológicas e o abuso de drogas, são alguns dos fatores que contribuem para aumentar o estatuto de risco dos adolescentes” (Hein, 1987, Vilaça & Cruz, 1996 cit. in Cruz, Vilaça, Sousa, Melo, Araújo, Dias, Freitas & Ruivo, 1997, p.2).

Estudos indicam que o grupo de adolescentes apresenta um grau variado de conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais relativos ao VIH/sida que pode conduzir a consequências nefastas em relação à sua saúde quando o comportamento é de risco (Dias, 2005). Num estudo realizado sobre o comportamento e prevenção do VIH iniciado em Portugal, em 1992, por Cruz et al. (1997), com 1700 estudantes do ensino secundário e ensino superior de ambos os sexos, verificou-se que é no que respeita ao conhecimento que possuem sobre os meios de transmissão do VIH/sida, apenas cerca de 40% sabia que, no período de aleitamento, a mãe pode transmitir o VIH ao filho; cerca de 50% sabia que as pessoas saudáveis pertencentes a grupos de risco não devem doar sangue; apenas cerca de 30% não sabia que o VIH não pode transmitir-se por transplante de tecidos e órgãos de indivíduos infetados; cerca de 20% dos sujeitos acreditava que um indivíduo tem de ter muitos parceiros sexuais para se expor à transmissão do vírus e só cerca de 60% sabia que a exposição ao VIH por parte dos utilizadores de droga não se devia ao facto de o vírus estar contido nas drogas injetáveis.

Não se verifica diferenças significativas quanto ao grau de conhecimento dos sujeitos em função do ano de escolaridade, idade ou sexo.

A maior parte dos sujeitos reconheceu que o VIH está concentrado no sangue e nos fluidos sexuais, que debilita o sistema imunitário, que um seropositivo pode realizar as suas rotinas normalmente se tiver alguma precaução e que os heterossexuais também estão expostos à doença. Uma elevada percentagem respondeu incorrectamente à questão que a sida é uma debilitação do sistema imunitário e mais de metade não tinha conhecimento que um indivíduo recém-infetado não apresenta logo manifestações clínicas da doença.

Num outro estudo, realizado, também em Portugal com um grupo de 677 alunos universitários, concluiu-se que o conhecimento que os jovens têm sobre as infeções sexualmente transmissíveis é insuficiente. As doenças mais conhecidas são as que são mais divulgadas pelos *mass media* e pelo Ministério da Saúde (n.d.). Os jovens conseguem determinar um conjunto adequado de infeções sexualmente transmissíveis, contudo possuem um nível de conhecimento precário sobre as mesmas e não as sabem caracterizar. Ao questionar sobre o nível de informação que possuem em relação às infeções sexualmente transmissíveis, a maior parte respondeu que está suficientemente informado (66,8%), apesar do baixo grau de conhecimento diagnosticado. Um grupo de 29% de jovens assumiu estar pouco informado e um valor ainda que mínimo de 1,3% refere não ter qualquer conhecimento sobre este tipo de doenças, apesar dos currículos escolares abordarem esta temática (Remoaldo, Sousa, Boas & Santos, 2004).

Resultados semelhantes também foram obtidos numa pesquisa realizada por Brasil et al. (2000) com 127 jovens da faixa etária compreendida entre 13 e os 20 anos, de ambos os sexos, que avaliava as mudanças no comportamento sexual dos adolescentes decorrentes do surgimento da infeção em contexto social. Quanto à informação adquirida pelos adolescentes, os resultados apontam para um bom nível de informação, mas para um nível de consciência insatisfatório. Os resultados apontaram que 71% do sexo masculino e 63% do sexo feminino revelaram um nível satisfatório de informação, 30% dos jovens do sexo feminino e 25% de adolescentes do sexo masculino com um nível abaixo e 7% dos adolescentes do sexo feminino e 4% dos adolescentes do sexo masculino com um nível insatisfatório.

Voltando ao estudo português sobre possibilidade de contrair a doença, um número significativo de 66,3% jovens revelou estar preocupado com a possibilidade de infetar-se, ao passo que 26,9% consideraram não estar preocupados, este valor é significativo e preocupante.

Quanto à atividade sexual dos jovens e a sua relação com as infeções sexualmente transmissíveis, 46,4% afirmaram já ter iniciado a sua vida sexual, e nunca tendo sido diagnosticada nenhuma infeção sexualmente transmissível. Quatro estudantes, 0,8%

revelaram já ter contraído uma infecção sexualmente transmissível (gonorreia, fungos, hepatite, e herpes genital) tendo três informado o seu parceiro aquando do diagnóstico.

Quanto à frequência com que os jovens utilizam o preservativo nas relações sexuais, dos 46,4% que afirmaram ter uma vida sexualmente ativa, 31,2% mencionaram usá-lo sempre. 9,3% dos jovens afirmou nunca ter usado o preservativo, o que é grave, e 5,9% não respondeu à questão. Estes valores mesmo, que baixos, são considerados alarmantes e denotam o pouco interesse que os jovens têm com a sua saúde e pelo risco de vida que correm, revelando pouca importância na procura de informação/formação. Ainda relacionado com estes fatos, o tema morte, além de ser considerado tabu, está bastante longe do pensamento do adolescente e a cultura ocidental intensifica esta situação. O sentimento de onipotência vivido na fase da adolescência, a dificuldade em lidar com as mudanças corporais, as novas possibilidades que vão surgindo relacionadas com a sexualidade interferem com o comportamento sexual mais saudável do adolescente. Verifica-se que há um maior número de raparigas a terem relações sexuais mais cedo do que os rapazes, apesar de haver uma tendência para a redução deste comportamento em ambos os sexos, no período de 2004-2009, aspeto salientado no gráfico abaixo.

Figura 2. Número de jovens que têm sexo antes dos 15 anos e comportamentos sexuais de risco.



Fonte: Unaid. (2011). *Unaid World AIDS Day Report*. Autor

3.2. Formas de prevenção do VIH

Autores portugueses concluem que é importante dar atenção aos grupos de “baixo risco”, que poderão constituir grupos de “alto risco”, como é o caso dos adolescentes e dos jovens heterossexuais. A compreensão das atitudes dos jovens, do conhecimento que possuem, dos seus valores, dos seus comportamentos é fundamental para obter premissas quanto à forma como diferem entre si. Na área do comportamento sexual, aspetos relacionados com a sua sexualidade, fatores situacionais e consequências da atividade sexual são pertinentes para avaliar as suas condutas sexuais. As necessidades e características específicas, como o sexo, o meio social de onde provêm, o estatuto socioeconómico, a idade, a formação, a fase de desenvolvimento em que se encontram são fatores que contribuem para encontrar ou manter novas formas de prevenção, destinadas a obter resultados na redução de comportamentos de alto risco.

A relação que o adolescente mantém com o seu grupo de referência e os valores intrínsecos no interior do mesmo, bem como a pressão exercida pelo mesmo ou por determinados elementos, são aspetos fundamentais para determinar quais os aspetos a alterar em relação ao comportamento e às atitudes do adolescente face ao VIH/sida. É imprescindível, também, verificar o papel da influência social no risco de transmissão do VIH. A implementação e a monitorização de estratégias e programas de educação, de prevenção de comportamentos sexuais de risco e de mudança de condutas e atitudes, baseados em modelos teóricos bem fundamentados, são pertinentes para se chegar ao jovem de forma mais eficaz (Cruz et al., 1997). Em Portugal, “são necessários dados para apoiar a continuação dos programas que demonstraram serem eficazes e para evitar a proliferação de programas percecionados como eficazes, quando na realidade não o são. Novas e mais eficazes estratégias de mudança do comportamento necessitam de ser desenvolvidas de uma forma rápida, avaliadas cuidadosamente e disseminadas rapidamente para o “terreno” por forma a abrandar a pandemia global do VIH” (Choi & Coates, 1994 cit. in Cruz et al., 1997, p.302).

É importante que as campanhas de prevenção sejam menos generalistas e alargadas ao âmbito das escolas, universidades, e associações recreativas (Remoaldo et al., 2004). Basicamente as ações de prevenção primária estão orientadas para modificar as condutas de risco, tendo com objetivo quebrar a cadeia de transmissão e controlar a epidemia. Através dos vários estudos, comprova-se que os fatores que interferem nas condutas sexuais de risco são múltiplos. Entre eles os fatores cognitivos, a forma como a informação sobre o VIH é retida

e, posteriormente utilizada na capacidade e habilidade de negociação entre um casal de adolescentes perante um comportamento de risco.

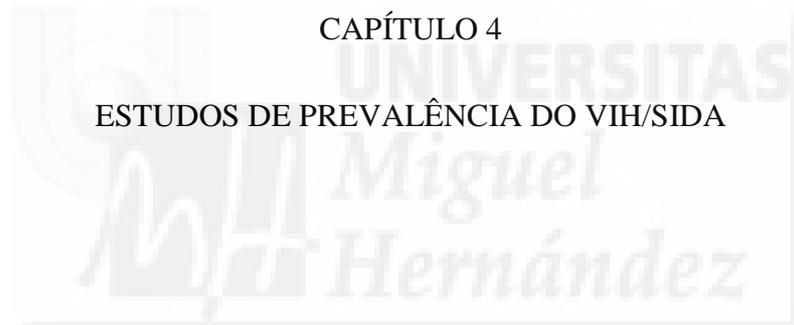
Apesar dos esforços realizados no sentido de contrariar os resultados, o VIH continua a ser uma das doenças sexualmente transmissíveis que é prevalente na adolescência e cujas condutas de risco são facilitadoras da infeção pelo vírus entre a população jovem. É imprescindível que a prevenção futura abranja todas as variáveis intrínsecas aos comportamentos saudáveis, dando ênfase à parte cognitiva (Espada, Quiles & Méndez, n.d.). Contudo, apesar dos jovens terem conhecimento sobre o VIH e as formas de transmissão, tal veracidade não acarreta a modificação do comportamento. O investimento da componente cognitiva na mudança de comportamento trouxe desilusões ao ponto de se sentir algum fracasso na prevenção educativa. Desta forma, optou-se pela implementação de uma estratégia de carácter mais prático, e designada de *teoria da diminuição do dano* a qual consiste em aproximar-se da população jovem (trabalho em campo) e abordar questões como a utilização do preservativo, a sua aquisição e outros pontos, bem como apostar na promoção de programas de limpeza e troca de seringas. Este tipo de programas são alvo de atenção no mundo e com resultados cada vez mais positivos (Soto Mas, Marin, Papenfuss & León, 1997).

O trabalho relativo à prevenção do VIH é árduo e longo e continua a ser realizado no sentido dos jovens manterem-se informados e escolherem o comportamento sexual mais saudável, não comprometendo a sua vida. As crianças, jovens e adultos devem ser mais bem informados a vários níveis, para que possam ter uma sexualidade mais centrada na vida e não na doença/morte (Saito, 1996, cit. in Brasil et al., 2000).



CAPÍTULO 4

ESTUDOS DE PREVALÊNCIA DO VIH/SIDA





4. ESTUDOS DE PREVALÊNCIA DO VIH/SIDA

4.1. Prevalência do VIH/sida a nível mundial

A sida foi reconhecida em 1981 pelo Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos e o vírus foi identificado na primeira metade da década. Desde a sua descoberta, o mundo tem sido assolado por milhões de mortes. O VIH/sida afeta todas as pessoas sem distinção de raça, género, idade e estatuto social e a sua maior incidência recai em países subdesenvolvidos e, especialmente em vias de desenvolvimento e continua a ser um dos mais graves problemas de saúde pública.

No princípio deste século, foi estabelecida uma das medidas mais significativas que foi elevar a saúde no desenvolvimento do programa mundial. Esta vertente trouxe o reconhecimento da sida como epidemia de impacto histórico, propulsionando esforços incomensuráveis a nível mundial para cessar e retroceder o sentido da epidemia.

Mas, ao longo do tempo verifica-se êxitos e fracassos. A maioria das pessoas que vive com o VIH tem direito ao tratamento antirretroviral. Porém, este direito nem sempre é estendido a toda a população, particularmente com maiores dificuldades para populações em situação de risco. Contudo, os resultados indicam que os esforços realizados para aumentar o acesso de pessoas ao tratamento antirretroviral tem tido sucesso. No final de 2013, quase 13 milhões de pessoas tiveram acesso ao tratamento antirretroviral e a ONUSIDA, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/sida, tem a expectativa que a tendência seja cada vez mais progressiva (ONUSIDA, 2013).

Os líderes reconhecem que, quando o acesso à realização de testes para detetar o VIH, o tratamento e a prevenção são otimizados, o que inclui muitas cidades à volta do mundo, há uma redução incomparável da incidência de novos casos pelo VIH e de mortes (UNAIDS, 2014). A ONUSIDA considera que, atualmente após três décadas de epidemia existem todos os meios necessários para erradicar o VIH/sida. Esta segurança é consensual e é fundamentada em aprendizagens passadas e extensos avanços científicos.

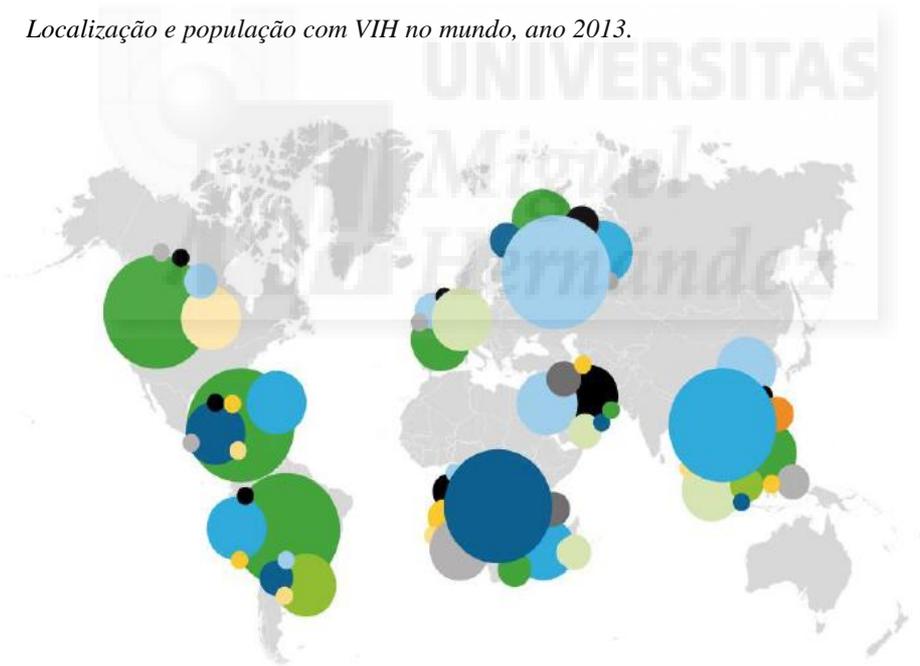
Se o mundo acelerar a abordagem a esta adversidade nos próximos cinco anos será possível extinguir a epidemia em 2030, cita o relatório “Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030” da ONUSIDA. Segundo esta estratégia, evitar-se-ia aproximadamente 28 milhões de infeções por VIH e 21 milhões de mortes relacionadas com a sida. Entre os objetivos está atingir até 2020, os denominados "90-90-90": 90% das pessoas a viver com VIH que têm conhecimento da sua fase, 90% das pessoas que estão infetadas a realizar

tratamento e 90% das pessoas em tratamento com cargas virais suprimidas. Outros objetivos incluem, ainda, a redução anual da taxa de incidência de novas infecções em mais de 75% e o alcance de uma taxa de discriminação zero (UNAIDS, 2014).

Quanto à estimativa da prevalência do VIH em determinados grupos esta é 28 vezes superior em utilizadores de drogas, 12 vezes superior em profissionais do sexo, 19 vezes superior entre os homossexuais masculinos e homens que praticam sexo com outros homens e 49 vezes superior em mulheres transexuais do que no resto da população adulta.

Para uma melhor compreensão da prevalência do VIH/sida a nível mundial e das suas flutuações, é conveniente observar os dados epidemiológicos provenientes de várias regiões do mundo. O mapa permite obter uma distribuição geográfica sobre o VIH/sida e os grupos que são mais afetados pelo VIH, de acordo com os diferentes países, em função da população, cultura e o nível de desenvolvimento de cada região. A continuação é apresentada na figura 3 segundo os últimos dados de ONUSIDA (2013).

Figura 3. *Localização e população com VIH no mundo, ano 2013.*





Fonte: ONUSIDA, 2013

A ONUSIDA (2013), aponta cinco indicadores que manter-se-ão no desenvolvimento do milénio: a percentagem de jovens que vivem com a sida, a utilização do preservativo durante a última relação sexual de alto risco, a assistência social aos órfãos e a cobertura do tratamento antirretroviral. Verifica-se que o número de pessoas que estão infetadas com o VIH continua a decrescer e a variar consideravelmente entre regiões e países de todo o mundo. No final de 2013, 35 milhões de pessoas viviam com o VIH, tendência que tem sido cada vez mais notória, uma vez que há um maior acesso à terapia antirretroviral. O tratamento antirretroviral impossibilita as pessoas diagnosticadas com VIH de transmitirem o vírus ao parceiro sexual e permite-lhes viver mais tempo e com uma saúde mais satisfatória (OMS, 2013). A incidência de novos casos de VIH era cerca de 2,1 milhões (1,9 milhões a 2,4 milhões) em 2013 e o declínio começou a surgir em 2001, quando havia cerca de 3,4 milhões (3,3 milhões a 3,6 milhões) de novas infeções. Só nos últimos três anos houve uma redução de 13%. Nos 82 países em que os dados fornecidos foram fiáveis, esta queda foi significativa: em 10 países cerca de 75% e 50% em 27 países. É de salientar que, em muitas regiões, o sistema de registo de casos de VIH poderia ter sido introduzido recentemente ou, então, funcionava no passado mas de forma elementar, o que pode influenciar a autenticidade das estimativas.

De forma global, cerca de quinze países são líderes pela maior parte de novos casos de infeção pelo VIH, que corresponde a 75%, à volta de 2,1 milhões de novas infeções no ano de 2013 (ONUSIDA, 2013).

Em todo o mundo, há vinte e dois milhões de pessoas infectadas, portanto três em cada cinco não têm acesso ao tratamento antirretroviral. A OMS publicou um conjunto de diretrizes e presta apoio aos países para formular e implementar políticas e programas para favorecer e expandir a prevenção, tratamento, cuidados e apoio a todas as pessoas infectadas com o VIH (OMS, 2013).

A continuação é apresentada na figura 4 que descreve a situação epidemiológica de diferentes regiões, segundo o último relatório da ONUSIDA (2013).

Figura 4. Situação epidemiológica segundo determinadas regiões do mundo. Dados comparativos de 2012 e 2001, com idade superior aos 15 anos.

		Estimativa de pessoas 15+ que vivem com VIH	Estimativa de novas infeções - pessoas 15+
África Subsahariana	012	22100000	1400000
	001	19400000	2100000
Sudoeste Asiático	012	3900000	250000
	001	3700000	370000
Oceânia	012	51000	1800
	001	37000	3900
América Latina	012	1400000	84000
	001	1300000	90000
Caribe	012	230000	12000
	001	250000	25000
Europa Central e Ocidental	012	860000	29000
	001	590000	-----
América do Norte	012	1300000	48000
	001	970000	46000
Global	012	35300000	2000000
	001	30000000	2800000

Fonte: ONUSIDA, 2013

Nas crianças, está a ser extremamente difícil controlar a incidência de novos casos por VIH. No ano de 2013, cerca de 240 mil crianças (210 mil a 280 mil) estavam infetadas com VIH, menos 58% de novos casos relativamente ao ano de 2002. No mundo, existem cerca de 3,2 milhões (2.9 milhões a 3.5 milhões) menores de 15 anos a viver com o VIH. Das crianças infetadas, 76% não está a fazer o tratamento antirretroviral. Nos jovens, 4 milhões (3600000 a 4600000) vivem com o VIH, dos quais 29% são adolescentes correspondentes à faixa etária compreendida entre 15 e os 19 anos. É de sobrelevar que, das 35 milhões de pessoas que vivem com o VIH, 24,7 milhões (23500000 a 26100000) vivem em África subsaariana, ponto do planeta que é assolado de forma profunda por esta pandemia.

Existem 16 milhões (15200000 a 16900000) de mulheres com 15 anos e com mais idade infetadas com o VIH, sendo que, 80% dessas mulheres vive naquele território. As adolescentes e mulheres jovens são responsáveis por uma em cada quatro novas infeções pelo VIH. Nos adultos, um em cada 20 vive com o vírus na região. A vulnerabilidade para o risco de infeção é mais comum entre as adolescentes e as mulheres jovens, sendo que a transmissão heterossexual é a principal responsável. Ainda, neste território a aquisição de métodos contraceptivos é agudamente limitada, unicamente oito preservativos por ano a cada adulto sexualmente ativo. Nos jovens, este condicionamento é maior. Noutras áreas como na Ásia e no Pacífico, quase 4.8 milhões de pessoas (4.1 milhões a 5.5 milhões) vivem com o VIH, embora a prevalência regional seja de 1/17, comparativamente à África subsaariana. No Caribe, 1,1% (0,9 a 1,2%) de adultos viviam com VIH no final de 2013. No que diz respeito à Europa Oriental e Ásia Central, o número de novas infeções começou a aumentar no final da última década, após permanecer relativamente estável por vários anos (há a enfatizar um pico inicial no ano de 2000). As novas infeções por VIH têm aumentado progressivamente no Médio Oriente e Norte da África e são motivo de grande inquietação. Desde 2001, as novas infeções pelo VIH aumentaram 31%, passando de 19 000 (14000 a 25000) para 25000. Na Europa Ocidental e América do Norte, a incidência de novas infeções pelo VIH aumentou 6% (ONUSIDA, 2013). A ONUSIDA continua em progresso contínuo e preserva os objetivos vinculados de atingir zero novas infeções, zero discriminações e zero mortes relacionadas com o VIH/sida.

4.2. Prevalência do VIH/sida na Europa

A infeção pelo VIH representou um grande impacto para a saúde pública na Europa. Em 2011, foram diagnosticados com VIH 53 974 indivíduos de 50 a 53 países da Região Europeia pertencentes à OMS, dos quais 28 038 foram referenciados pelos países da União Europeia e do Espaço Económico Europeu. Não foram recebidos dados de Liechtenstein, Mónaco, Rússia e Uzbequistão. Os resultados apontam para necessidade de alguma diligência, uma vez que a transmissão do vírus permanece em alguns países: na Região Europeia da OMS, 7,6 diagnósticos por 100 000 habitantes, na União Europeia e Espaço Económico Europeu, 5,7 diagnósticos por 100 000 habitantes.

A forma como o vírus é transmitido varia de região para região. Na Europa, o principal modo é através da transmissão heterossexual, enquanto na União Europeia e Espaço Económico Europeu é através da transmissão sexual de homem para homem. Tem havido uma redução do número de casos, embora em vários países do Oriente se tenha verificado um aumento. Em 2011, na União Europeia e no Espaço Económico Europeu, registaram-se 28 038 diagnósticos de VIH, o que corresponde a uma taxa de 5,7 por 100 000 habitantes.

Quanto aos 4 países com a taxa mais alta de VIH, há a destacar a Estónia, seguida pela Letónia, Bélgica e, por último, Reino Unido. As menores taxas referem-se à República Checa e à Eslováquia.

Desde o início da epidemia do VIH na UE/EEE, houve 297 388 casos diagnosticados em indivíduos do sexo masculino e 119 977 em indivíduos do sexo feminino. Mais de 10% dos diagnósticos de VIH referem-se à população mais jovem entre os 15 e os 24 anos. A maior proporção de diagnósticos de VIH corresponde à transmissão sexual de homens com homens, com um valor de 39%, seguido da transmissão heterossexual, com um valor de 23%. A taxa de diagnósticos de VIH por 100 000 habitantes parece ter permanecido relativamente estável ao longo do tempo, com uma taxa de 6,5 por 100 000 habitantes, em 2004, portanto 27 996 casos, e, em 2011, 6,2 por 100 000 habitantes, portanto 30 960 casos.

Quanto à forma de transmissão mais predominante, há a salientar que houve um aumento na transmissão homossexual, mas de homem com homem, para 33%, desde 2004. Em contraste, o número de casos com VIH em indivíduos utilizadores de drogas injetáveis diminuiu para 40%, apesar de haver um ligeiro aumento relacionado com os surtos na Grécia e Roménia. Também houve uma redução no número de diagnósticos de VIH pelo contato heterossexual, pela transmissão vertical e em situações de infeção devido a transfusões

sanguíneas como pode verificar-se na figura 5. Esta diminuição teve continuidade no tempo entre 2004 e 2011.

Figura 5. Casos de VIH no espaço europeu (RE, OMS e EU/AEE) de acordo com a categoria de transmissão.

Characteristics of HIV diagnoses reported in the WHO European Region and the EU/EEA, and by geographical area, 2011

Geographical areas Reporting countries/ number of countries	WHO European Region 50/53	West 22/23	Centre 15/15	East 13/15	EU/EEA 29/30
Number of HIV diagnoses	53974	26204	2997	24773	28038
Diagnoses per 100 000 population	7.6	6.5	1.6	22.4	5.7
Percentage aged 15–24 years	11.1%	10.1%	16.8%	11.4%	11.0%
Male-to-female ratio	2.0	2.9	4.3	1.3	3.0
Transmission mode (percentage)					
Heterosexual	45.8%	37.9%	25.7%	56.7%	22.7%*
Men who have sex with men	21.5%	40.1%	27.3%	1.1%	38.7%
Injecting drug use	19.7%	4.2%	8.2%	37.6%	5.4%
Unknown	11.6%	16.7%	35.7%	3.3%	18.7%

No data from Monaco, Liechtenstein, Russia, Uzbekistan; countries with no data on age and transmission mode are excluded.
* Excludes individuals (13%) originating from sub-Saharan African countries.

Fonte: HIV/aids, Surveillance in Europe, 2011, ECDC, EUROPA.

O total do número de casos é relativamente menor do que o número real, devido a uma notificação incompleta do *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), OMS. Na Europa de Leste, foram notificados 46% de casos com VIH, na Europa Ocidental 49% e na Europa Central 6% de casos. A taxa (casos por 100 000 habitantes) foi maior na Europa de Leste, em 22,4 diagnósticos com VIH.

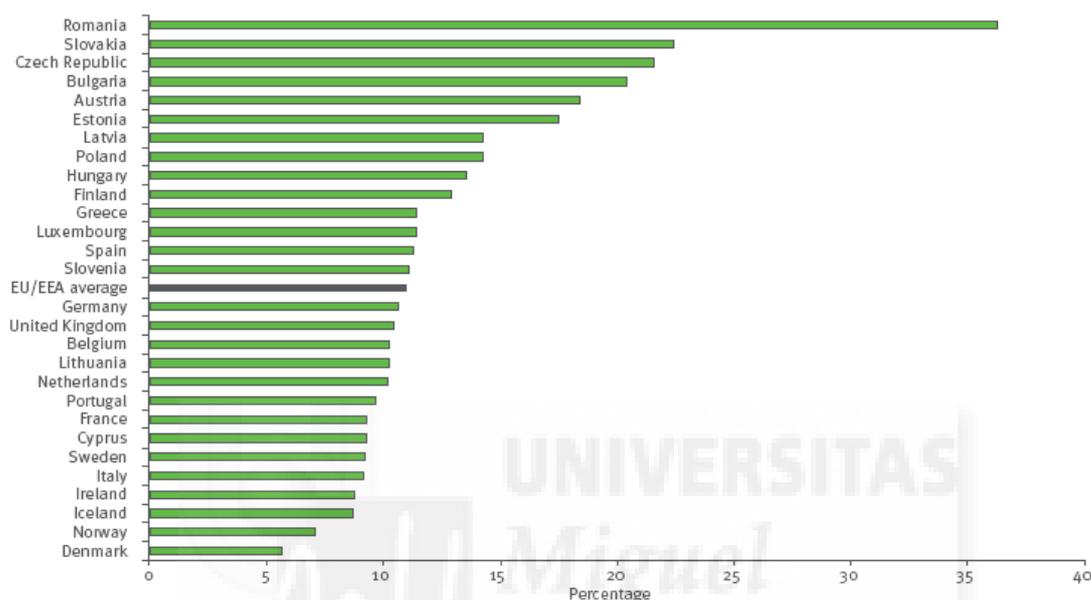
Desde o início da epidemia, foram relatados à OMS Escritório Regional para a Europa e ECDC um total de quase 780 000 casos de VIH. No ano de 2011, 11% dos casos com VIH referiam-se a jovens entre os 15 e os 24 anos de idade, e na transmissão heterossexual desses mesmos jovens de 2 casos por 100 000 habitantes. Na Europa de Leste, quanto à transmissão heterossexual, 1,3 casos por 100 000 habitantes e na Europa Central 4,3 casos por 100 000 habitantes.

A maior parte dos casos de VIH deve-se à transmissão heterossexual, com um valor de 46%, apesar de haver grande heterogeneidade em zonas sub-regionais da Europa. Por exemplo, 20% dos casos de VIH foram diagnosticados em utilizadores de drogas injetáveis, 22% dos casos da transmissão homossexual de homem com homem, 1% na transmissão vertical e outras formas de transmissão (infecção nosocomial, transfusão sanguínea). Para 12% dos casos, a transmissão era relatada como desconhecida. Na Europa de Leste, a transmissão homossexual de homem com homem mantém-se a via principal, seguida pela transmissão heterossexual. Há fortes evidências do aumento da transmissão homossexual de homem com

homem. Na Europa Central o número de casos de VIH permanece baixo e estável (Surveillance Report, 2011).

A figura 6 faz referência à percentagem de jovens diagnosticados com VIH na EU/AEE na faixa etária dos 15 e os 24 anos.

Figura 6. *Percentagem de adolescentes e jovens diagnosticados com VIH na EU/AEE, faixa etária 15-24 anos.*



Fonte: HIV/AIDS, Surveillance in Europe 2011

4.3. Prevalência do VIH/sida em Portugal

Tendo em conta que Portugal pertence à UE e ao AEE a deslocação da população ao espaço territorial europeu e vice-versa ocorre com grande frequência. Os contatos travam-se, na maior parte das vezes, sem precaução, havendo disseminação do VIH. O sistema nacional de notificação de casos de infeção por VIH teve início em 1985, recolhendo informação para os casos em todos os estádios clínicos. A notificação manteve-se de caráter voluntário até 1 de fevereiro de 2005, data em que a infeção por VIH integrou a lista de doenças de declaração obrigatória (Instituto Nacional de Saúde, 2012).

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2012), no Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas, foram recebidas notificações de 1707 casos de infeção pelo VIH referentes a 1551 novos casos e a 156 casos em que se verificou evolução da doença, no período de 1 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2012. Dos casos recebidos 776 foram diagnosticados em 2012 e os restantes 931 diagnosticados em

anos anteriores. A maioria das notificações corresponde a casos de portadores assintomáticos, com um valor 903 indivíduos, e casos pela transmissão heterossexual, à volta de 1009 indivíduos. Os casos relacionados com a transmissão vertical elevaram-se com um total de 70 indivíduos, muitos deles relativos a casos diagnosticados em anos anteriores, mas ainda não notificados.

Abaixo, apresenta-se uma tabela com casos de infeção pelo VIH de 2002 a 2012, distribuídos segundo a residência e ano de diagnóstico. Tendo em conta a distribuição geográfica, os dados da residência à data da notificação, disponíveis para 97,6% dos casos registados, apontam para os três distritos com maior número de casos acumulados de infeção: o distrito de Lisboa, com 16 745 casos, de seguida o distrito do Porto, com 8 637 casos e o distrito de Setúbal, com 5 168 casos, exemplificado na figura 7.

Figura 7. Casos de infeção do VIH em Portugal (segundo o distrito) e no resto do mundo de 1983-2012.

Residência	≤ 2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	%
Aveiro	496	79	92	75	62	74	90	73	74	65	55	1 235	2,9
Beja	177	24	14	19	22	15	2	6	11	18	4	312	0,7
Braga	601	90	77	91	72	85	63	58	61	65	39	1 302	3,1
Bragança	96	8	5	10	9	12	7	4	9	2	0	162	0,4
Castelo Branco	138	20	14	12	9	10	14	6	5	6	8	242	0,6
Coimbra	406	57	56	36	60	46	38	59	43	46	26	873	2,1
Évora	176	7	7	11	12	10	5	14	4	2	2	250	0,6
Faro	1 137	113	107	95	123	129	107	111	93	107	74	2 196	5,2
Guarda	78	6	5	10	7	9	5	5	7	4	4	140	0,3
Leiria	606	58	64	38	56	47	49	42	32	32	24	1 048	2,5
Lisboa	9 846	780	820	739	754	726	769	728	707	557	319	16 745	39,3
Portalegre	82	4	13	9	13	12	3	2	2	0	2	142	0,3
Porto	5 141	495	468	440	435	427	395	302	270	166	98	8 637	20,3
Santarém	469	80	52	61	43	55	56	37	37	46	16	952	2,2
Setúbal	3 428	249	205	232	210	183	174	168	146	121	52	5 168	12,1
Viana do Castelo	168	9	17	7	6	8	16	12	12	11	9	275	0,6
Vila Real	150	15	19	18	21	14	15	20	20	14	7	313	0,7
Viseu	283	29	21	17	25	29	26	17	16	23	9	495	1,2
Açores	150	21	18	18	29	21	35	17	14	10	8	341	0,8
Madeira	251	24	34	33	31	32	40	33	21	3	0	502	1,2
África	83	11	5	4	10	13	10	10	5	4	4	159	0,4
Europa	41	1	1	2	2	2	2	0	0	2	0	53	0,1
América do Norte	6	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	8	0,0
América do Sul	12	0	0	1	1	0	0	2	0	1	0	17	0,0
Ásia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Oceania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Não referida	694	40	33	19	34	22	62	61	16	16	16	1 013	2,4
Total	24 715	2 220	2 147	1 997	2 046	1 983	1 983	1 787	1 605	1 321	776	42 580	100

Fonte: Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P (31 de dezembro 2012).

No que se refere aos casos de sida, de acordo com a distribuição geográfica, e segundo a figura 8, Lisboa é o distrito que apresenta maior número de casos acumulados,

40,8%, seguido pelo Porto, com 22,2%, e, por último Portalegre, que é o distrito que tem o menor número de casos de sida notificados. Nos últimos 10 anos, verificou-se idêntica distribuição dos casos de sida.

Figura 8. Casos de sida em Portugal, (segundo o distrito) e no resto do mundo de 1983-2012.

Residência	≤ 2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	%
Aveiro	203	27	34	29	16	18	22	17	17	15	20	418	2,4
Beja	55	8	5	8	7	5	0	4	5	3	0	100	0,6
Braga	186	42	24	45	32	26	20	8	17	28	15	443	2,5
Bragança	41	3	0	4	3	8	2	1	4	2	0	68	0,4
Castelo Branco	62	4	5	2	5	3	4	3	0	1	3	92	0,5
Coimbra	177	18	13	9	11	12	13	11	3	10	9	286	1,6
Évora	80	2	4	5	7	7	0	4	1	1	0	111	0,6
Faro	359	40	41	40	38	35	24	27	27	30	18	679	3,9
Guarda	44	1	2	3	3	1	2	1	2	1	2	62	0,4
Leiria	232	24	21	13	14	9	16	5	12	8	8	362	2,1
Lisboa	4 759	318	321	287	273	218	223	198	224	165	97	7 083	40,8
Portalegre	22	3	4	2	6	4	1	1	0	0	1	44	0,3
Porto	2 409	262	225	221	170	156	140	96	89	47	34	3 849	22,2
Santarém	223	41	18	18	12	11	12	7	12	18	3	375	2,2
Setúbal	1 550	132	92	116	82	64	53	41	48	34	20	2 232	12,8
Viana do Castelo	81	5	6	5	2	5	6	4	1	3	5	123	0,7
Vila Real	55	5	9	7	7	4	6	6	11	4	2	116	0,7
Viseu	126	14	7	6	11	12	10	9	5	9	2	211	1,2
Açores	62	4	7	8	7	4	10	4	4	2	1	113	0,7
Madeira	93	10	15	6	6	10	11	9	5	3	0	168	1,0
África	52	3	1	0	5	4	4	3	2	2	1	77	0,4
Europa	25	0	0	2	0	1	1	0	0	1	0	30	0,2
América do Norte	5	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	7	0,0
América do Sul	9	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	10	0,1
Ásia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Oceania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Não referida	179	13	16	6	15	11	30	25	7	6	6	314	1,8
Total	11 089	979	870	842	732	630	610	485	496	393	247	17 373	100

Fonte: Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P (31 de dezembro de 2012).

Quanto aos casos de infeções detetadas de acordo com as várias faixas etárias, tendo em conta a figura 9, para o total de casos acumulados, verifica-se que a idade média à data de diagnóstico é de 36,1 anos variando 0, idade mínima a 88 anos, idade máxima, sendo a idade mediana de 34 anos. A idade mediana para os indivíduos do sexo masculino é de 34 anos e para os indivíduos do sexo feminino é de 33 anos. De forma geral verifica-se que no ano de 2012, houve uma redução drástica do número de casos de infeção: 776 nas várias faixas etárias.

A faixa etária que corresponde ao maior número de casos de infeção situa-se no intervalo 30-34 anos, nos indivíduos do sexo masculino, e a faixa etária que corresponde ao

maior número de infeções nos indivíduos do sexo feminino situa-se no intervalo 25-29 anos, com um valor de 2221. O sexo masculino apresenta um valor significativamente superior nos casos de infeção pelo VIH, em relação ao sexo feminino (31 255 para 11 312).

Figura 9. Casos de Infeção do VIH em Portugal de acordo com a faixa etária e o sexo.

Casos de infeção VIH (1983 – 2012): distribuição por grupo etário segundo ano de diagnóstico e total acumulado por sexo

Grupo etário	Ano de diagnóstico											Sexo			Total	
	≤ 2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Masculino	Feminino	NR	Nº	%
0 – 11 meses	136	16	10	5	6	6	7	6	6	4	2	95	107	2	204	0,5
1 – 4 anos	79	10	5	3	3	3	4	2	6	0	0	47	68	0	115	0,3
5 – 9 anos	46	1	1	0	4	5	5	5	3	2	2	44	30	0	74	0,2
10 – 12 anos	16	1	3	3	3	1	0	2	2	1	0	21	11	0	32	0,1
13 – 14 anos	28	1	1	0	0	2	1	2	1	0	0	23	13	0	36	0,1
15 – 19 anos	685	44	36	32	28	27	31	32	25	16	14	500	470	0	970	2,3
20 – 24 anos	3 282	163	136	131	136	137	133	123	103	102	54	3 088	1 411	1	4 500	10,6
25 – 29 anos	5 659	370	325	254	296	270	240	189	191	133	80	5 784	2 221	2	8 007	18,8
30 – 34 anos	5 127	427	438	379	357	333	301	281	222	198	98	6 173	1 987	1	8 161	19,2
35 – 39 anos	3 589	384	393	365	356	333	330	290	241	184	108	5 062	1 509	2	6 573	15,4
40 – 44 anos	2 108	262	237	301	272	263	298	240	240	195	107	3 534	987	2	4 523	10,6
45 – 49 anos	1 335	187	185	182	174	213	230	191	184	168	104	2 358	794	1	3 153	7,4
50 – 54 anos	908	120	140	110	162	149	146	142	124	102	74	1 604	573	0	2 177	5,1
55 – 59 anos	646	73	71	89	101	80	101	113	115	97	47	1 083	450	0	1 533	3,6
60 – 64 anos	441	64	78	54	61	67	73	75	57	53	35	740	318	0	1 058	2,5
≥ 65 anos	425	87	83	84	75	83	72	82	73	62	49	878	297	0	1 175	2,8
Não referido	205	10	5	5	12	11	11	12	12	4	2	221	66	2	289	0,7
TOTAL	24 715	2 220	2 147	1 997	2 046	1 983	1 983	1 787	1 605	1 321	776	31 255	11 312	13	42 580	100

Fonte: Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P (31 de dezembro 2012).

No que diz respeito ao número de casos de infeção de acordo com o modo de transmissão demonstrado na figura 10, a categoria de transmissão que regista maior número de casos é a heterossexual, com 18 539 casos de infeção, seguida dos utilizadores de drogas, com 16 086 casos de infeção, os homossexuais e bissexuais, com 5 877 casos de infeção. A transmissão sexual é comprovada em 58,7% dos casos notificados. No que se refere à transmissão vertical, com 385 casos de infeção, sofreu um aumento considerável devido ao registo de um número elevado de casos que, embora diagnosticados em casos anteriores, foram notificados no corrente ano. Ao analisar os valores, para os anos de 2005 e 2011 há uma redução de 79,2% no número de casos relacionados com os utilizadores de drogas e, também, uma redução de 21,3% nos casos associados à transmissão heterossexual. A transmissão homossexual e bissexual sofreu um aumento de 33,1%.

Figura 10. Casos de infeção do VIH em Portugal de acordo com a categoria de transmissão.

Casos de infecção VIH (1983 – 2012): distribuição por categoria de transmissão segundo ano de diagnóstico e total acumulado por sexo

Categoria de Transmissão	Ano de Diagnóstico											Sexo			Total	
	≤2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Masculino	Feminino	NR	Nº	%
Homo ou Bissexual	3 010	222	225	245	303	281	373	345	360	326	187	5877	0	0	5 877	13,8
Toxicodependente	11 961	766	664	628	534	429	398	267	230	131	78	13381	2701	4	16 086	37,8
Homo/Toxicodependente	220	5	7	12	3	5	3	3	3	2	1	264	0	0	264	0,6
Hemofílico	121	1	0	3	1	0	1	0	0	0	0	127	0	0	127	0,3
Transfusionado	240	7	4	1	2	1	1	2	1	2	1	147	115	0	262	0,6
Heterossexual	8 268	1 144	1 194	1 049	1 151	1 218	1 145	1 103	951	826	490	10455	8079	5	18 539	43,5
Mãe/Filho	235	26	19	13	14	17	16	15	17	8	5	180	203	2	385	0,9
Nosocomial	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0,0
Não referida	657	49	34	46	38	32	46	52	43	26	14	824	211	2	1 037	2,5
TOTAL	24 715	2 220	2 147	1 997	2 046	1 983	1 983	1 787	1 605	1 321	778	31 255	11 312	13	42 580	100

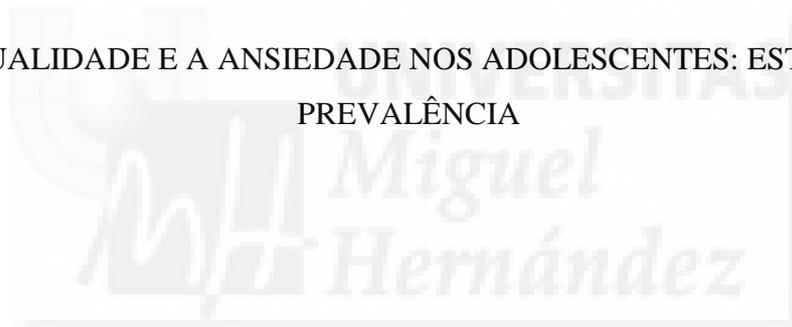
NR= Não referido

Fonte: Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P (2002 a 2012).



CAPÍTULO 5

A SEXUALIDADE E A ANSIEDADE NOS ADOLESCENTES: ESTUDO DE PREVALÊNCIA





5. A SEXUALIDADE E A ANSIEDADE NOS ADOLESCENTES. ESTUDO DE PREVALÊNCIA

5.1. A sexualidade na adolescência: Efeito das drogas e do álcool

A fase da adolescência é caracterizada por grandes mudanças físicas, emocionais e psicológicas. A necessidade de autoafirmação do jovem enquanto indivíduo é basilar. Neste processo, o adolescente testa os seus limites e os da figura de autoridade, normalmente representada pela imagem dos progenitores. Há uma tendência para o adolescente ter comportamentos de risco que comprometem a sua segurança e a dos outros. O adolescente distancia-se da sua família nuclear e aproxima-se, cada vez mais, do seu grupo de semelhantes.

Neste tempo, há uma propensão para experimentar determinadas substâncias psicoativas, como o álcool, heroína, cocaína, cannabis entre outras. Estas substâncias são legais, ilícitas, naturais, semissintéticas e sintéticas e, quando consumidas, afetam o sistema nervoso central, podendo provocar mudanças físicas, psíquicas e alterando a consciência, a disposição e os pensamentos (OMS, 2004). Estudos epidemiológicos indicam que é nesta fase de transição entre a infância e a adolescência que se inicia a sua utilização (Marques & Cruz, 2000).

Através de um estudo realizado por Matos & Equipa do projeto Aventura Social, concretizado em Escolas Públicas de Portugal, com estudantes do 6.º, 8.º, e 10.º anos, concluiu-se que são os indivíduos do sexo masculino e os estudantes mais velhos, os que consomem mais drogas ilícitas e álcool (Ferreira, Matos & Diniz, 2008 cit. in Santos, 2010).

Outros estudos realizados demonstram que existem vários fatores que, de forma combinada, podem contribuir para a utilização de drogas por parte do adolescente. O facto de por exemplo, estar inserido num meio familiar desestruturado pode ter implicações no seu comportamento face à utilização de substâncias ilícitas.

Os riscos psicossociais podem trazer consequências “tanto no desenvolvimento de problemas comportamentais e emocionais quanto na aquisição de comportamentos adequados” (Melo, 1999 cit. in Sapienza & Pedromônico 2005, p. 212). Estes fatores prendem-se com a ausência de investimento no vínculo pais e filhos (Hawkins et al., 1992, Patton, 1995, Kodjo & Klein, 2002, cit. in Schenker & Minayo, 2005); envolvimento materno insuficiente (Tarter et al., 2002, cit. in Schenker, & Minayo, 2005); práticas disciplinares inconsistentes ou coercitivas (Friedman, 1989, Brook et al., 1990, Hawkins et al., 1992,

Patton, 1995 cit. in Schenker, & Minayo, 2005); excessiva permissividade, dificuldades em estabelecer limites nos comportamentos infantis/juvenis e tendência para a superproteção; educação autoritária associada a pouco zelo e pouca afetividade nas relações (Tuttle et al., 2002, Patton, 1995 cit. in Schenker & Minayo, 2005); monitorização parental deficiente (Hawkins et al., 1992, cit. in Schenker & Minayo, 2005); aprovação do uso de drogas pelos pais (Friedman, 1989, Hawkins et al., 1992, cit. in Schenker & Minayo, 2005); expectativas incertas em relação à idade apropriada do comportamento infantil (Tarter et al., 2002); conflitos familiares sem desfecho de negociação (Hawkins et al., 1992, Patton, 1995; Kodjo & Klein, 2002 cit. in Schenker & Minayo, 2005) e, por fim, o envolvimento no grupo tem sido visto como um dos maiores prenúncios do uso de substâncias aditivas (Kandel et al., 1978, Botvin, 1986, Brook et al., 1990, Hawkins et al., 1992, Oetting & Donnermeyer, 1998, Fergusson & Horwood, 1999, Swadi, 1999, Hoffmann & Cerbone, 2002 cit. in Schenker & Minayo, 2005). Na relação de pares e nos laços de grupo, o facto de haver colegas e amigos, que representam um modelo para os jovens, que aprovam e consomem drogas, representa uma influência na utilização das mesmas por parte de outros elementos do grupo. Esta situação constitui o fim da linha do processo, quando, por base já existem fatores individuais, familiares e sociais adversos, como já referido, que, quando conciliados, podem aumentar a probabilidade da utilização excessiva de drogas (Fergusson & Howood, 1999 cit. in Schenker & Minayo, 2005).

Em contrapartida, a família pode ter um efeito protetor no que se refere ao comportamento do jovem perante a utilização de substâncias ilícitas e a comportamentos de risco, se tiver as competências adequadas para transmitir determinadas aptidões sociais e instituir a aprendizagem das mesmas, direcionando o adolescente na escolha mais adequada dos seus pares (Cristal et al., 2005 cit. in Santos, 2008).

Ao abordar o tema dos alucinógenos, incontestavelmente há uma aproximação à área da sexualidade, uma vez que estão sempre associados. O aumento do consumo de estupefacientes e das práticas sexuais de risco é indiscutível (Sturman, 2000 cit. in Lomba et al., 2008).

Num estudo realizado na cidade de Coimbra, em Portugal, por Lomba et al. (2008) sobre consumos e comportamentos sexuais de risco na noite, por parte dos jovens, verifica-se que, a maioria das pessoas que consome substâncias psicoativas, fazem-no devido à cultura hedonista dos locais que frequentam (discotecas, pubs). Este aspeto, associado às características dos jovens relativamente à busca fácil de satisfação momentânea e obtenção de sensações positivas, faz com que tenham comportamentos de risco. O ambiente noturno, a

música e as drogas propiciam encontros fugazes e fazem com que os jovens e adultos, se libertem das pressões acumuladas durante a semana e procurem um lugar diferente para sentirem prazer sob várias formas. A droga e o sexo são os principais aliados destas experiências singulares (Calafat et al., 2000).

Os consumos aditivos esporádicos surgem, normalmente, numa altura em que a expectativa sobre determinado acontecimento é elevada, (festa, concerto, discoteca), originado a ideia de que o consumo em grupo promoverá um maior entretenimento. As razões para estes comportamentos são várias, como a conquista pela admiração dos amigos, o desejo de não ser excluído do grupo e o desafio à autoridade parental (Silva & Deus, 2004). Toda esta conjuntura dá abertura e torna oportuno o prazer físico através do sexo. Os estupefacientes e o álcool potenciam a extroversão. O facto de um adolescente se encontrar alcoolizado aumenta a propensão de haver violência sexual. Quando é o agressor, descontrola-se e torna-se hostil, quando é a vítima, tem dificuldades em se salvar. Os alucinogénios e o álcool favorecem uma maior exposição à prática sexual de risco. Estudos referem a combinação de álcool e certos estupefacientes na atividade sexual precoce, no sexo desprotegido e na prostituição por parte dos adolescentes (Pechansky, Szobot & Scivoletto, 2004). Através do estudo realizado com 143 jovens coimbrenses com idade média de 21,76 anos e com frequência universitária, depreendeu-se que as substâncias mais consumidas são o álcool (95,1%), o tabaco (79,2%) e a cannabis (65,73%).

Quanto às práticas sexuais sob o efeito de álcool e substâncias ilícitas, há uma maior percentagem de jovens a terem relações sexuais sob o efeito do álcool (64,52%) e outra parte sob o efeito de substâncias ilícitas (29,84%).

No que se refere ao uso do preservativo, os jovens desta amostra referem nunca ou quase nunca o utilizarem (40,33%) e as razões para a sua omissão prendem-se com afirmações como estar “bêbedo” ou “pedrado”. Uma porção do grupo atribuiu a prática de relações sexuais ao consumo de álcool e drogas (14,69). Há, ainda, jovens que assumem consumir substâncias aditivas específicas com fins sexuais (Lomba et al., 2008). O estudo de Vinagre & Lima (2006) salienta que, geralmente, são os adolescentes mais jovens, as raparigas e os que detêm menor experiência que possuem uma maior perceção do risco quando há consumo de substâncias aditivas. Outros estudos demonstram que a frequência por parte dos jovens de espaços noturnos e festas exacerba a possibilidade do consumo de drogas ilícitas, em comparação com amostras de jovens em geral (YRBS, 2014).

Certas características dos adolescentes enunciadas na literatura, como a presença de comportamentos aditivos, a existência de múltiplos parceiros, ter tido relações sexuais

precocemente, ter um fraco desempenho escolar, ter sido vítima de abuso sexual e descender de uma família com baixo estatuto socioeconómico, acentua a predisposição para ter comportamentos sexuais de risco (Ribeiro & Fernandes, 2009). Um estudo realizado com dois grupos espanhóis: um grupo que mantém relações sexuais sob o efeito do álcool e outro grupo de controlo, tem como objetivo a comparação e análise dos fatores protetores e fatores de risco entre adolescentes e determinar quais são os fatores preditores da combinação de sexo e drogas. Dos 297 adolescentes sexualmente ativos, 117 afirmaram terem mantido relações sexuais sob a influência do álcool nos últimos seis meses (51% foram raparigas). O facto de consumirem álcool provocou uma atitude negativa face ao uso do preservativo. Determinadas variáveis preditoras de comportamentos sexuais de risco foram consideradas no estudo, como: conhecimento que os adolescentes espanhóis têm sobre o VIH, atitude face ao VIH, atitude perante um obstáculo na utilização do preservativo e perceção que têm do parceiro quanto ao uso do mesmo. Verificou-se que as raparigas têm mais atitudes positivas em relação ao VIH do que os rapazes do grupo estudado. Estes jovens, por terem tido relações sexuais sob o efeito do álcool, têm mais comportamentos de risco, quando comparados com o grupo que não tem relações sexuais sob o efeito de álcool. Não se notou diferença entre os dois grupos quanto ao conhecimento sobre o VIH (Espada, Morales, Orgilés, Piqueras & Carballo, 2013).

Não é desconhecido que o álcool provoca redução dos reflexos, da perceção e entorpecimento, provocando uma maior vulnerabilidade na capacidade de reação do indivíduo (Antón & Espada, 2009). Desta forma, a negociação hábil entre os parceiros para usufruírem de sexo seguro torna-se inaplicável (Bauermeister, Zimmerman, Caldwell, Xue, & Gee, 2010). Esta situação é mais complicada, geralmente, nas situações em que o parceiro é mais velho (normalmente nas raparigas) e tem um maior acesso ao álcool, do que quando é da mesma idade ou mais novo (Stewart & Power, 2003 cit. in Bauermeister et al., 2010).

O estudo realizado em Espanha está em consonância com o realizado em Coimbra, pois confirma a relação entre sexo e álcool e a sua repercussão nos comportamentos sexuais de risco. Os ambientes descontraídos de festas, bares e discotecas ao longo da noite são convidativos a práticas sexuais. Nesta linha alguns países já desenvolveram programas de saúde relacionados com a recreação noturna (Bellis, Hughes & Lowey, 2002).

Estudos mencionam que o elo entre o álcool e o sexo é multifacetado. Verifica-se que muitos adolescentes sob o efeito de álcool têm maior atividade sexual, o que não implica, contudo, que tenham mais condutas sexuais de risco. O consumo de álcool, muitas das vezes, é um auxílio para controlar a ansiedade sexual e social o que não é determinante nas práticas

sexuais de risco. A utilização do álcool versus comportamento sexual depende de várias variáveis, incluindo a personalidade (Weinhardt & Carey, 2000).

Na tabela seguinte, encontra-se os resultados do estudo encabeçado por Lomba, Apóstolo, Mendes & Campos (2011), em nove cidades de Portugal, com 1257 jovens frequentadores de ambientes recreativos noturnos, com idades compreendidas entre os 15 e os 35 anos. Neste estudo são analisadas as práticas sexuais sob o efeito de álcool, sob o efeito de drogas e práticas sexuais sem utilização do preservativo.

Figura 11. *Práticas sexuais dos jovens (adição de álcool, droga e sem preservativo) em várias cidades de Portugal.*

CIDADE	Sexo sob o efeito de álcool %*				Sexo sob o efeito de drogas %*				Sexo sem preservativo %*			
	Nunca	1 vez	Maioria	Sempre	Nunca	1 vez	Maioria	Sempre	Nunca	1 vez	Maioria	Sempre
Lisboa	39,58	50,70	9,03	0,69	63,89	25,69	9,73	0,69	44,44	30,56	15,97	9,03
Porto	59,66	27,73	11,76	0,85	85,83	7,50	5,00	1,67	39,50	14,29	26,05	20,16
Coimbra	35,20	39,20	25,60	0,00	70,40	13,60	15,20	0,80	35,20	24,00	32,80	8,00
Viseu	40,66	47,25	12,09	0,00	79,12	18,68	2,20	0,00	41,30	19,57	21,74	17,39
Funchal	44,17	40,83	15,00	0,00	78,33	18,34	3,33	0,00	31,15	22,13	25,41	21,31
P. Delgada	53,51	26,32	20,17	0,00	66,67	7,89	24,56	0,88	30,70	15,79	30,70	22,81
Angra H.	54,55	34,84	9,85	0,76	85,60	9,85	3,79	0,76	46,97	17,42	19,70	15,91
Viana C.	47,25	40,66	10,99	1,10	81,52	15,22	3,26	0,00	27,47	23,08	36,26	13,19
Aveiro	44,03	36,70	19,27	0,00	67,27	20,00	11,82	0,91	35,45	15,45	32,73	16,37
Todas cidades	46,51	38,28	14,83	0,38	75,10	15,27	8,97	0,67	37,37	20,50	26,31	15,82

* percentagens relativas à totalidade variável de Jovens que responderam a estas questões

Fonte: Estudo de Lomba et al., 2011.

Do grupo de jovens, 84,63 iniciou a sua atividade sexual com uma média de 16,88 anos. A média de parceiros sexuais nos últimos 12 meses foi de 1,98. A maior parte dos jovens não usa o preservativo, 62,63% não toma precauções e a percentagem de jovens que afirma ter tido sexo sem preservativo “uma vez” é significativa, com uma média de 20,50%. De forma geral, os resultados obtidos nas várias cidades indicam comportamentos de risco, tendo em conta o número de parceiros sexuais, sexo sem proteção e sexo sob o efeito de álcool ou drogas. Deste grupo, um quarto fez o despiste nos últimos 12 meses, para avaliar a possibilidade de terem alguma doença sexualmente transmissível.

É de salientar que os jovens consomem álcool e *cannabis* intencionalmente para facilitar o início das relações sexuais. Além do álcool e a *cannabis*, também é utilizada cocaína para auxiliar nas práticas sexuais invulgares ou mais excitantes. “As substâncias psicoativas mais consumidas pelos jovens deste estudo são o álcool, a *cannabis* e a cocaína, e as mais experimentadas (com posterior abandono de consumo): a *cannabis*, o *ecstasy*, os cogumelos e a cocaína” (Lomba et al., 2011, p.38).

O Porto destaca-se por ser a cidade onde os jovens têm consumos mais elevados de drogas menos usuais: LSD (3,13%), anfetaminas (2,17%), heroína (2,17%), *poppers* (3,19%), cogumelos mágicos (3,19%) e ketamina (1,09%), em comparação com as outras cidades, que têm consumos mais ou menos semelhantes. Outros estudos apontam para a existência de outros fatores de risco no consumo de drogas na adolescência. Os fatores macrossociais: a disponibilidade e acessibilidade de substâncias psicoativas; a institucionalização e aprovação das drogas legais; o impacto da publicidade; a associação do álcool e das substâncias psicoativas nos períodos livres. Quanto aos fatores microssociais: a existência de estilos educativos desadequados; ausência de comunicação e ambiente familiar conflituoso; a existência de elementos familiares com hábitos alcoólicos e a influência negativa do grupo de amigos. Por fim, e quanto aos fatores pessoais: a ausência de informação quanto à natureza das drogas e do álcool, atitudes favoráveis quanto ao álcool e às drogas psicoativas e, por último, a existência de determinadas perturbações no adolescente que podem conduzir a condutas de risco (Espada, Méndez, Griffin & Botvin, 2003).

5.2. Prevalência das práticas sexuais na adolescência em Portugal

As tentativas para alertar os adolescentes dos seus comportamentos de risco e demovê-los persistem um pouco por todo o mundo, através de várias organizações relacionadas com a educação, saúde, meios de comunicação social e na própria dinâmica familiar. Segundo a OMS, a saúde sexual é um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar na sexualidade. Não é meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais dos indivíduos, bem como a possibilidade da existência de experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para a saúde sexual ser atingida e mantida, os direitos sexuais das pessoas têm de ser respeitados, protegidos e cumpridos (WHO, 2009).

A sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo da vida e inclui o sexo, género, identidades, papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem sempre é vivida desta forma. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos e espirituais (WHO, 2002). De acordo com esta definição, a

sexualidade teve várias concepções ao longo do tempo e o contributo de algumas ciências. A sexualidade foi marcada por épocas, culturas e pensamentos. As reformulações e construções realizadas sobre a mesma vêm demonstrar que existem várias “sexualidades,” bem como indivíduos (Zapian 2002, cit. in Pontes, 2011).

Atualmente, há uma maior abertura em relação à sexualidade e uma maior aceitação da consumação do ato sexual antes do casamento. Esta intenção difere consoante as épocas e os países. A história e a cultura estão em constante movimento e são estas duas grandes dimensões que implementam a sociedade de um país e são determinantes nas atitudes e comportamentos face à sexualidade de qualquer ser humano (Crawford & Popp, 2003).

Em Portugal, os adolescentes possuem nos seus currículos escolares disciplinas relacionadas com a educação sexual, são promovidos programas de intervenção nesta área e, em termos de saúde, há aspetos estabelecidos na legislação no que concerne à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, como o acesso às consultas de planeamento familiar e a disponibilização de alguns métodos contraceptivos gratuitos. Um estudo do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), designado “um olhar sobre o comportamento sexual e a virgindade na adolescência em Portugal,” levado a cabo com 267 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, indica que 53,8% dos adolescentes do sexo masculino tiveram relações sexuais entre os 10 e os 14 anos e 57,1% dos adolescentes do sexo feminino tiveram relações sexuais entre os 15 e os 16 anos. A maioria dos adolescentes, cerca de 64,4%, considerava-se virgem (Gouveia, 2008). Desta amostra, 64,8% dos adolescentes referiu não ter, no momento, compromisso amoroso e 16,6% referiu nunca ter tido namorado(a). Contudo, 83,4% assumiu que já teve, pelo menos, um namorado. A maioria dos adolescentes refere que tem tido relacionamentos de curta duração, o último namoro ou o presente teve a duração máxima de 6 meses. Grande parte dos adolescentes (70,1%) afirmou não ter tido relações sexuais com o atual ou último parceiro. Por outro lado, muitos dos que responderam que tiveram relações sexuais, afirmaram que as mesmas ocorreram até ao terceiro mês de namoro (71,1%), sendo que desses, 18,1% referiram ter tido relações sexuais ao fim de uma semana ou menos. Quanto à idade do parceiro escolhido, a maioria das raparigas, 59,5%, afirmou que o parceiro sexual era mais velho e 47,2% dos rapazes afirmaram que a pessoa com quem tiveram relações sexuais pela primeira vez era da mesma idade.

De acordo com os namoros, 23,3% dos jovens referiram ter tido pelo menos dois namorados e 20,3% apenas um. De salientar que, de 236 indivíduos que responderam a esta questão, apenas 4,2% referiu não ter tido nenhum namorado. Segundo o estudo, quanto ao

sentimento vivido aquando da primeira relação sexual, 72,6% dos adolescentes afirmaram estar apaixonados e 27,4% não estava apaixonado, existindo uma tendência para os rapazes iniciarem a sua atividade sexual mais cedo do que as raparigas. Quanto às motivações que levam os adolescentes a iniciarem a sua atividade sexual, prendem-se com razões distintas em ambos os sexos. As raparigas expressam questões emocionais e os rapazes questões físicas. Ambos justificam o medo do ato sexual em si e as suas consequências para adiar a primeira relação sexual. Além disso, e de acordo com a investigadora, os adolescentes, de forma geral, vivem o sexo desprovido de qualquer sentimento de amor, paixão, erotismo até mesmo sem qualquer tipo de diálogo. O objetivo final é a existência de penetração, tornando-se uma relação sexual sem satisfação. O conteúdo do momento repleto de perigo, de ocultação e o prazer de sentir riscos são fatores determinantes que motivam os adolescentes para o ato sexual, mesmo quando é referente à primeira relação sexual.

Através do projeto designado de “Aventura Social e Saúde” o HBSC (health behaviour in school – aged children)/OMS é um estudo colaborativo da Organização mundial de Saúde realizado de 4 em 4 anos, por uma rede europeia de profissionais ligados à saúde e à Educação, da Faculdade de Motricidade Humana. Propõe-se estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nas várias situações das suas vidas. Realizado com 3436 adolescentes portugueses em 2010, conclui-se que, em relação ao comportamento sexual, houve uma redução do número de adolescentes a terem relações sexuais de 23,7% em 2002 para 21,8% em 2010. Quanto aos adolescentes que tiveram relações sexuais, 78,2% em 2002, e 21,8% em 2010, não as teve. Quanto ao uso do preservativo, este hábito tem vindo a aumentar de 71,8% em 2002, para 82,5% em 2010. No que se refere à prática sexual associada ao consumo de álcool ou drogas, 12,7% refere ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas e 87,3% dos adolescentes não.

Foi realizado outro estudo com jovens adultos portugueses pela primeira vez em 2010: “Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários,” e é uma extensão do estudo HBSC/SSREU referido anteriormente. A amostra foi composta por 3278 estudantes universitários portugueses, entre os 18 e os 35 anos, selecionados aleatoriamente entre os jovens que frequentavam o ensino superior português no ano letivo 2009/2010. A amostra incluiu 30,3% de jovens do sexo masculino e 69,7% de jovens do sexo feminino, com uma média de idades de 21 anos. Os resultados indicam que, tantos sujeitos do sexo feminino (82,5%) como masculino (72%), tiveram a sua primeira relação sexual aos 16 anos ou mais tarde. Mas, apesar deste facto, os sujeitos do sexo masculino relataram ter tido relações sexuais aos 11 anos ou mais cedo, entre os 12 e os 13 anos, e entre os 14 e 15 anos.

Quanto à utilização ou não de método contraceptivo na primeira relação sexual (usado pelo próprio ou pelo parceiro), (84%) dos sujeitos do sexo masculino e dos sujeitos do sexo feminino (93,3%) usaram-no, mas, em contrapartida, (16%) dos indivíduos do sexo masculino e (6,7%) dos indivíduos do sexo feminino referiram não utilizar.

Relativamente à escolha do método contraceptivo (usado pelo próprio ou pelo parceiro) na primeira relação sexual, 88,7% dos indivíduos do sexo feminino referiram a utilização do preservativo e 26,2% referiu a utilização da pílula mais frequentemente que os indivíduos do sexo masculino, em que 82,7% dos jovens referiram utilizar o preservativo e 10,2% a pílula.

Quando inquiridos sobre as razões para a primeira relação sexual, os jovens de ambos os sexos que referiram já ter tido relações sexuais afirmaram, maioritariamente que foi uma decisão por consentimento mútuo (74%), em especial as mulheres. Destacou-se, ainda, estarem muito apaixonados(as) (30,7%), novamente em particular as mulheres. Estas mencionam, também, e mais frequentemente que os homens, que tiveram a primeira relação sexual porque se sentiram pressionadas. Os homens mais frequentemente mencionaram ter tido a primeira relação sexual por acaso (14,7%) e tomaram eles próprios a iniciativa (10,1%).

De forma geral, e de acordo com a investigação, há diferenças entre o homem e a mulher quanto à sexualidade e à escolha do parceiro, apesar de haver alguns pontos em comum. A vivência da sexualidade do homem é fortemente centrada nos genitais e no orgasmo e ausente de uma vinculação afetiva. Têm, também, e mais naturalmente, relacionamentos sexuais com várias parceiras. As mulheres valorizam o romantismo e todo o envolvimento que antecede a penetração. Os homens são facilmente excitáveis por estímulos visuais, por exemplo, ao ver uma eventual parceira e, como consequência, ter uma aceitação imediata da mesma, ao passo que as mulheres racionalizam e necessitam de mais tempo para ponderar se aceitam ou não um determinado parceiro sexual (Gomes, 2004). Segundo Saavedra, Nogueira e Magalhães (2010), as raparigas sentem dificuldade em abordar a sexualidade perante as colegas, o que vem reforçar a ideia, presente na literatura, de que os rapazes utilizam, em certa medida, a vida sexual para impressionar os seus pares. Os rapazes têm subjacente a ideia que perder a virgindade é ser homem. Nas raparigas e mulheres, os comentários sobre a sua sexualidade são pouco comuns ou inexistentes e a sua provável divulgação é embaraçosa. Apesar das raparigas sentirem vergonha e receio, são elas que têm um maior interesse e procuram temáticas sobre a sexualidade, apesar de considerarem o tema desadequado. Por outro lado, os rapazes sentem-se expostos em relação às raparigas, acerca

do que elas pensam e sentem, uma vez que consideram os seus atributos físicos e a sua performance sexual importantes.

No que se refere a ter sexo seguro, há uma tendência para as mulheres se preocuparem mais em não ter comportamentos sexuais de risco, apesar de estes comportamentos, às vezes não se verificarem na prática. Neste estudo, deparamo-nos com um duplo padrão de sexualidade, em que o homem vivencia a sexualidade de uma forma e a mulher de outra. Parece que há uma tendência para que este duplo padrão se desvaneça e o padrão sexual se torne singular, havendo um comportamento idêntico para ambos os sexos. Mas serão necessários mais estudos para “compreender em que medida tanto os rapazes como as próprias raparigas estão efetivamente capazes de aceitar mudanças na forma de vivenciar a vida sexual e amorosa, considerando positivo que as raparigas possam ter mais experiência sexual e aceitar a sexualidade como um prazer físico e os rapazes possam exprimir a afetividade e assumir um compromisso, sem que isso seja considerado transgressão pelos seus pares” (Saavedra et al., 2010, p. 152).

Finalizando, um estudo comparativo de vários países da Europa refere que 30,2% dos rapazes portugueses e 20,3% das raparigas afirmam ser sexualmente ativos aos 15 anos de idade (Avery & Lazdane, 2008) e que, em média, os rapazes têm mais de três parceiros sexuais do que as raparigas da mesma faixa etária apresentam uma média de um parceiro (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006). “Tal como acontece noutros estudos europeus, os resultados para Portugal também indicam uma assimetria entre os sexos quanto à atividade sexual (início e número de parceiros), sendo o país onde mais se verifica esta diferença” (Ross, Godeau & Dias, 2004, cit. in Saavedra et al., 2010, p.139). É imprescindível a realização de estudos em Portugal para que se possa compreender estes diferentes padrões de comportamento nos adolescentes, de forma a diminuir o número de casos de infeções nesta camada populacional.

Ainda, segundo os mesmos autores, apesar das campanhas conduzidas pelo Ministério da Educação em Portugal, a divulgação/implementação da educação sexual/educação para a saúde nas escolas portuguesas, infelizmente, ainda é insuficiente. A conceptualização e implementação de programas têm sido realizadas, na maior parte dos casos, com base em modelos sociocognitivos que defendem a mudança comportamental e as perceções acerca da realidade, por meio da transformação de crenças, atitudes e comportamentos.

Apesar destes investimentos realizados, estudos indicam que há uma incongruência no que se refere ao plano cognitivo e aos comportamentos efetivos dos adolescentes. Mesmo que haja conhecimento teórico sobre a matéria relacionada com o VIH, não implica que haja uma

prática sexual segura (Willg, 1999, cit. in Saavedra et al., 2010). A educação sexual precoce é uma ferramenta importante, em Portugal e em todos os países, que pode assegurar que a maior parte dos adolescentes ou pelo menos alguns tenham comportamentos sexuais seguros, evitando ou reduzindo a existência de infeções sexualmente transmissíveis, bem como a prática de comportamentos sexuais saudáveis na idade adulta.

5.3. Estudos de prevalência das práticas sexuais na adolescência na Europa

Segundo o estudo *The Face of Global Sex, 2012* sobre as práticas sexuais dos jovens, referente à utilização do preservativo na primeira relação sexual e o impacto no comportamento sexual futuro, a experiência da primeira relação sexual, para alguns adolescentes, causa alguma expectativa e é sentida como algo prazeroso. Esta fase passa por recolher informação sobre a temática sexual, partilhá-la e esclarecê-la em conjunto com o parceiro, de forma a planearem o melhor momento para vivenciar a primeira relação sexual. Para outros adolescentes, a primeira relação sexual não é planeada nem expectável e não é relevante estar informado.

No que concerne ao uso do preservativo na primeira relação sexual (quando perdem a virgindade), os estudos indicam que os jovens que o utilizam na primeira relação sexual têm tendência a utilizá-lo a seguir e têm uma menor propensão a contrair doenças sexualmente transmissíveis, bem como experienciar uma gravidez não desejada. Sendo assim, há uma forte associação entre utilizar o preservativo na primeira relação sexual e ter no futuro um comportamento sexual responsável. No fim, ao fazer o balanço os indivíduos que têm um comportamento sexual seguro logo de início sentem-se mais satisfeitos com a sua vida sexual.

Os resultados deste relatório trazem implicações positivas para a saúde pública, particularmente no que diz respeito à ênfase que é dada à educação sexual precoce. A educação sexual precoce constitui um forte instrumento na informação/formação dos indivíduos, promovendo, assim, a possibilidade dos jovens realizarem as suas escolhas, apostando em comportamentos sexuais seguros e prolongando as suas vidas.

No que se refere à idade da primeira relação sexual, as pesquisas de *Face of Global Sex 2012*, vêm contrariar os estudos anteriores em relação a Portugal, uma vez que definem a idade média da primeira relação sexual aos 18,4 anos. Essa pesquisa é analisada na tabela 1.

Tabela 1: Dados sobre a Europa quanto à percentagem de adolescentes que utilizaram o preservativo na 1ª relação sexual, a idade média da 1ª relação sexual, idade da 1ª educação sexual, adolescentes sem D.S.T. e utilização do preservativo na 1ª relação sexual.

País	Utilização do preservativo na 1ª relação sexual	Idade média da 1ª Relação sexual (anos)	Idade da 1ª educação sexual (anos)	Nunca teve uma D.S.T.	Utilização do preservativo na última relação sexual
Áustria	57,4%	17,5	12,4	79%	57,3%
Croácia	44,7%	18,5	13,6	69,5%	48,2%
República Checa	30,4%	17,6	13,5	82,7%	39,1%
França	34,8%	18,7	13,3	84%	53,7%
Alemanha	45,7%	17,8	12,5	82,6%	61,9%
Grécia	65,5%	18,4	13,6	74,9%	65%
Hungria	35,8%	18,4	13,2	76,7%	55,6%
Irlanda	48,6%	18,8	13,3	83,8%	70,6%
Itália	55,1%	19,4	13,4	76,8%	55,3%
Holanda	48,1%	18,5	12,6	83,1%	62,7%
Polónia	60,9%	19,4	14,2	76,6%	52,6%
Portugal	49,6%	18,4	13,1	78,2%	48%
Roménia	43,5%	19,3	14,7	78,5%	55,4%
Espanha	61,0%	19,5	13,2	84,9%	67,1%
Suíça	66,1%	18,6	13,1	76%	61,4%
Reino Unido	50,2%	18,3	12,6	87,6%	63,6%

Fonte: Adaptado The face of global sex (2012).

A *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC) é uma rede de pesquisa transnacional aliada à OMS que avalia várias áreas de saúde nos jovens, quer na Europa quer nos Estados Unidos.

Este estudo sobre o comportamento sexual dos jovens e a experiência da primeira relação sexual foi realizado em 2009/2010, com adolescentes de ambos os sexos com 15 anos (esta pesquisa é realizada de 4 em 4 anos).

Os resultados do estudo indicam que, nos países industrializados, a idade em que os adolescentes iniciam a atividade sexual está a diminuir, a taxa de infeções sexualmente transmissíveis está a aumentar, principalmente em doenças como clamídia, sífilis, gonorreia e

há um declínio do VIH. Cerca de 15 milhões de adolescentes de todo o mundo estão a ser pais a cada ano. A precocidade das relações sexuais é considerada um marcador importante para avaliar a saúde sexual dos adolescentes e está associada (como já referido) a certos fatores de risco, como a utilização de estupefacientes, o insucesso escolar e alguma psicopatologia evidenciada.

Quanto ao parâmetro *já ter tido relações sexuais* em adolescentes de 15 anos, verifica-se que, em cerca de metade dos países, os rapazes relataram mais vezes ter tido relações sexuais comparativamente às raparigas. A maior disparidade entre os dois sexos verificou-se em países da Europa Oriental, Arménia e Grécia. A maior prevalência nas raparigas foi referida em 7 países, principalmente na Escandinávia e no Reino Unido.

As figuras 12 e 13 fazem referência à percentagem de adolescentes de ambos os sexos, que tiveram relações sexuais aos 15 anos, nos países da Europa.

Figura 12. *Percentagem de raparigas que tiveram a primeira relação sexual.*

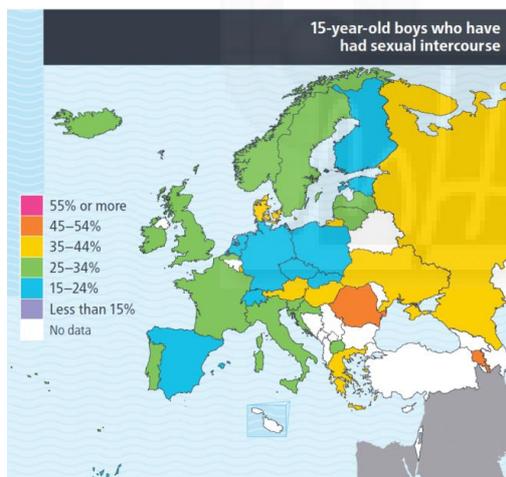
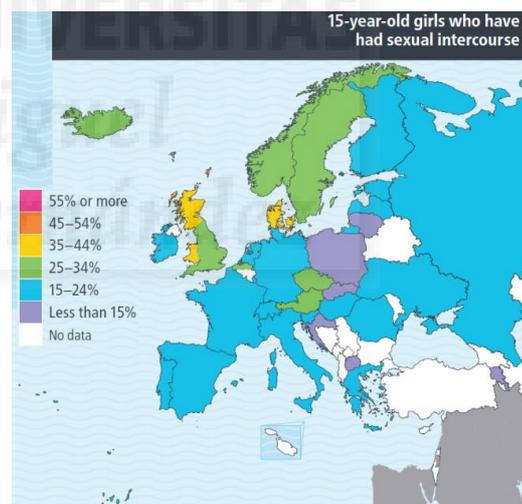


Figura 13. *Percentagem de rapazes que tiveram a primeira relação sexual.*



Fonte: World Health Organization, Regional Office for Europe. (2009/2010). Social determinants of health and well-being among people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) Study: *International Report From the 2009/2010 Survey. Health Policy for Children and Adolescents*, 6.

Quanto à utilização de métodos contraceptivos, tais como o preservativo e a contraceção hormonal, o primeiro é o mais utilizado, apesar de o seu uso continuar a ser inconsistente. A prevalência do uso do preservativo foi significativamente maior nos rapazes, à volta de 1/3 (um terço), em determinados países e regiões. A sua taxa de utilização não varia muito entre os países da Europa. A minoria significativa dos adolescentes que não

utilizam o preservativo justifica-o pelo facto de não terem acesso ao mesmo e não possuírem as habilidades suficientes para comprá-lo e usá-lo. Muitos deles sentem vergonha ao adquiri-los e a demonstrarem que o utilizam.

Em relação à utilização da pílula anticoncepcional, esta é bastante utilizada em países desenvolvidos. A sua utilização é mais frequente norte da Europa e Europa ocidental e menor na Europa Central.

A utilização dupla do preservativo e contraceptivo oral não é uma prática comum entre os adolescentes e parece não depender das possibilidades económicas das famílias onde os adolescentes estão inseridos. A ausência deste procedimento pode levar a gravidezes indesejadas. Apesar de ter havido uma queda significativa da taxa de gravidezes na adolescência nas últimas décadas na Europa, estima-se que cerca de 15 milhões de adolescentes em todo o mundo estão a ser pais a cada ano. Ao comparar os países europeus e norte-americanos, há uma grande diferença na utilização de métodos contraceptivos. Isto deve-se à acessibilidade e disponibilidade dos serviços de saúde sexual, que não concedem estes métodos aos adolescentes que tenham idade inferior à estipulada. A aceitação da atividade sexual dos adolescentes é uma questão cultural, religiosa, política e económica, que pode trazer benefícios ou desvantagens na sexualidade mais protegida dos mesmos.

As figuras 14, 15, 16 e 17 fazem referência aos países da Europa no que diz respeito à percentagem de adolescentes com 15 anos que utilizaram o preservativo na última relação sexual, quer do sexo feminino, quer do sexo masculino, e também à utilização da pílula anticoncepcional na última relação sexual em ambos os sexos (foi questionado se o(a) próprio(a) ou o(a) parceiro(a) utilizaram algum dos métodos contraceptivos referidos).

Figura 14. *Percentagem de raparigas que utilizaram preservativo na última relação sexual.*

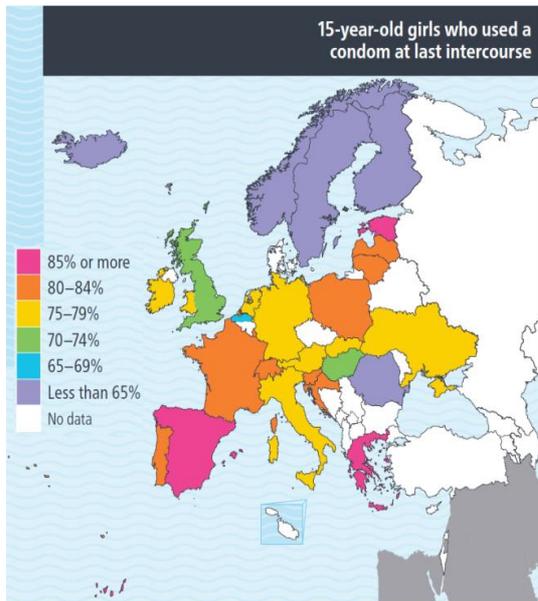


Figura 15. *Percentagem de rapazes que utilizaram preservativo na última relação sexual.*

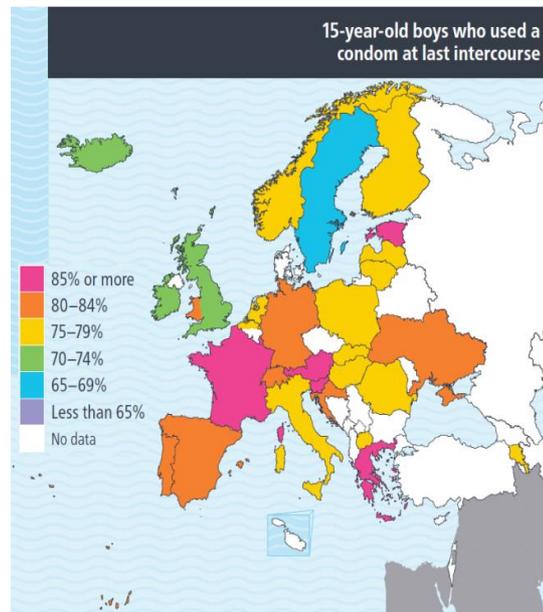


Figura 16. *Percentagem de raparigas que utilizaram o método contraceptivo oral.*

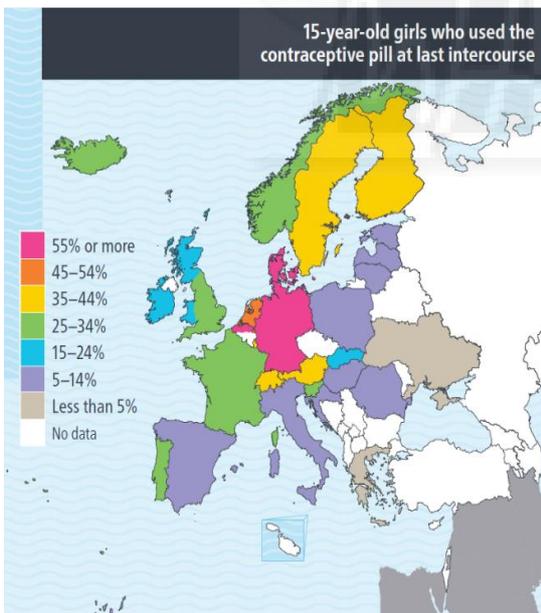
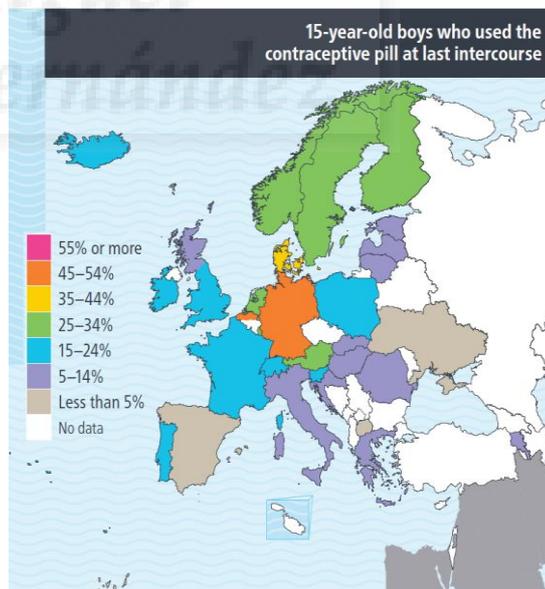


Figura 17. *Percentagem de rapazes que afirmaram que as suas parceiras utilizaram o método contraceptivo oral.*



Fonte: Adaptado Health Policy for Children and Adolescents, n. 6, World Health Organization, Regional Office for Europe. Social Determinants of Health and well-being Among People. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 Survey.

No Reino Unido, a idade aceite para os adolescentes terem relações sexuais é aos 16 anos. De acordo com o Professor John Ashton, presidente da Faculdade de Saúde Pública, a idade de consentimento legal deveria ser alterada para os 15 anos.

Lamentavelmente, o Reino Unido é dos países da Europa Ocidental que apresenta a maior taxa de gravidez na adolescência, associado ao aumento para 5% da taxa de infeções sexualmente transmissíveis, desde 2011, em jovens. É um facto que os adolescentes têm relações sexuais aos 14 anos ou mesmo antes. Ashton defende que, ao alterar a idade de consentimento, os adolescentes teriam um maior acesso a informações sobre saúde sexual e fariam as suas escolhas de forma mais orientada. Alega que, mesmo que a idade seja reduzida, é importante continuar a haver campanhas relacionadas com a saúde sexual dos adolescentes, programas educacionais e toda a informação necessária para que o adolescente seja responsável, seguro e livre de riscos na sua sexualidade (Evans, 2013).

5.4. Estudos de prevalência das práticas sexuais na adolescência nos Estados Unidos da América

De acordo com o CDC-Centro de Controlo de Doenças e Prevenção do Adolescente na Saúde Escolar no ano de 2011, as pesquisas realizadas com adolescentes e jovens de escolaridade mais avançada indicam que a maior parte possui comportamentos sexuais de risco. Cerca de 47,4% dos adolescentes já teve relações sexuais e 33,7% dos adolescentes já teve relações sexuais nos últimos 3 meses. Deste grupo, estima-se que 39,8% não utilizou o preservativo da última vez que teve relações sexuais, 76,6% não utilizou nenhum método contraceptivo para evitar a gravidez e 15,3% teve relações sexuais com quatro ou mais pessoas, desde que iniciaram a atividade sexual.

Contudo, outro estudo realizado pela Divisão do Adolescente e Saúde Escolar, CDC's em 2008, em que foi analisado uma compilação de 48 estudos relacionados com programas de educação e saúde sexual, concluiu-se que há uma tendência para este quadro melhorar, uma vez que a primeira relação sexual está a ser adiada, há um decréscimo no número de parceiros sexuais e há um incremento na utilização do preservativo e de métodos contraceptivos entre os adolescentes.

Outro estudo realizado pelo Instituto Guttmacher (2013), vem corroborar de forma mais detalhada e abrangente o que ocorre na vida sexual e reprodutiva dos adolescentes americanos. Segundo esta investigação e no que se refere à atividade sexual no período 2006 a 2010:

- Menos de 2% dos adolescentes já tiveram a sua primeira relação sexual ao completarem os 12 anos de idade;
- Apenas 16% dos adolescentes tiveram relações sexuais antes dos 15 anos, em comparação com 1/3 (um terço) dos adolescentes que teve relações sexuais aos 16 anos e quase metade (48%) dos adolescentes teve a sua primeira relação sexual com 17 anos;
- 61% dos jovens com 18 anos tiveram a sua primeira relação sexual;
- 71% dos jovens com 19 anos tiveram a sua primeira relação sexual;
- As diferenças não são relevantes entre os dois sexos na primeira relação sexual.

Em geral, os adolescentes têm a sua primeira relação sexual aos 17 anos de idade e, cada vez mais, adiam o momento para terem relações sexuais ao contrário do que acontecia no passado recente. As razões principais encontradas para o adiamento da primeira relação sexual nos adolescentes prende-se, em 38% dos adolescentes do sexo feminino e 31% dos adolescentes do sexo masculino, com o facto de ser incompatível com a religião ou os valores morais. Quanto às raparigas, a segunda e terceira razões dadas foram o fato de não estarem preparadas para engravidar e não terem conhecido a pessoa certa (no período de 2006-2010).

Nos adolescentes sexualmente mais experientes, 70% dos adolescentes do sexo feminino e 56% dos adolescentes do sexo masculino referem que a sua primeira relação sexual foi com alguém que já conheciam há algum tempo e mantinham um relacionamento de carácter fixo.

Os adolescentes dos Estados Unidos da América e da Europa não diferem muito quanto aos resultados na área sexual. Distinguem-se os adolescentes europeus por terem uma maior preocupação em utilizar o preservativo e os métodos contraceptivos. A investigação referida mais abaixo, que indica uma taxa de natalidade inferior na Europa, vem provar esta afirmação.

Quanto à contraceção utilizada pelos adolescentes americanos:

- A maior parte dos adolescentes experientes do sexo feminino, cerca de 78% utilizam contraceptivos na primeira relação sexual, em relação a 85% dos adolescentes do sexo masculino;
- Houve um aumento da utilização do preservativo nas adolescentes de 48% em 1982, para 78% no período de 2006 a 2010;

- Os adolescentes com 14 anos ou menos idade têm uma menor preocupação em utilizar o preservativo na sua primeira relação sexual e têm uma maior dificuldade em utilizá-lo mais tarde;
- O preservativo é o método contraceptivo mais utilizado pelos adolescentes de forma geral. Na primeira relação sexual, 68% das raparigas e 80% dos rapazes utilizam-no. A utilização do preservativo tem aumentado ao longo do tempo;
- No período de 2006 a 2010, uma em cada cinco adolescentes sexualmente ativas referiu ter utilizado o preservativo e outro método contraceptivo hormonal e 1/3 (um terço) nos adolescentes do sexo masculino referiu ter utilizado os dois métodos na última relação sexual.

Em 1995 os adolescentes só utilizavam um método contraceptivo. Assim, a mudança de comportamento sexual dos adolescentes, com adoção de mais do que um método contraceptivo, constitui um marco importante.

- Nas adolescentes houve um aumento da utilização de métodos contraceptivos, como por exemplo o dispositivo intrauterino e implantes hormonais. Passou, no ano de 2002, de 0,3% para 1,5% em 2007;
- Quanto à utilização de contraceção de emergência, no período de 2006 a 2008, 8% das adolescentes entre os 15 e os 17 anos já a tinham utilizado.

O National Youth Risk Behavior Survey (YRBS) é uma das principais fontes representativas de informação e de pesquisa dos Estados Unidos da América, relacionada com os comportamentos sexuais, comportamentos de risco e prevenção da infeção pelo VIH nos jovens (Feijoo, 2011). É realizada uma pesquisa de dois em dois anos na altura da primavera que fornece dados representativos sobre a saúde sexual dos jovens de várias escolas públicas e privadas, do 9º grau até 12º grau.

Os resultados demonstram que:

- Não houve aumento nem diminuição no número de adolescentes que já tiveram relações sexuais;
- Não houve aumento nem diminuição no número de adolescentes no item que se refere a ter relações sexuais com quatro ou mais pessoas;
- Houve redução no número de adolescentes que tiveram relações sexuais durante os 3 meses que antecederam a pesquisa;
- Aumentou o número de adolescentes que utilizaram preservativo;

- Diminuiu o número de adolescentes que não utilizaram nenhum método contraceptivo na última relação sexual para evitar a gravidez;
- Diminuiu o número de adolescentes que consumiram álcool e estupefacientes antes de ter relações sexuais;
- Não houve alteração no número de adolescentes que tiveram relações sexuais antes dos 13 anos;
- Diminuiu o número de adolescentes que tiveram educação sexual ou matérias relacionadas com o VIH/sida;
- Não houve alteração do número de adolescentes que realizaram testes para determinar se foram infetados pelo VIH.

A figura 18 faz referência aos comportamentos dos jovens, no que se refere à sexualidade, no período de 2001 a 2011.

Figura 18. *Práticas sexuais dos adolescentes, educação sexual e realização do teste do VIH na Europa (2001-2011).*

2001	2003	2005	2007	2009	2011	Changes from 1991–2011 ¹	Change from 2009–2011 ²
Ever had sexual intercourse							
45.6 (43.2–48.1)	46.7 (44.0–49.4)	46.8 (43.4–50.2)	47.8 (45.1–50.6)	46.0 (42.9–49.2)	47.4 (45.0–49.9)	Decreased, 1991–2001 No change, 2001–2011	No change
Had sexual intercourse with four or more persons (during their life)							
14.2 (13.0–15.6)	14.4 (12.9–16.1)	14.3 (12.8–15.8)	14.9 (13.4–16.5)	13.8 (12.4–15.4)	15.3 (14.2–16.4)	Decreased, 1991–2001 No change 2001–2011	No change
During the 3 months before the survey, had sexual intercourse (currently sexually active)							
33.4 (31.3–35.5)	34.3 (32.1–36.5)	33.9 (31.4–36.6)	35.0 (32.8–37.2)	34.2 (31.9–36.5)	33.7 (31.8–35.7)	Decreased, 1991–2011	No change
Used a condom during last sexual intercourse (among students who were currently sexually active)							
57.9 (55.6–60.1)	63.0 (60.5–65.5)	62.8 (60.6–64.9)	61.5 (59.4–63.6)	61.1 (59.0–63.1)	60.2 (57.5–62.9)	Increased, 1991–2003 No change, 2003–2011	No change
Did not use any method to prevent pregnancy during last sexual intercourse (among students who were currently sexually active)							
13.3 (11.7–15.0)	11.3 (9.9–13.0)	12.7 (11.4–14.3)	12.2 (10.8–13.7)	11.9 (10.7–13.2)	12.9 (11.6–14.2)	Decreased, 1991–2011	No change
Drank alcohol or used drugs before last sexual intercourse (among students who were currently sexually active)							
25.6 (23.8–27.4)	25.4 (23.2–27.8)	23.3 (21.1–25.6)	22.5 (20.7–24.5)	21.6 (20.0–23.3)	22.1 (20.6–23.6)	Increased, 1991–2001 Decreased, 2001–2011	No change
Had sexual intercourse before age 13 years							
6.6 (5.7–7.6)	7.4 (6.2–8.8)	6.2 (5.5–7.1)	7.1 (6.2–8.1)	5.9 (5.1–6.8)	6.2 (5.6–6.9)	Decreased, 1991–2005 No change, 2005–2011	No change
Were ever taught in school about AIDS or HIV infection							
89.0 (87.6–90.3)	87.9 (85.8–89.7)	87.9 (85.8–89.7)	89.5 (88.1–90.7)	87.0 (85.7–88.3)	84.0 (82.3–85.6)	Increased, 1991–1997 Decreased, 1997–2011	Decreased
Were ever tested for HIV (not including tests conducted when donating blood)							
NA	NA	11.9 (11.1–12.8)	12.9 (11.6–14.4)	12.7 (11.6–14.0)	12.9 (11.3–14.7)	No change, 2005–2011	No change

¹ Based on trend analyses using a logistic regression model controlling for sex, race/ethnicity, and grade.

² Based on t-test analyses, $p < 0.05$.

³ 95% confidence interval.

⁴ Not available.

Fonte: Adaptação de National Youth Risk Behavior Survey (YRBS) de 2001 a 2011.

No que se refere à utilização de métodos contraceptivos, especialmente para evitar a gravidez, há uma redução do número de adolescentes que se protegeram de gravidezes não planeadas na última relação sexual. Estes resultados contrariam o estudo anterior, que faz referência a um aumento do número de jovens a utilizarem métodos contraceptivos e, até, utilizarem contraceção dupla como a contraceção hormonal e o preservativo. A utilização única do preservativo pelos adolescentes aumentou.

Esta situação é alarmante, pois são muito poucos os adolescentes com formação nas escolas sobre VIH/sida e que ainda têm condutas sexuais seguras (Feijoo, 2011).

Outra investigação realizada pela organização Advocates for Youth em 2011, que se dedica a estudar a saúde sexual dos adolescentes, realizou um estudo comparativo relativamente a esta área, nos adolescentes da Europa e dos Estados Unidos.

Regularmente, desde 1998, Advocates for Youth patrocina viagens de estudo para a França, Alemanha e Holanda para compreender a razão pela qual os resultados de saúde sexual de adolescentes são mais positivos nos países da Europa do que nos Estados Unidos.

O estudo debruçou-se sobre a utilização do preservativo pelos adolescentes de ambos os sexos com 15 anos de idade e da pílula anticoncepcional nas adolescentes (Feijoo, 2011). Os resultados do estudo são apresentados nas figuras 19, 20 e 21 e indicam que os adolescentes do sexo masculino norte-americanos com 15 anos de idade utilizam com mais frequência o preservativo do que nas décadas anteriores. No entanto, em 2003 e 2007, a utilização de métodos contraceptivos (pílula) e do preservativo estabilizou.

Ao comparar os adolescentes norte-americanos com os adolescentes da Europa, também com 15 anos, verifica-se que os adolescentes europeus se protegem mais ao utilizar com mais frequência o preservativo e a contraceção hormonal. Há uma ligeira redução da utilização do preservativo nas adolescentes do sexo feminino em relação aos adolescentes do sexo masculino. As maiores diferenças encontradas dizem respeito à utilização da pílula contraceptiva. As adolescentes francesas (61%) utilizam-na com uma frequência significativamente superior às adolescentes dos Estados Unidos (11%). De seguida, as adolescentes holandesas, com 55% e as alemãs, com 26%.

No que se refere às infeções sexualmente transmissíveis, existem nove milhões de novos casos entre os 15 e os 24 anos e, quanto ao VIH, existem 18 mil novos casos entre os 13 e os 29 anos, nos Estados Unidos. A Advocates of Youth defende que é necessário modificar o atual paradigma da sociedade dos Estados Unidos, passando pela aceitação da sexualidade do adolescente, encarando-a como normal, saudável e afastando o medo, a ignorância e, sobretudo, valorizando e dando relevância ao adolescente. Os Estados Unidos

podem utilizar os modelos de estudo da sexualidade do adolescente da Holanda, Alemanha e França, de forma a beneficiar a saúde sexual dos seus jovens.

Figura 19. *Utilização do preservativo no sexo masculino.*

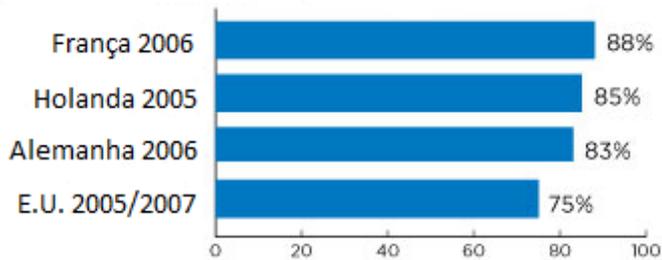


Figura 20. *Utilização do preservativo no sexo feminino.*

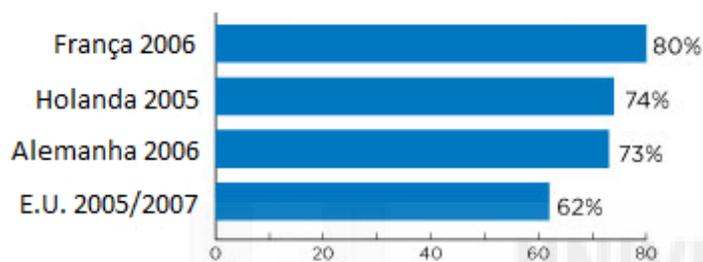
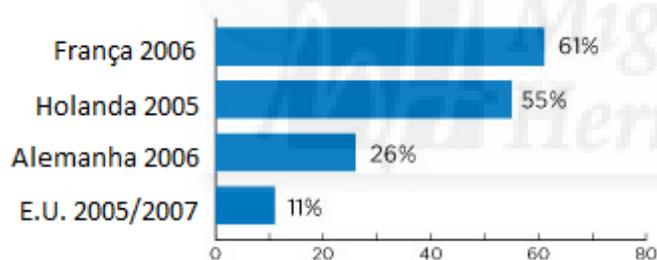


Figura 21. *Utilização da pílula no sexo feminino.*



Fonte: Adaptado Advocates for Youth (2011).

Apesar de alguns estudos evidenciarem diferenças pouco significativas nos resultados sobre a saúde sexual nos adolescentes entre os Estados Unidos e os países da Europa, os valores indicam que o número de gravidezes na adolescência, o número de nascimentos, o número de interrupções voluntárias de gravidez e o número de doenças sexualmente transmissíveis são mais elevados nos Estados Unidos do que na maioria de outros países desenvolvidos. Quanto à idade da iniciação sexual, a variância é pouca, mas a tendência para ter múltiplos parceiros é mais saliente nos Estados Unidos. A maioria dos adolescentes do sexo feminino dos Estados Unidos não referenciou a utilização de métodos contraceptivos na primeira relação sexual ou na relação sexual recente, em comparação com adolescentes de França e da Grã-Bretanha (Jacqueline et al., 2001).

Contudo, tem havido triunfos no comportamento sexual dos adolescentes ao realizarem-se comparações com a última década. Existem muitos adolescentes que não estão informados sobre as práticas sexuais seguras e sobre as infecções sexualmente transmissíveis, apesar de haver um desejo premente por parte dos mesmos em procurar conhecimento sobre a sexualidade.

O esforço e o contributo de várias organizações, institutos e entidades têm sido absolutamente necessários para que os adolescentes se consciencializem dos riscos que correm ao optarem por comportamentos de risco. A informação recebida pelos adolescentes é uma ferramenta imprescindível que os capacita para o desenvolvimento e escolha de comportamentos protetores e para a obtenção de sentimentos de autoeficácia, ao terem a perceção do risco individual.

5.5. Obstáculos que dificultam a aquisição e a interiorização de comportamentos seguros dos adolescentes na sexualidade

Tem havido um grande envolvimento, por parte de vários órgãos, na tentativa de modificar o comportamento dos adolescentes na área sexual quanto às condutas de risco. Este compromisso insere-se nas políticas de apoio que defendem e protegem os direitos dos adolescentes a vários níveis, inclusive a saúde sexual, ao nível de investigações realizadas no sentido de avaliar e monitorizar a saúde sexual dos adolescentes e verificar as políticas de intervenção mais estratégicas. Em paralelo, a existência de serviços de cuidados de saúde primários e de saúde escolar centrados nos adolescentes e jovens, nos quais existem técnicos competentes, treinados e com formação adequada que auxiliam o adolescente, é capital (OMS, 2009).

Estudos comprovam, como já constatado anteriormente, que os adolescentes, apesar de possuírem algum reportório sobre a temática do VIH/sida, continuam a ter comportamentos sexuais de risco. Os fatores presentes, que influenciam esta interiorização e ações protetoras, geralmente são de natureza biológica, hereditária, social, ambiental e pessoal (Orcasita, Uribe e Sanabria, 2009, cit. in Pineda, Díaz, Orbegozo, & Rodríguez, 2010). Nos aspetos pessoais, a ausência de conhecimentos e a dificuldade em elaborá-los pode comprometer a saúde do próprio e a de quem o adolescente se relaciona intimamente. Outros aspetos relacionam-se com a inacessibilidade aos serviços de saúde devido à sua distância e custo. Fatores sociais, como a cultura e a existência de determinadas leis políticas, crenças, certas práticas que não promovem a divulgação de mensagens fulcrais, estão na base

de condutas sexuais de risco. Um destes fatores, ou vários relacionados, pode tornar o adolescente desamparado e colocar a sua vida em risco (ONUSIDA, 2009).

Associado a estes fatores, a fase da adolescência tem como característica o sentimento de onipotência e o pensamento mágico vivenciado pelos adolescentes. O pensamento ilusório, de que nada de grave lhes acontece e a percepção que têm da passagem do tempo torna-os suscetíveis a qualquer risco. Para os adolescentes, só há presente e é quase impossível projetarem-se no futuro, uma vez que as emoções são vividas intensamente a cada momento. Como tal, uma parcela de adolescentes acredita que nunca contrairá nenhuma infecção sexualmente transmissível (Brêtas et al., 2009).

Para tentar compreender estes comportamentos existem vários modelos explicativos que elucidam os comportamentos de risco dos adolescentes referentes ao VIH. Uma das teorias desenvolvidas pelo Psicólogo Albert Bandura assenta no modelo de determinismo recíproco que pressupõe que o comportamento humano é comumente motivado por determinadas necessidades (Bandura, 1986, cit. in Júnior & Winsterstein, 2010). Esta perspetiva, que se fundamenta na aquisição e consistência de comportamentos de proteção, defende que os fatores ambientais, cognitivos, pessoais, motivacionais e emocionais interrelacionam-se e podem modificar-se entre si.

Desta forma as condutas preventivas atuam sobre estes fatores tendo em conta outras variáveis que são interdependentes: a informação, o desenvolvimento de habilidades sociais e o autocontrolo. O desenvolvimento da autoeficácia e a promoção do apoio social, estimula a modificação de hábitos ou condutas saudáveis no indivíduo (Bandura 1994, cit. in Espada, n.d.).

Outro modelo que esclarece as condutas sexuais dos adolescentes é o modelo PRECEDE, de Green, Kreuter, Deeds & Partridge (1980, cit. in Lynda & Ransdell, 2001), e que significa “*Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes for Educational Diagnosis Evaluation*”. Este modelo tem por base uma visão multidisciplinar e intersectorial.

Este modelo postula que, durante a ação de uma determinada conduta de saúde, existem variáveis que antecedem e sucedem o comportamento. Essas variáveis podem ser agrupadas em grandes áreas, que são: as variáveis predisponentes, que têm a ver com os valores, crenças pessoais, atitudes, conhecimento, habilidades existentes e a autoeficácia, que são fundamentais na mudança de comportamento; as variáveis facilitadoras que têm a ver com aspetos psicológicos/emocionais e os fatores físicos que em conjunto propulsionam a mudança de uma certa conduta. Por último, existem as variáveis reforçantes, que se relacionam com o meio onde o adolescente está inserido (família, parceiro, grupo de pares,

profissionais de saúde e meios de comunicação), que contribuem para alterar um comportamento e reforçá-lo quer seja positivo ou negativo.

Este modelo tem sido utilizado como um instrumento de diagnóstico e avaliação dos comportamentos dos adolescentes, permitindo detetar os fatores que agem como antecedentes comportamentais das condutas de risco e alterá-los (Pedrola & Rodríguez, 1994).

Os adolescentes que possuem mais conhecimentos sobre o VIH/sida encontram-se menos vulneráveis e mais capacitados no momento da tomada de decisões relacionadas com a sexualidade. Tentar identificar os conhecimentos que os adolescentes possuem sobre esta matéria e as suas lacunas seria uma das formas de reparar as conceções imperfeitas adquiridas e expandir o horizonte com o objetivo de obterem uma sexualidade mais segura. (DiClemente, Crosby & Wingood, 2002 cit. in Uribe, Orcasita, & Vélez, 2010). O conhecimento sobre o VIH constitui um fator de proteção, apesar de se saber que a informação, só por si, não é suficiente para manter comportamentos consistentes e constantes de proteção na sua prática sexual ao longo do tempo (Pedrola & Rodríguez, 1994).

A compreensão obtida sobre determinados processos de pensamento no adolescente permite delinear estratégias a nível cognitivo para combater e modificar certas crenças, conhecimentos, fantasias e mitos (Carey & Schroder cit. in Rodríguez, 2005). Subjacente a uma conduta particular, existem determinadas crenças, expectativas, razões, valores e emoções que podem ser favoráveis ou desfavoráveis no comportamento final do adolescente (Arrivillaga, Salazar & Correa, 2003, Arrivillaga & Sálazar, 2005, cit. in Soto et al., 2009).

De acordo com Fisher & Fisher, a informação que o adolescente possui, a motivação (atitudes, norma social, perceção subjetiva de risco e da gravidade) e as suas habilidades (assertividade, capacidade de negociação) no comportamento sexual constituem três elementos chave para se produzir modificações no comportamento sexual mais seguro do adolescente. Esta é uma teoria mais integradora e foi proposta nos últimos anos com o objetivo de conciliar os modelos preditivos das condutas relacionadas com a saúde (1992, cit. in Espada et al., 2003).

A mudança dos comportamentos sexuais de risco nos adolescentes e jovens tem-se tornado uma esperança, conforme assinalam investigadores, para a redução das doenças sexualmente transmissíveis nesta faixa etária.

Outra dimensão relevante a aprofundar nesta etapa da adolescência é a perceção da saúde/doença, mais particularmente a ansiedade. A ansiedade é comumente diagnosticada nesta etapa da adolescência (Albano et al., 1995 cit. in, García-Lopéz, Olivares, Hidalgo, Beidel & Turner, 2001). O adolescente encontra-se em processo de mudança e é natural que

se sinta ansioso devido a uma sucessão de fatores. A ansiedade funciona como um sistema biológico de alarme perante uma adversidade, auxiliando o organismo a encontrar os meios para ultrapassar determinada vicissitude.

Contudo quando a ansiedade torna-se desproporcional, quando o indivíduo paralisa, tem sensações subjetivas de medo, torna-se refém da sua própria mente, tem sensações de perigo e morte iminente é um prenúncio que a ansiedade configura-se patológica. Nesta fase, na presença de um quadro clínico patológico, a memória, a aquisição de conhecimentos e a vida social do indivíduo podem estar limitadas (Cabrera & Sponholz, 2002 cit. in, Rodrigues, 2011). Estudos indicam que as perturbações de ansiedade no adolescente podem conduzir a comportamentos sexuais de risco ou, então, serem precursoras dessas mesmas condutas na idade adulta.

5.6. A ansiedade nos adolescentes

A ansiedade é uma experiência do quotidiano e está presente, em maior ou menor grau, em determinadas situações da vida do indivíduo. Atua como propulsora do desempenho e, na maior parte das vezes, até certo grau torna-se positiva na execução de determinadas tarefas. A ansiedade é uma resposta normal do organismo, constituída por componentes psicológicas e fisiológicas perante situações que podem provocar medo, hesitação e sentimento de angústia. A ansiedade é distinta do medo. Enquanto o medo é uma reação perante um estímulo concreto, que provoca fuga ou evitamento, a ansiedade é um estado emocional com estímulos desencadeantes pouco claros e de difícil contorno, que não deixa de estar associada à componente medo (Baptista, Carvalho, & Lory, 2005). Existem três fatores que permitem distinguir a ansiedade dita “normal” da ansiedade adaptativa e ansiedade patológica: a intensidade, duração e frequência (Jacofsky, Santos, Patel, & Neziroglu, 2013).

Estudos indicam que a ansiedade de separação é a perturbação mais comum nas crianças e adolescentes, seguida das fobias específicas. Quanto à variável idade, os adolescentes que têm mais idade apresentam menor sintomatologia em relação à ansiedade de separação e à perturbação de pânico. Contudo há uma maior expressão dos sintomas de ansiedade generalizada (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo & Piqueras, 2012).

Em relação à variável idade, não há muito concordância entre os estudos realizados. No entanto, é por volta dos 13/15 anos que os adolescentes apresentam maior níveis de ansiedade social ou fobia social. As raparigas apresentam maiores níveis de ansiedade social, sintomatologia física e cognitiva, enquanto que os rapazes em situações temidas, apresentam

características de evitamento ou fuga (Inglés, Piqueras, García-Fernández, García-López, Delgado, & Ruiz-Esteban, 2011).

O desenvolvimento da capacidade cognitiva, da aptidão empática, a valorização do relacionamento de pares e a gradativa exigência acadêmica contribuem para a exteriorização do sentimento de medo em relação ao meio escolar (Rao et al., 2007 cit. in, Inglés et al., 2011). A ansiedade normal distingue-se da ansiedade patológica e é avaliada se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e se se relaciona com o estímulo que a provocou ou não. Jovens com perturbações psiquiátricas em tratamento ou com episódios de internamento têm tendência a iniciar a prática sexual precocemente. Estes jovens são menos propensos a utilizar preservativos, têm maiores taxas de doenças sexualmente transmissíveis, têm mais gestações indesejadas e têm maior número de parceiros sexuais, comparativamente aos adolescentes sem história de distúrbio mental (Baker & Mossman, 1991, Diclemente & Ponton, 1993, Valois, Bryant, Rivard & Hinkle, 1997, cit. in Brown, Hadley, Stewart, Lescano, Whiteley, Donenberg & DiClemente, 2010).

Adolescentes diagnosticados com sintomatologia ansiosa, *stress* pós-traumático e depressão, manifestam maior potencial no desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco na idade adulta (Stiffman, Dore, Earls, & Cunningham, 1992 cit. in Brown et al., 2010). Apesar dos poucos estudos existentes que correlacionem as perturbações de internalização, neste caso a ansiedade, com os comportamentos sexuais de risco nos adolescentes, está comprovado que os adolescentes que apresentam características de perturbação de externalização (comportamento desafiante/oposição e hiperatividade com défice de atenção), associadas a perturbações de internalização (depressão major, ansiedade generalizada e *stress* pós-traumático), necessitam de intervenção cuidadosa e monitorizada, com o objetivo de reduzir as suas condutas sexuais de risco.

Outra investigação consolida a anterior. Perante a existência de um quadro clínico onde há distúrbio de internalização (depressão e ansiedade), o adolescente apresenta níveis baixos de autoeficácia percebida (Brooks-Gunn & Paikoff, 1997, Brown et al, 1997 cit. in Donenberg, Bryant, Emerson, Wilson & Pasch, 2003), diminuição da assertividade, capacidade mínima de negociar o sexo seguro com o parceiro (McFarlane et al., 1995 cit. in Donenberg et al., 2003), atitudes sexuais permissivas, relações intensificadas com o grupo de pares sexualmente ativos, risco elevado de gravidezes não desejadas, não utilização de métodos contraceptivos e início precoce da atividade sexual (Dolcini & Adler, 1994, Hayes, 1987, Henggeler et al., 1992, Rotheram-Borus et al., 1989, 1995, Whitbeck et al., 1993 cit. in Donenberg et al., 2003).

Os adolescentes que estão em tratamento médico, mas que não expressam sintomatologia significativa, são menos passíveis de manifestar condutas sexuais de risco (Brown et al., 2010). Nos países desenvolvidos, a ansiedade é a perturbação psicológica mais comum, seguida da depressão, comportamentos etílicos e, por último, o consumo de estupefacientes. O início do século XX foi pautado pela neurose obsessiva e histeria, há meio século pelo narcisismo e atualmente é a ansiedade que predomina (Varela, 2007). Como já mencionado, a ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desenfreados em relação à situação que os desencadeia ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. Estas reações interferem no bem-estar do indivíduo e podem comprometer a realização de tarefas corriqueiras do quotidiano (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

De acordo com a American Psychiatric Association, 2013 a característica essencial da ansiedade generalizada é a ansiedade e a apreensão expetante ampliadas, em relação a determinadas situações rotineiras que ocorrem na maior parte dos dias por um período de pelo menos seis meses. Normalmente, a descrição da sintomatologia refere-se ao estado geral de mal-estar subjetivo provocado por acontecimentos que desencadearam inquietação e sentimento de impotência que dificultam o controlo interno, originando sentimentos psicológicos e físicos incapacitantes.

Os sintomas são variáveis e têm a ver com a história clínica de cada indivíduo. Normalmente, têm as características de: agitação, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, sentimento de horror, alarme, sensação de morte entre outros. Existem outras queixas relacionadas com manifestações corporais que podem estar associadas ao transtorno de ansiedade generalizada como: palpitações, falta de ar, taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese excessiva, dor de cabeça, alteração nos hábitos intestinais, náusea, opressão no peito e tensão muscular (Andrade & Gorenstein, 1998).

As perturbações de ansiedade resultam de uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais que, interligados, refletem a complexidade da fenomenologia desta perturbação (Sierra, Zubeidat & Parra, 2006). De acordo com Spielberger (1972), a ansiedade divide-se em ansiedade estado e ansiedade traço esta última pode fazer parte da personalidade do indivíduo. A ansiedade estado caracteriza-se por ser um estado emocional passageiro, revestido de conteúdos de grande preocupação e inquietação, e por uma exacerbação da atividade do sistema neurovegetativo. Ansiedade traço alude a diferenças relativamente equiparáveis entre os indivíduos no que respeita à ansiedade, e que pode

resultar de um aumento em maior ou menor grau do estado de ansiedade, como consequência da exposição ao estímulo ansiogéneo (Rosa, 1998).

No que concerne à prevalência da ansiedade, múltiplos fatores estão interligados, como o sexo, a idade, a cultura e a situação socioeconómica, que são perentórios na proporção da variabilidade desta prevalência. Assim sendo, o sexo feminino é mais vulnerável a esta problemática, bem como o facto de o indivíduo ser mais retraído ou apresentar inibição comportamental ou estar mais propenso a eventos negativos. Outros aspetos estão associados a este transtorno, como o desemprego, baixo estrato social, não ser casado e ter uma educação deficitária. Os fatores genéticos, a história do indivíduo, a facilidade com que as respostas condicionadas são adquiridas, a sensibilidade à ansiedade, o suporte social, a intensidade da resposta fisiológica e o enviesamento das cognições percebidas pelo indivíduo são variáveis que também confluem na perturbação de ansiedade (Michael, Zetshe & Margraf, 2007).

5.6.1. Prevalência da ansiedade de forma global

De acordo com 87 estudos realizados transversalmente em 44 países, de 1980 a 2009, em relação à prevalência das desordens de ansiedade, estima-se que a variação da prevalência da ansiedade, de forma global, foi de 0,9% a 28,3%, e, no último ano, aumentou ligeiramente de 2,4% para 29,8%.

Em relação à prevalência da ansiedade nas culturas africanas variou entre 3,5% a 8,1%, e para as culturas europeias, norte-americanas e australianas, variou entre 7% a 15,5% (Baxter, Scott, Vos & Whiteford, 2013). De acordo com a tendência, é provável que estes valores tenham aumentado ligeiramente nos últimos anos. É de salientar, e como já referido, que a estimativa da prevalência dos transtornos de ansiedade é mais elevada em mulheres adultas e em países desenvolvidos.

As disruptivas mudanças políticas socioeconómicas de vários países e as consequências das mesmas, como o desemprego, o fraco poder socioeconómico, e, por outro lado, aspetos inerentes à biologia e personalidade do indivíduo afetam substancialmente a saúde mental das populações, originando este tipo de perturbação.

5.6.2. Prevalência da ansiedade nos adolescentes

Várias investigações realizadas concluem que a prevalência dos transtornos de ansiedade tem maior incidência em adultos do que em adolescentes e idosos (Kessler et al., 2005, cit. in Schmidt, Souza, Rusch, Pereira & Silva, 2009). Contudo, quando é diagnosticado antes dos 25 anos e no sexo feminino o prognóstico é considerado grave (Rubio e López-Illbor, 2007, cit. in Schmidt et al., 2009). Segundo Freud (1976), a ansiedade é a vivência do sofrimento psíquico determinado pela presença de um conflito interno que ainda está por desvendar (Batista & Oliveira, 2005).

A ansiedade no adolescente pode comprometer o seu sucesso escolar, os relacionamentos entre pares, provocar instabilidade familiar e levar a comportamentos de isolamento. Há evidências que a ansiedade é precursora da depressão, o que torna importante compreender os sinais do adolescente nesta fase (Brito, 2011).

O adolescente nesta fase sofre grandes mudanças, a nível físico e psicológico, que não consegue controlar. É um corpo em crescimento com uma mente inquieta, repleta de interrogações. É natural que, nesta fase, se encontre mais vulnerável, com níveis elevados de ansiedade e, para negar o medo, embarque em comportamentos de risco (Hussong et al., 2004, cit. in Borges, Manso, Tomé & Matos, 2008).

No que se refere à prevalência dos transtornos de ansiedade, estima-se que varia entre 4% a 20% nos adolescentes. Os sinais da manifestação da ansiedade nos adolescentes podem surgir quando as tarefas ou rotinas diárias deixam de fazer sentido e o adolescente passa a evitá-las. A sintomatologia mais comum é de ordem somática e psicológica.

Várias investigações efetuadas, inclusive um estudo realizado com adolescentes das cidades de Providence, Atlanta e Chicago, apontam para uma maior prevalência de condutas sexuais de risco entre adolescentes que apresentam perturbações psiquiátricas (Brown et al., 2010).

Existem vários fatores presentes na etiologia da ansiedade, como a carga genética, a personalidade e aspetos relacionados com a dinâmica familiar. Quanto a este último ponto, os estudos demonstram que filhos de pais que apresentem perturbação de ansiedade têm uma predisposição maior desta vir a desenvolver-se bem como ter uma personalidade retraída com alguns traços de timidez. A existência de episódios de vida negativos também está associada ao início da patologia. A tendência, por parte do indivíduo, de seguir o modelo do adulto, quando o mesmo ainda não tem a capacidade de limitar as respostas de medo e não consegue

ter comportamentos assertivos, é também, instigante na progressão desta perturbação no adolescente (Crujo & Marques, 2009).

Finalizando, a ansiedade é um mecanismo emocional e universal normal, que tem como função a preparação do organismo para um determinado estímulo. A ansiedade constitui uma defesa e atua ao nível da antecipação de algo que pode ser considerado perigoso. Às vezes, o mecanismo pode estar “comprometido” e produzir respostas inadequadas a estímulos neutros. O transtorno de ansiedade é das psicopatologias mais frequentes na população geral.

Regra geral, os adolescentes consideram que desfrutam de uma boa saúde, sentem-se felizes e psicologicamente estáveis. Todavia, a ansiedade é um assunto de saúde relevante na população juvenil, pois, quando não é acompanhada adequadamente, pode levar, na idade adulta, ao desenvolvimento de algum tipo de psicopatologia e conduzir a condutas desviantes.



CAPÍTULO 6

PREOCUPAÇÃO DOS ADOLESCENTES COM A SAÚDE E O BEM-ESTAR FÍSICO.

ESTUDOS DE PREVALÊNCIA



6. PREOCUPAÇÃO DOS ADOLESCENTES COM A SAÚDE E O BEM-ESTAR FÍSICO. ESTUDOS DE PREVALÊNCIA

6.1. Os adolescentes: A saúde e o bem-estar físico

Os comportamentos adquiridos na adolescência tendem a manter-se na vida adulta e são responsáveis por uma grande parte da morbidade e mortalidade, representando enormes custos. O consumo de substâncias aditivas, a ausência de atividade física, o sexo desprotegido ou a exposição à violência são responsáveis por comprometer a integridade física do indivíduo e de quem está ao seu redor. Ao longo do desenvolvimento, o adolescente enfrenta determinados riscos que implicam ter a capacidade, a força e a determinação necessárias para ultrapassar obstáculos que pode sentir incapacidade em controlar.

Segundo dados da OMS (2011), as perspectivas gerais em relação à saúde dos adolescentes é que a maior parte é saudável. No entanto, todos os anos, cerca de 2,6 milhões de adolescentes entre os 10 e os 24 anos perdem a vida. Um número maior de adolescentes é acometido por doenças que impedem o seu desenvolvimento saudável e outra porção superior de adolescentes envolve-se em comportamentos que colocam a sua vida e a de outro indivíduo em risco.

Quanto à gravidez na adolescência, é um problema grave devido à sua incidência (11% da população mundial) e às complicações que surgem, tanto para a gestante, como para o feto, que podem causar a morte. Calcula-se que cerca de 16 milhões de adolescentes são mães todos os anos no mundo inteiro. Segundo a OMS, uma em cada cinco adolescentes já foi mãe com idade inferior aos 18 anos. Este dado aumenta quando se trata de regiões mais pobres, sendo a proporção de três para cinco.

No que se refere ao VIH, indivíduos entre os 15 e 24 anos foram responsáveis por cerca de 40% de novas infeções em 2009, no mundo. À volta de 24% de raparigas têm conhecimento sobre o VIH e das suas formas de transmissão. No caso dos rapazes, este valor aumenta para 36%. Porém, no geral, estes valores são extremamente baixos.

No que diz respeito aos hábitos alimentares, muitos adolescentes, nesta fase, estão subnutridos, o que os torna vulneráveis à doença e à morte precoce. Por outro lado, o excesso de peso e a obesidade está a aumentar no mundo, quer em países de baixa renda, que nos de renda superior. A nutrição adequada, hábitos alimentares saudáveis e exercício físico nesta idade são fundamentais para uma boa saúde na idade adulta.

Quanto à saúde psicológica, cerca de 20% dos adolescentes e jovens vivenciam um acontecimento traumático, que pode ter como consequência a depressão e a perturbação de ansiedade. Este risco é aumentado devido a experiências de violência, humilhação, desvalorização, condições socioeconómicas, que, por fim podem levar ao suicídio, sendo esta constitui uma das principais causas de morte nesta faixa etária.

Quanto ao tabagismo, este comportamento é introduzido na adolescência e, atualmente, cerca de 150 milhões de jovens são fumadores. Este número está a aumentar a nível mundial, especialmente entre as raparigas jovens, o que também leva à morte prematura.

Em relação ao consumo de álcool, normalmente tem início entre os 13 e os 15 anos de idade e persiste na adolescência. Verifica-se que 14% das raparigas e 18% dos rapazes têm comportamentos etílicos. Esta conduta é verificada em países de baixa e alta renda.

A violência interpessoal também representa uma das principais causas de morte, principalmente entre os indivíduos do sexo masculino. Cerca de 430 jovens com idade entre 10 e 24 anos perdem a vida todos os dias devido à violência interpessoal.

Os acidentes de trânsito também são a principal causa de morte e invalidez entre os jovens. Muitos jovens conduzem sob o efeito de álcool e estupefacientes, comprometendo a sua vida e a vida de outras pessoas.

Segundo os dados da UNICEF (2011), em relação às tendências demográficas para os adolescentes, tem havido um aumento significativo desde 1950. A maior parte dos adolescentes, cerca de 88% vive em países em desenvolvimento. Na América Latina e no Caribe existem cerca de 108 milhões de adolescentes e na Europa cerca de 58 milhões. Constata-se que, na Europa o envelhecimento é acentuado. Espera-se que o número de adolescentes continue a aumentar nas próximas décadas até 2030. Os maiores aumentos do número de adolescentes ocorrerão nos países mais desenvolvidos. Em relação ao género, de forma geral, há uma tendência para haver mais rapazes adolescentes do que raparigas adolescentes.

A aquisição de estilos de vida saudáveis permite ao adolescente controlar a sua saúde. A escola, a família e a sociedade podem promover condições que fomentem o desenvolvimento equilibrado do adolescente. Um agrupamento de forças internas e externas influencia esta população de menor idade. A investigação é importante na avaliação da saúde do adolescente inserido no seu contexto social. A promoção através de várias entidades, de como adquirir práticas saudáveis durante a adolescência e a adoção de medidas para salvaguardar os adolescentes de variados riscos são imprescindíveis para o futuro saudável

desta população, contribuindo, assim, para uma melhor infraestrutura social e para a prevenção de problemas de saúde na idade adulta.

O relatório de estudo realizado por Matos, Simões, Camacho & Reis (2012), denominado Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), e promovido pela OMS, liderado em Portugal pela equipa do Projeto Aventura Social com adolescentes, demonstra o seu quotidiano em várias áreas:

Computador versus Exercício Físico

De acordo com o estudo realizado, os adolescentes passam menos tempo a ver televisão, mas, em contrapartida estão mais de 4h por dia, durante a semana, conectados ao computador. Em 2010, apenas 1,4% dos jovens não tem computador em casa e 7,1% não tinha acesso à internet em casa. Em relação à socialização com os amigos, desde o ano de 2006 que os adolescentes saem cada vez menos. Em relação à atividade física, os adolescentes com mais idade praticam menos exercício físico, bem como as raparigas. O sedentarismo vence em relação à prática de exercício físico.

Consumo de tabaco, álcool e estupefacientes

Em relação ao consumo de tabaco a maioria dos adolescentes não consome e, desde 2002, tem havido uma queda. Quanto à ingestão de álcool, a maioria dos jovens não consome bebidas destiladas. O consumo diário de bebidas destiladas varia entre 0,3% e 1%. A percentagem de adolescentes que se alcoolizou acima de 10 vezes manteve-se. Quanto à utilização de estupefacientes, a maioria dos adolescentes refere não ter tido esta conduta no último mês. O consumo regular de estupefacientes passou de 1,1%, em 2006, para 1,4% em 2010. A experimentação de haxixe entre os adolescentes portugueses tem variado desde 1998 (3,8%), sendo que a maior percentagem foi observada em 2002 (9,2%). Desceu em 2006 (8,2%) e aumentou ligeiramente em 2010 (8,8%). Em relação à utilização de outras drogas, ocorreu um aumento de 2006 para 2010: LSD, de 1,8% para 2%; cocaína, de 1,6% para 1,9%; e *ecstasy* de 1,6% para 1,8%.

Violência e acidentes

A maioria dos adolescentes não teve lesões ultimamente e a percentagem de adolescentes com lesões tem vindo a diminuir nos últimos anos. A maioria dos adolescentes também não utilizou armas, não se envolveu em lutas no último ano e mais de metade dos alunos que referem envolvimento numa desavença indicam a escola como o local onde tal ocorreu. Cerca de um quarto dos jovens refere “a rua” e um em cada sete jovens refere ter estado envolvido num conflito “em casa”. Mais de metade dos alunos, ao serem questionados sobre se assistiram a situações de picardia na escola, mais de metade declarou ter assistido. Referem que na escola os casos de provocação ocorrem mais frequentemente no recreio.

O desenvolvimento de novas tecnologias e, sobretudo, o acesso fácil à internet fez com que muitos adolescentes tivessem sido vítimas de violência interpessoal através do messenger e SMS/MMS. 15,9% dos jovens reporta já ter sido ator de episódios de provocação com utilização destas tecnologias.

Ao ser colocada a questão se alguma vez causaram intencionalmente mal a si próprios, 15,6% dos alunos respondeu afirmativamente e, normalmente, cometeram lesões físicas aos membros superiores e inferiores.

Escola

Os adolescentes portugueses têm uma classificação superior à média europeia, comparativamente aos países que pertencem ao projeto HBSC. Quanto ao item: “o que é que consideram sobre a perceção dos professores quanto à competência escolar dos mesmos”, os adolescentes referem que os professores julgam que têm classificações inferiores à média. Portugal costuma ter uma das classificações menos positivas neste item, comparando com os países que pertencem ao projeto HBSC.

No que concerne às tarefas escolares, há referência a muita inquietação e preocupação na realização das mesmas. Apesar deste aspeto, a maioria dos alunos refere apreciar a escola. A maior parte dos adolescentes demonstra o desejo de prosseguir os estudos após a escolaridade básica, mas um em cada 10 adolescentes pensa em procurar emprego; um em cada oito adolescentes ainda não sabe o que fará e 0,7% dos adolescentes pensa que não vai conseguir empregar-se.

Imagem corporal e bem-estar

Através da avaliação do índice de massa corporal (I.M.C.), verifica-se um ligeiro excesso de peso que torna-se significativo a partir de 2006. A percentagem de adolescentes que apresenta excesso de peso, é de 18,4%, mas ao serem questionados sobre o seu corpo, cerca do dobro considera-se “gordo”.

No que diz respeito ao sono e à qualidade do mesmo, 35% dos alunos reportam dormir oito horas de sono diárias, oito por cento refere distúrbio de sono e 12% acusam cansaço.

Quanto às doenças físicas, incapacitantes ou prolongadas, 19% dos adolescentes são acometidos por uma delas, e dessa percentagem, 14,3% considera o seu problema físico limitante no desempenho escolar.

Quanto ao bem-estar ou sentimento de felicidade, a maior parte dos adolescentes, cerca de 84,2%, sente-se bem. No entanto alguns adolescentes salientam alguns sentimentos, como tristeza, irritação, ansiedade e alguma sintomatologia física (dores generalizadas).

No que se refere à taxa de suicídio, em média, suicida-se um adolescente por mês (Silva, n.d.).

No que diz respeito à situação económica do país, o facto de Portugal ser um país pobre não traz uma correlação negativa no bem-estar biopsicossocial dos adolescentes, ao contrário de países como a Holanda e a Áustria. Outros estudos reforçam este aspeto, na medida em que os adolescentes portugueses têm a perceção que estão bem em relação à vida, que não têm nenhuma doença preocupante e sentem-se satisfeitos de forma geral. Estes aspetos são mais pronunciados nos adolescentes do sexo masculino e nos adolescentes mais novos, os quais têm uma perceção mais positiva sobre estas áreas da vida do que as adolescentes.

Os adolescentes se sentem mais felizes são os que também referem ser saudáveis e estarem satisfeitos com a vida (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2008). Existem várias variáveis que influenciam o bem-estar psicológico dos adolescentes. Segundo os resultados do estudo de Fernandes (2007), realizado com adolescentes portugueses, conclui-se que os adolescentes com mais idade se consideram mais independentes, com mais tarefas relacionadas com o meio onde estão inseridos, com índices mais elevados de crescimento pessoal/atualização e com relações interpessoais mais positivas enquanto que as raparigas apresentaram níveis médios superiores de crescimento pessoal e relações interpessoais

positivas. Os rapazes apresentaram níveis mais elevados de autoaceitação comparativamente às raparigas.

Ao fazer a comparação dos adolescentes que vivem no meio urbano e rural, existem diferenças. Os adolescentes que vivem no meio rural apresentam um desenvolvimento pessoal e um nível de aceitação mais elevado, em detrimento dos adolescentes que vivem no meio urbano.

Quanto ao estatuto socioeconómico dos seus familiares, os adolescentes que provêm de um meio mais elevado apresentaram níveis médios superiores de relações positivas e de objetivos de vida, em comparação com os adolescentes vindos de um estrato social inferior.

A estrutura familiar também tem influência, uma vez que os adolescentes que se encontram inseridos em famílias monoparentais apresentaram uma menor competência ao nível do domínio do meio, em relação aos adolescentes oriundos de famílias tradicionais.

Os adolescentes que apresentaram níveis mais elevados de funcionamento psicológico mais positivo, por sua vez, também apresentam relações mais positivas com os seus progenitores, maior satisfação com a sua imagem corporal, maior autoestima, satisfação com a escola e níveis de ansiedade social inferiores, culminando num bem-estar psicológico.

Em suma, e de forma geral, os adolescentes portugueses aspiram atingir a felicidade, obter estabilidade económica e profissional, conhecer o mundo, estabelecer laços familiares, serem saudáveis, possuir habilitações académicas, ter casa própria, ter apoio familiar, auxiliar a família e os amigos.

6.2. Estudos de prevalência das preocupações com a saúde nos adolescentes na Europa

O relatório sobre a política de saúde das crianças e adolescentes da OMS salienta que esta camada, muitas das vezes, é excluída das estatísticas de saúde (WHO, 2012). A atenção dada aos adolescentes tem sido reduzida no que diz respeito às desigualdades relacionadas com o nível socioeconómico, a idade e o género. Em geral, os jovens da Região Europeia da OMS gozam de melhor saúde e desenvolvimento do que nunca, mas há uma falha para atingir graus mais elevados de saúde geral. Esta aposta implicaria custos sociais, económicos e humanos significativos e grandes variações na saúde em cada Estado-Membro. O fato dos jovens terem boas condições de saúde, quer a nível físico, quer a nível emocional, permite-lhes enfrentar as adversidades, estarem habilitados a gerir de forma equilibrada o seu futuro e formarem-se como adultos.

A percepção da saúde é um indicador subjetivo geral de saúde e implica dimensões físicas e não físicas de saúde numa esfera biopsicossocial. Nesta pesquisa, os adolescentes descreveram a percepção que têm da sua saúde de acordo com a idade e responderam de acordo com as opções de saúde: excelente, boa, adequada e pobre.

A maior parte das raparigas com mais idade relatou ter uma saúde tanto adequada como miserável, com uma prevalência mais significativa nas mesmas e um valor para cerca de metade nos rapazes. As mudanças sobre a percepção da saúde foram mais acentuadas nas raparigas, num valor superior a 10% na maior parte dos países e regiões, e com variações baixas nos rapazes.

Os adolescentes mais novos, com 15 anos, reportam poucas diferenças e, com o passar do tempo, as diferenças acentuam-se com a idade, com uma maior variabilidade da percepção de saúde nas raparigas. As maiores diferenças existem em minoria em adolescentes com 11 anos.

No que se refere aos estratos sociais mais baixos, há uma associação a maiores problemas de saúde em ambos os sexos, sendo esta correlação mais significativa para o sexo feminino, comparativamente ao sexo masculino quando analisado em vários países.

Quanto à satisfação com a vida, é um índice subjetivo de bem-estar e está relacionado com a saúde subjetiva. Nos adolescentes, a satisfação com a vida está fortemente associada a experiências e relacionamentos. Quanto aos fatores de proteção: o sentimento de pertença à família, boa comunicação, apoio de pelo menos um adulto e a ajuda de amigos para ultrapassar um episódio *stressante* são fundamentais em situações pontuais de crise. A comunicação realizada no circuito familiar, dos adolescentes em relação aos pais, é descrita como sendo fácil. A abordagem é relatada como acessível quando o conteúdo do diálogo é constrangedor.

Nos adolescentes de um nível socioeconómico mais elevado existe uma comunicação mais produtiva com os pais e com amigos íntimos e colegas. Estes, por sua vez, têm uma percepção mais fina do seu desempenho escolar.

Quanto à estrutura familiar, os adolescentes que provêm de uma família tradicional (com ambos os progenitores) expressam maior satisfação com a vida, do que os adolescentes que provêm de uma família monoparental ou na situação em que os cuidadores não pertencem à família ou são responsáveis pelo adolescente.

A existência de uma boa conduta escolar desempenha um papel preponderante e positivo na satisfação que os adolescentes possuem em relação à vida. Os fatores que levam

os adolescentes a sentirem-se insatisfeitos com a vida e a terem níveis baixos de saúde subjetiva prendem-se com situações de *bullying* e questões psicossociais.

Através da utilização de uma escala para analisar os níveis de satisfação que os adolescentes têm com a vida, no parâmetro idade dos adolescentes, a prevalência da satisfação positiva em relação à vida baixou entre os 11 anos e os 15 anos, na maior parte dos adolescentes do sexo feminino, em quase todos os países e regiões, e só em alguns adolescentes do sexo masculino a prevalência baixou. A prevalência da satisfação com a vida teve tendência a diminuir com a idade nas adolescentes, com um valor superior a 10% em quase metade dos países e regiões, com uma redução inferior para os adolescentes do sexo masculino.

No que se refere ao parâmetro idade, na satisfação que os adolescentes expressam pela vida, a prevalência de sentirem-se bem com a mesma foi superior nos rapazes de 15 anos de idade, em quase todos os países e regiões, e em menos de metade nos rapazes com 13 anos. As diferenças de género não foram significativas aos 11 anos de idade, mas aos 15 anos de idade a diferença ultrapassou os 10% em alguns países e regiões.

O estrato social elevado foi associado a uma satisfação alta com a vida nos adolescentes de ambos os sexos de quase todos os países e regiões. A diferença de prevalência entre o estrato social elevado e baixo tende a ser mais significativa nas raparigas e excedeu 15% em pouco menos de metade dos países e regiões.

Quanto às queixas de saúde múltiplas que se incluem somatizações, perturbações psicológicas são consideradas importantes indicadores de bem-estar. A escola é considerada um fator de proteção, bem como a estabilidade familiar na prevenção de vários problemas de saúde. A avaliação foi realizada através da frequência que os adolescentes experimentaram cefaleias, dores de estômago e queixas a nível psicológico, como irritação, distúrbio de sono e sentimento de falta de humor.

No que se refere ao parâmetro idade, a prevalência de várias queixas de saúde aumentou com a idade nas raparigas, com a diferença superior a 10% na maior parte dos países e regiões. Verificou-se um aumento significativo na prevalência de várias queixas de saúde nos rapazes entre as idades de 11 anos e 15 anos de idade, somente em alguns países. As raparigas expressaram, significativamente, várias queixas de saúde, comparativamente aos rapazes, na maior parte dos países e regiões. A prevalência entre os dois sexos em relação às múltiplas queixas de saúde tem tendência a aumentar com a idade. A prevalência mais elevada quanto a múltiplas queixas de saúde foi associada, significativamente, a estratos sociais mais baixos nas raparigas e na maior parte dos rapazes, em quase todos os países e

regiões. A diferença entre o estrato social baixo e alto é superior a 10% nas raparigas, em metade dos países e regiões, e, nos rapazes, essa diferença é reduzida.

Quanto à prática desportiva, esta é fundamental na saúde física e mental e pode melhorar o desempenho académico dos adolescentes, bem como a sua performance cognitiva, entre outros aspetos. Em alguns países do Norte da América e na Europa, verifica-se sérios problemas de saúde relacionados com a obesidade devido ao sedentarismo. Os adolescentes com 11 anos adquiriram mais práticas físicas quando comparados com o grupo de 15 anos. Os rapazes realizam pelo menos 60 minutos de atividade física diária. A diferença de géneros na prática de exercício físico foi significativa nas várias faixas etárias, na maior parte dos países e regiões.

O estrato social baixo foi significativamente associado a uma prevalência baixa da prática de exercício físico pelos adolescentes, em pelo menos metade dos países, com uma diferença de 10% entre os dois estratos. Os estudos demonstram que há pouca relação ou nenhuma entre ver televisão e praticar exercício físico. Os comportamentos sedentários têm uma maior associação com índices negativos de saúde, utilização de estupefacientes e envolvimento em agressões, o que compromete a disponibilidade para a prática desportiva.

O sedentarismo pode ter um efeito cumulativo na infância e, com a visualização de televisão na adolescência, estar associado ao aumento de peso na idade adulta. O ideal para um adolescente é despender uma a duas horas a ver televisão. Contudo, esse tempo é sempre ultrapassado. A prevalência é significativamente mais alta no comportamento ver televisão em adolescentes com 15 anos, em relação aos que têm 11 anos, em menos de metade dos países e regiões. A percentagem é maior em adolescentes do sexo feminino, comparativamente aos do sexo masculino. A diferença entre sexos não é significativa, com um valor de 10%.

A associação entre estrato social e o comportamento ver televisão atinge um valor inferior a 10%. Esta associação teve uma prevalência mais elevada em raparigas de famílias de baixo estrato social, em menos de metade dos países e regiões, em comparação com os rapazes, com o valor de um terço.

6.3. Estudos de prevalência das preocupações com a saúde dos adolescentes de forma global

De acordo com a OMS (2014), no mundo vive cerca de 1,2 bilhões de pessoas, com idade entre os 10 e os 19 anos. O relatório da OMS que relata a saúde dos adolescentes no

mundo menciona a importância do mesmo para ressaltar o foco na saúde desta faixa etária, com o intuito de acentuar e restabelecer as necessidades de saúde dos adolescentes e funcionar como mecanismo numa ação conjunta e célere para este propósito. O relatório postula determinadas ações-chave que orientam e consolidam as formas de intervenção dos vários países e respondem às necessidades da saúde biopsicossocial dos adolescentes.

Quanto às principais causas de morte nesta faixa etária são: acidentes de viação, VIH/sida e suicídio. A depressão é responsável por certas limitações no adolescente: incapacidade, inaptidão e insuficiência. Metade das perturbações do foro psiquiátrico no adulto parece surgir por volta dos 14 anos, mas, lamentavelmente não são diagnosticadas precocemente nem tratadas, o que implica sofrimento psicológico ao longo da vida. O *stress*, o mal-estar e a ansiedade podem conduzir a perturbações psiquiátricas e a tentativas de suicídio (Weitof & Rosén, 2005).

Estima-se que cerca de 1,3 milhões de adolescentes perderam a vida em 2012, essencialmente por circunstâncias que poderiam ter sido controladas ou tratadas. Houve um decréscimo de adolescentes que perderam a vida devido a complicações da gravidez e do parto desde 2000, sobretudo em regiões onde a taxa de mortalidade materna é mais elevada. Apesar deste declínio, a mortalidade materna também é uma das principais causas de morte nas raparigas.

Em relação às mortes por VIH/sida, os dados sugerem um aumento na população adolescente, com predominância para o continente Africano. Mais de 2 milhões de adolescentes vivem com o VIH. Na África subsaariana, apenas 10% dos adolescentes e 15% dos jovens com idades entre os 15 e os 24 anos têm a perceção que são seropositivos. Apesar de ter havido uma queda do número total de mortes (30%) em adolescentes portadores do VIH há oito anos, as estimativas sugerem que a tendência é aumentar. Esta condição justifica-se pela ausência de prevenção da transmissão do vírus e de privação de cuidados médicos.

Outros problemas de saúde no adolescente também necessitam de diligência: o tabagismo, o consumo de substâncias aditivas, lesões, nutrição e violência.

A generalidade dos adolescentes é saudável, mas ainda se constata a existência de doenças que, em países desenvolvidos, não seriam fatais. Certas doenças prejudicam o desenvolvimento ajustado e adaptado do indivíduo.

Apesar das investigações comprovarem que os adolescentes possuem uma saúde satisfatória, um estudo realizado no norte da Suécia, com adolescentes entre os 16 e os 18 anos, menciona uma alta prevalência 63,6%, particularmente no sexo feminino, nesta fase,

para queixas de saúde física, doenças inespecíficas e perturbações do foro psiquiátrico, como: cefaleias, exaustão, distúrbio de sono, dores músculo-esqueléticas, percepção do *stress*, tristeza, ansiedade e depressão, relacionadas, essencialmente, com o meio escolar (tarefas e exigências escolares). O sentimento de desamparo é descrito, muitas das vezes, pelas raparigas, o que pode indicar dificuldade em gerir e controlar determinada circunstância e eventualmente evidenciar baixa autoestima.

As perturbações mentais parecem ter incidência ao longo da adolescência e representam um desafio para a saúde pública no mundo (Wiklund, Malmgren-Olsson, Öhman, Bergström & Fjellman-Wiklund, 2012). De forma geral, as perturbações psicossomáticas, de ansiedade e problemas que desencadeiam *stress* parecem ser comuns em todos os países nórdicos, na Europa e América do Norte (Torsheim et al., 2006, Michel et al., 2009, Haugland & Wold, 2001, Salmela-Aro & Tynkkynen, 2012, cit. in Wiklund, Malmgren-Olsson, Öhman, Bergström & Fjellman-Wiklund, 2012).

Os Estados Unidos da América são ocupados por 14% de adolescentes (10-19 anos), de acordo com os censos de 2012. Os Estados Unidos são uma das nações mais multiculturais e etnicamente diversas do mundo, produto da forte imigração vinda de muitos países. Uma em cada cinco crianças menores de seis anos é filha de pais imigrantes. Este é um segmento da população infantil que mais cresce nos EUA. A diversidade racial/étnica está a aumentar e é mais acentuada na população adolescente do que na população adulta. Os imigrantes constituem 11% da população total dos EUA. O maior grupo de imigrantes nos EUA vem da América Latina, representando 46% do total da população imigrante. Muitas destas crianças estão vulneráveis e provêm de famílias pobres. A insegurança alimentar envolve reduções utilizadas na qualidade ou quantidade das dietas das crianças, colocando-as em risco de deficiência de micronutrientes ou deficiências de crescimento (Chilton, 2007).

Calcula-se que haja muitas crianças e adolescentes a viverem em condições de marginalização social e indigência. Normalmente, estas famílias vivem em zonas afastadas em que os recursos são limitados em termos de escolarização, saúde e ocupação saudável dos tempos livres. Muitas destas crianças e jovens têm o seu conhecimento limitado em relação à prevenção sobre o VIH/sida. Na América Latina e no Caribe, estima-se que apenas quatro por cento a 38% dos jovens escolarizados e não escolarizados possuem acesso à educação sexual sobre a prevenção do VIH. Na Europa Oriental e Ásia Central, três por cento dos jovens não escolarizados e 40% dos jovens escolarizados têm domínio sobre esta temática (Macchi, Benítez, Corvalán, Nuñez & Ortigoza, 2008). Esta fragilidade vivida nos países tem um forte impacto na saúde dos adolescentes.

Embora os Estados Unidos sejam uma das nações mais ricas do mundo, a pobreza faz-se sentir e tem agravado. Dos 24 estados, 10 têm mais de 20% de crianças e adolescentes até aos 17 anos abaixo do limiar de pobreza. Segundo os Censos de 2010, a percentagem de crianças brancas pobres aumentou em 25 Estados em 2010 (UNAIDS, 2012). Esta questão implica algumas limitações no melhor desenvolvimento físico e psicológico de uma grande fração de adolescentes, que acabam por ter menos anos de educação e mais anos a sofrer a falta de emprego.

Em termos globais, e de acordo com os Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças (2001-2010), e utilizando dados transversais da Pesquisa do Exame Nacional de Saúde 2001-2010 e Nutrição o estado de saúde geral e o estado de saúde psicológico percebido pelos adolescentes diminuiu significativamente, especialmente entre as famílias de baixo estrato social, apesar de não haver queixas quanto a questões físicas. Neste estudo, foi utilizado uma amostra de 7087 adolescentes, com idade compreendida entre os 12 e os 17 anos, para avaliar a qualidade de vida versus saúde. Este estudo teve como objetivo compreender a percepção de saúde física e psicológica do indivíduo ao longo do tempo.

A percepção da saúde por parte dos adolescentes foi estável do período de 2001 a 2004, mas, nos anos posteriores, os resultados não foram os mais positivos. No período de 2009 a 2010, houve uma redução significativa da percentagem de adolescentes que afirmaram ter uma saúde excelente ou boa, incluindo os adolescentes de um estrato social mais elevado. A percentagem de adolescentes que relatou ter uma saúde regular ou deficitária não aumentou.

Quanto à saúde psicológica dos adolescentes, ao responder à questão, se sentiam psicologicamente estáveis num determinado período de tempo. Os resultados apontaram para uma redução mais evidente nos últimos anos. No entanto, a percentagem de adolescentes que responderam não se sentir bem psicologicamente diminuiu significativamente apenas em adolescentes de famílias de baixo estrato social.

Quanto à estabilidade psicológica dos adolescentes que referiram ter a duração de 14 a 30 dias estáveis, este aspeto aumentou significativamente somente entre adolescentes de estrato social baixo e estrato social médio.

Em contrapartida, na questão se houve algum impedimento ou dificuldade na realização de atividades da vida diária dos adolescentes, de acordo com a sua saúde psicológica, a tendência dos últimos anos foi positiva, ao contrário dos anos anteriores. Este estudo é o primeiro a analisar as tendências recentes, baseado na qualidade de vida relacionada com a saúde dos adolescentes, realizado em parceria com os Centros para o Controlo e Prevenção de Doenças CDC. Este estudo demonstra que a percepção da saúde

psicológica por parte dos adolescentes se agravou ao longo do período de investigação, em particular nos últimos anos, coincidindo com a decadente conjuntura socioeconómica das famílias de baixo e médio estrato social. A recessão económica ocorreu em 2008/2009 e é provável que tenha afetado negativamente a qualidade de vida dos adolescentes e tenha comprometido outras áreas das suas vidas. Este estudo foi limitativo, na medida em que as pesquisas foram de cinco ciclos bienais e não foi possível analisar se a qualidade de vida do adolescente americano evoluiu, tendo em conta a estabilidade económica (Cui & Zack, 2013).

Em Portugal, ao comparar-se a perceção sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde dos adolescentes portugueses com os adolescentes provenientes de um país africano de língua oficial portuguesa ou do Brasil, constata-se diferenças significativas. Os adolescentes portugueses apresentam, de forma geral, valores médios mais elevados do que adolescentes das outras nacionalidades. Os resultados revelam que os dados portugueses são consistentes com os resultados dos outros países europeus. A perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde dos adolescentes portugueses é, aparentemente, mais positiva na maioria das dimensões (Gaspar & Matos, 2008).

Concluindo, de forma geral, os estudos indicam que os adolescentes possuem uma saúde física e psicológica adequada. Contudo, e tendo em conta que os marcadores tradicionais de taxas de saúde assinalam um auge na fase da adolescência para várias problemáticas e doenças como o homicídio, a lesão não intencional, o consumo de estupefacientes, a condução sob o efeito de álcool e o risco de transmissão de infeções sexualmente transmissíveis (Mulye et al., 2009), é importante compreender e intervir de forma mais eficaz nesta fase. Várias pesquisas, políticas e iniciativas de programas nacionais têm sido colocadas em prática e têm abordado a saúde dos adolescentes, mas o conhecimento sobre como melhorar a saúde desta faixa etária, é escasso bem como a existência de sistemas efetivos para cuidar desta população em desenvolvimento (Park et al., 2006, Settersten et al., 2005, Brown, 2008 cit. in Tomé, 2011).

Há uma multiplicidade de fatores complexos integrados num sistema económico, social e cultural que contribuem para a saúde e doença. Neste processo, existem determinantes e condicionantes que tanto podem dificultar como enriquecer a saúde física e psicológica do adolescente.

6.3.1. Conclusão

De acordo com este relatório, pode concluir-se que os jovens gozam de boa saúde, têm comportamentos saudáveis e têm um grau de satisfação de vida elevado. No seio familiar, os relacionamentos são positivos, bem como na comunidade e na escola. Contudo, existem algumas desigualdades que são significativas nos indicadores de saúde e sociais, de acordo com a idade, o sexo e o nível socioeconómico.

Por exemplo, existem grupos de adolescentes que, com o passar do tempo, relatam uma auto-perceção de saúde adequada, mas, numa fase tardia da adolescência, apresentam múltiplas queixas de saúde. O aumento da prevalência destes indicadores negativos de saúde é mais significativo nas raparigas entre os 11 anos e os 15 anos, na maior parte dos países e regiões, e nos rapazes estes indicadores apresentam um valor abaixo dos 10%. As queixas de saúde subjetivas aumentam com a idade, mas são mais prevalentes nas raparigas.

Quanto às preocupações alimentares e o excesso de peso, a taxa média relacionada com o excesso de peso ronda os 14%, nos adolescentes entre os 11 e os 15 anos. Nas raparigas com 15 anos, esta taxa é ligeiramente mais baixa. Tomar o pequeno-almoço e ingerir frutos mantém-se na faixa etária entre os 11 e os 15 anos, havendo, depois, um declínio. Tomar refrigerantes tem tendência a aumentar a partir desta faixa etária e com maior evidência nos rapazes. A atividade física também é frequentemente praticada nesta faixa etária, na maior parte dos países e regiões. Nos momentos de lazer, ver televisão é um comportamento mais relatado nos adolescentes com mais idade. Os comportamentos estruturantes, como ter hábitos de sono, de alimentação e de estudo têm uma grande influência familiar, mas também dependem da maturidade do adolescente. No que se refere ao consumo de tabaco, atualmente, os rapazes estão a fumar mais, tanto em países da Europa como em países como os Estados Unidos da América e o Canadá. Há uma diferença entre sexos. Esta constatação vem contrariar os estudos anteriores, uma vez que indicava que as raparigas estavam a fumar mais.

O hábito tabágico é dominante em países socioeconómicos mais baixos e esta relação é significativa em adolescentes do sexo masculino de nove países e em adolescentes do sexo feminino de 13 países. Os programas de promoção da saúde devem ser sensíveis à idade, sexo e diferenças socioeconómicas. As ações devem auxiliar na prevenção e redução de desigualdades entre os adolescentes e as suas famílias, estimular e garantir que o desenvolvimento se faça de forma continuada e positiva. Têm sido apontadas falhas neste programa que se relacionam com os modelos utilizados. Um deles, é o “modelo de défice,”

que se centra na avaliação de problemas e necessidades em detrimento de compreender as prioridades básicas dos indivíduos e comunidades, com o objetivo de maximizar o seu potencial de saúde. Outro modelo - “modelo de ativos”- fornece uma abordagem sistemática na identificação de um conjunto de bens essenciais para a saúde e estuda a forma mais eficaz de promover a saúde e o seu desenvolvimento de forma mais positiva.

6.4. Semelhanças e diferenças entre várias zonas do mundo

6.4.1. Prevalência do VIH/sida

Com base nos relatórios da ONUSIDA e relatório Global Reports UNAIDS em relação ao vírus da imunodeficiência humana, Portugal é considerado o terceiro país europeu com o maior número de novos casos de VIH. Os Estados Unidos equiparam-se a Portugal neste aumento de novos casos de VIH. Apesar desta constatação, Portugal tem apresentado uma descida no número de casos com VIH. A epidemia de VIH/sida está a reduzir em 29 países que constituem a União Europeia/Espaço Económico Europeu. Contudo, o número de novos diagnósticos aumentou para um por cento.

Em 2012, mais de 29 mil novos casos foram diagnosticados na União Europeia e Espaço Económico Europeu (inclui a Noruega e Islândia), o que se traduz numa taxa de 5,8 novos casos por 100 mil pessoas. Os cinco países com taxas mais elevadas foram a Estónia (23,5), a Letónia (16,6), a Bélgica (11,1), o Reino Unido (10,3) e o Luxemburgo (10,3). As taxas mais baixas registaram-se na Eslováquia (0,9) e na Croácia (1,7).

Portugal encontra-se acima da média europeia, com sete casos por 100 mil habitantes, apesar da existência de nove países com piores números. O documento assinala que, em Portugal, desde 2006, a taxa de novos casos de VIH desceu 20%, tal como aconteceu na Dinamarca, França e Estónia. No extremo oposto está a Grécia, a República Checa, a Roménia e a Hungria, onde os números de notificações de infeção por VIH duplicaram.

Em relação à América do Norte e Europa Central e Ocidental, a epidemia está mais concentrada em grupos de risco, como por exemplo homens que têm relações sexuais com homens, utilizadores de drogas injetáveis e imigrantes.

Em particular, a evidência indica que o número de novas infeções entre os homens que têm relações sexuais com homens aumentou na década passada, enquanto que nos utilizadores de drogas injetáveis houve uma redução. Também as minorias raciais e étnicas são mais afetadas pela epidemia do que as outras populações em geral. As maiores subidas

acontecem na Europa de Leste e países da Ásia Central, com um valor abaixo de um por cento na região da União Europeia e Espaço Económico Europeu. Em relação aos países mais abastados, tudo indica que a incidência do VIH tenha permanecido relativamente estável ou aumentado ligeiramente nos últimos anos. Quanto aos padrões epidemiológicos, sofreram um aumento considerável.

6.4.2. Educação sexual

A educação sexual corresponde a um processo pela qual é adquirida informação e a partir do mesmo são desenvolvidas atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. A educação sexual tem por objetivo reduzir as condutas sexuais de risco ou fazer com que não haja um aumento. Tem, também, como função incrementar a qualidade das relações interpessoais e, por sua vez, impulsionar uma sexualidade apropriada (ME-GTES, 2007).

Quanto à educação sexual em Portugal, a mesma ainda não preenche os critérios de uma política centrada na educação sexual e reprodutiva, tal como acontece com alguns dos seus parceiros europeus, apesar de haver uma melhoria significativa nos indicadores de saúde sexual e reprodutiva. Em 2005, a educação sexual foi abordada no âmbito de um programa de promoção da saúde. Mais tarde, em 2007, foi acordado que os assuntos a abordar seriam: a sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, incluindo os valores, a ética e as infeções sexualmente transmissíveis; a maternidade na adolescência; a interrupção voluntária da gravidez e a utilização de métodos contraceptivos e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (Ramiro, Reis, Matos, Diniz & Simões, 2011).

Noutros países, como a Austrália, a educação sexual é valorizada tanto no ensino primário, como no ensino secundário. A mesma é baseada em princípios de justiça e de igualdade de acesso aos serviços, onde é valorizada a importância do envolvimento das crianças e dos jovens, possibilitando, desta forma, uma saúde sexual de maior qualidade. Há uma grande preparação de programas de educação sexual, no sentido de apoiar os professores no ensino relativo a esta área (Ollis, Harrison & Maharaj, 2013).

No Reino Unido, segundo Corteen (2006, cit. in Marinho, Anastácio & Carvalho, 2011) a educação sexual “enfetizava a proibição, seguindo um modelo de limitação de danos”. A saúde (hetero)sexual era abordada, na perspetiva do desejável adiamento das relações sexuais para evitar gravidezes e doenças sexualmente transmissíveis. A temática da homossexualidade apenas era abordada se fosse questionada pelos alunos.

No Chipre, o acesso à temática da sexualidade perante as crianças e os adolescentes é limitado e é descrito como sendo uma abordagem “seca, repetitiva, desatualizada, exclusivamente científica” e realizada quando a maior parte dos adolescentes já iniciaram a sua atividade sexual. A informação sobre o acesso e disponibilidade dos métodos contraceptivos não é referida. O conhecimento da maior parte dos adolescentes tem lugar através dos amigos e dos meios de comunicação social (Lesta et al., 2008 cit. in Marinho, Anastácio & Carvalho, 2011).

Nos Estados Unidos da América, a educação sexual não é obrigatória nos currículos escolares e menos de metade das escolas públicas fornecem informação sobre a contraceção.

Segundo determinados autores, os currículos norte americanos fazem uma abordagem a partir de duas perspetivas: por um lado, a promoção da abstinência, e, por outro, uma perspetiva mais global. Os que promovem a abstinência não reconhecem a sexualidade na adolescência e defendem a pureza, pelo que esta temática não é abordada e as doenças sexualmente transmissíveis justificam a abstinência. O segundo grupo também defende a abstinência, mas reconhece o adolescente como sexualmente ativo e aborda a temática sexual (Collins, Alagiri & Summers, 2002).

Um estudo realizado a nível global demonstrou que, dos 107 dum total de 191 países que constituem o mundo, 44 não incluem o VIH/sida nos seus programas escolares. Apesar de a maior parte dos adolescentes e jovens já terem ouvido falar do VIH/sida, a maior parte é incapaz de reconhecer três afirmações erradas sobre esta temática e desconhece os métodos preventivos (Macchi et al., 2008).

A escola funciona e é referida como a principal promotora ou fonte de informação de educação sexual, de seguida os amigos e, por fim, os meios de comunicação social. Talvez seja necessário modificar algumas políticas e demover certos determinismos que bloqueiam a passagem de informação mais correta aos jovens, abrindo a possibilidade de todos terem direito a uma educação sexual que seja positiva e enriquecedora e que não foque única e exclusivamente o modelo biológico/médico.

6.4.3. A saúde dos adolescentes

Segundo a OMS e a University College London Institute of Health Equity (OMS, 2013) revela a crescente desigualdade social existente nos 53 países da Região Europeia da OMS. Países como a Grécia, a Espanha e Portugal, onde a troica - a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional ditou medidas de austeridade

maciças, que impossibilitam o ingresso dos jovens ao mercado de trabalho, assim como o surgimento de famílias em que ambos os progenitores perderam o emprego e, em muitos casos, já não o têm por um período superior a dois anos. Estas situações degradantes vêm provocar problemas graves de saúde, começando pela precariedade na alimentação e consequentemente danos físicos, sociais, emocionais e cognitivos. Estes fatores comprometem seriamente o desenvolvimento saudável dos indivíduos de forma geral. Em muitos países europeus, isto significa perder a cobertura social e aprofundar a situação de pobreza.

Quanto ao crescimento económico da União Europeia para 2014/2015, está prevista alguma estabilidade económica, mas é provável que a desigualdade e a exclusão social permaneçam em vários países e regiões. Nos Estados Unidos da América, e como referido anteriormente, quase 50 milhões de pessoas são pobres e o aumento das desigualdades sociais no país aumentou em 6,1% nas últimas duas décadas. Muitos indivíduos não têm apoio do governo, nem apoio social e médico. Existe uma correlação entre o estrato social e as condições de saúde do adolescente. Há uma constelação de fatores que influenciam o adolescente na tomada de decisões que podem ser benéficas ou prejudiciais na sua vida.

Quanto à sexualidade nos adolescentes, os estudos demonstram que ainda é necessário desmistificar esta temática em alguns países. Existem algumas resistências em aceitar a sexualidade nesta faixa etária e viver no obscurantismo parece ser a melhor solução tida por alguns países desenvolvidos. Sem esta aceitação, com a insuficiente ou inexistente educação sexual nas escolas, com a crise económica que muitos países vivem e as consequências que daí advêm e com a ausência de formação dos pais, parece que a tendência em muitas regiões é a doença e a morte prematura nesta faixa etária.

O triângulo relacional sociedade/família/adolescente é determinante no percurso mais saudável do adolescente.

Conclusões:

De acordo com o desenvolvimento da parte teórica, depreende-se que a adolescência é caracterizada por um período de exploração, experimentação e vulnerabilidade, associada ao pensamento mágico ou enviesado por parte do adolescente, fazendo com que não se proteja das ameaças circundantes. Esta vulnerabilidade tem a ver com o facto do desenvolvimento cognitivo e afetivo não acompanharem, em simultâneo, o crescimento sexual (Saito, 2000, cit. in Torres, 2011). Os adolescentes são considerados uma população de risco, uma vez que

iniciam precocemente as suas relações sexuais, utilizam de forma inconsistente os contraceptivos, têm múltiplos parceiros sexuais e os relacionamentos, geralmente, são efêmeros (Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares, 2006). Em muitas zonas do mundo, os adolescentes começam a tornar-se sexualmente ativos, sobretudo em países onde a carga viral de VIH é elevada. Em muitas áreas, existem adolescentes desamparados que sofrem abusos sexuais, outros que se injetam sem os devidos cuidados e outros adolescentes que estão a descobrir a sua orientação sexual e não têm comportamentos sexuais seguros. Muitos países sofrem pobreza, muitas famílias não têm os conhecimentos básicos sobre a epidemia, as políticas e líderes mundiais deparam-se com obstáculos e não encontram uma resolução eficaz para um conjunto de adversidades.

A existência de desigualdades sociais diminui o acesso à informação sistemática e de qualidade, comprometendo as investigações e prejudicando a adoção de condutas sexuais seguras nos adolescentes. Existem medidas no sentido de reduzir a prevalência do VIH nesta faixa etária e possibilitar a informação, formação e, por sua vez, a prevenção sexual dos adolescentes em relação ao VIH/sida. Apesar da necessidade de compromisso em relação aos objetivos a serem atingidos com os adolescentes em relação ao VIH, as implicações e responsabilidades raramente são específicas para esta faixa etária. Além de que os dados sobre os adolescentes são limitados, o que constitui um inconveniente na medição e monitorização de todo o processo. Denota-se uma diferença quanto à prevalência do VIH em relação ao género na adolescência. A prevalência do VIH tende a ser consideravelmente mais elevada nas raparigas, comparativamente aos rapazes, o que sugere maiores riscos e suscetibilidades para as adolescentes. Os países que apresentam uma maior prevalência do VIH localizam-se em África, África Austral, principalmente no Uganda e Botswana. Na Suazilândia, a prevalência do VIH é baixa em adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos, mas, posteriormente, verifica-se um aumento na faixa etária entre os 15 e os 19 anos, cinco vezes superior nas raparigas do que nos rapazes. Esta tendência de aumento numa fase tardia da adolescência também é constatada nos países referidos acima. No Uganda, a prevalência do VIH é quase o dobro nas raparigas, (três por cento), comparativamente aos rapazes (um por cento). De acordo com os poucos estudos disponíveis, reconhece-se que a prevalência do VIH é desproporcionalmente elevada em determinados grupos de adolescentes: homens jovens que praticam sexo com outros homens, utilizadores de drogas injetáveis e adolescentes que são explorados sexualmente. Por exemplo, na Ucrânia, a prevalência do VIH era de 0,9% na população entre os 15 e os 49 anos, em 2012, atingindo um dos valores mais elevados na Europa Oriental e Central. Em Kiev, em pessoas

com idade inferior a 25 anos que utilizam drogas injetáveis, a prevalência era de 7,1%, em homens que praticam relações sexuais com outros homens era de 4,2% e em profissionais de sexo era de 3%. Em Moscovo, a prevalência do VIH entre homens a terem relações sexuais com outros homens era de 10,8% e profissionais de sexo 4,1%.

Os estudos indicam que apesar da utilização de drogas injetáveis não ser prevalente na adolescência, o risco é extremamente elevado na transmissão do VIH. Um estudo realizado na Birmânia indica que a prevalência do VIH era de 7% na faixa etária entre os 15 e os 19 anos. Estudos sugerem que a utilização de drogas injetáveis é responsável por dois terços de novas infeções no Irão; 40% na Europa Oriental e mais de um terço nas Filipinas. No Paquistão, a prevalência aumentou de 11% para 38%, em 2011. Contudo, a esmagadora maioria de novas infeções de VIH é transmitida sexualmente (Idele et al., 2014).

Em Portugal, mais particularmente em Lisboa, é onde existe o maior número de casos acumulados pelo VIH e casos de sida. A fase da adolescência não corresponde ao maior número de casos de VIH e, quanto à sua incidência de acordo com o modo de transmissão, a transmissão sexual entre casais heterossexuais regista um valor superior, comparativamente aos outros grupos. Estima-se que em Portugal a prevalência seja inferior a 1% na população geral. Portugal é considerado um dos países da União Europeia com piores índices em saúde pública, especialmente em relação ao VIH/sida.

Tendo em conta que, de forma geral, há uma tendência crescente do número de casos de infeção pelo VIH em Portugal, torna-se basilar a validação de determinados instrumentos para o nosso país (Canavarro, Simões, Pintassilgo & Ferreira, 2008). É importante a existência de estudos qualitativos que auxiliem na compreensão de significados e práticas do adolescente em relação à sexualidade (Saavedra, et al., 2010). Outros autores salientam, ainda na mesma linha, a limitação de estudos sobre as atitudes face à sexualidade, utilização do preservativo, motivação para a sexualidade e a importância do meio familiar e, ainda, a relação com determinadas variáveis sociodemográficas, que também estão pouco analisadas (Marques, 2012).

A revisão da literatura revela que existem poucos estudos e programas de avaliação com adolescentes portugueses que meçam o nível de conhecimento, as atitudes, as condutas sexuais em relação ao VIH e, particularmente, em relação à ansiedade na saúde (preocupações com a saúde).

A prevalência de infeções sexualmente transmissíveis na população adolescente é elevada. Este estudo pretende avaliar o conhecimento, as atitudes, as condutas sexuais nos adolescentes portugueses em relação ao VIH/sida e a ansiedade na saúde, através da

validação de uma bateria de testes. Esta investigação também pretende dar um contributo como instrumento útil e ser utilizada em programas de prevenção e investigação, auxiliando na questão mais preocupante que é a prevenção de condutas sexuais de risco no adolescente em relação ao VIH/sida.





PARTE II
INVESTIGAÇÃO SOBRE OS CONHECIMENTOS, AS ATITUDES, CONDUTAS
SEXUAIS E ANSIEDADE NA SAÚDE EM FACE AO VIH/SIDA





CAPÍTULO 7

OBJETIVOS E HIPÓTESES





7. OBJETIVOS E HIPÓTESES

O objetivo geral desta investigação é adaptar uma bateria de testes sobre o conhecimento, atitudes, condutas sexuais e ansiedade na saúde, associados às condutas sexuais de risco e às doenças sexualmente transmissíveis (mais especificamente VIH/sida) em adolescentes, circunscrita à população portuguesa.

Este estudo está interrelacionado e explora o efeito das variáveis sociodemográficas no conhecimento, nas atitudes, nas condutas sexuais em relação ao VIH/sida e a ansiedade na saúde. Em paralelo, tenta compreender a influência do conhecimento nas atitudes, condutas sexuais e ansiedade face à saúde, bem como a forma como as atitudes afetam as condutas sexuais e ansiedade perante a saúde.

A importância deste estudo toca, também, na necessidade de ter uma informação atualizada e abrangente sobre esta temática na população adolescente em Portugal, bem como na existência de instrumentos cada vez mais apurados, que permitam compreender o funcionamento dos adolescentes nesta área e possibilitem a atuação no campo da prevenção dos comportamentos sexuais de risco, nas mudanças dos mesmos, bem como na adoção e manutenção de comportamentos sexuais seguros.

De forma geral é, também um dos objetivos deste estudo é dar continuidade a outros estudos de investigação já existentes nesta área, o que passa por encontrar instrumentos pertinentes destinados a compreender o comportamento sexual do adolescente, na tentativa de o modificar, no sentido da obtenção de condutas sexuais seguras, protegendo a sua saúde/vida e a de outros indivíduos, contribuindo, assim, para uma população mais informada, conhecedora e saudável.

7.1. Objetivos específicos

- 1) Adaptar e validar a escala de conhecimentos, a escala de atitudes e o questionário de condutas sexuais sobre o VIH/sida, bem como a escala de ansiedade na saúde para a população adolescente portuguesa.
- 2) Diagnosticar conhecimentos, atitudes, condutas sexuais relativas ao VIH/sida na população adolescente e a perceção da ansiedade na saúde.
- 3) Relacionar e compreender a conduta sexual dos adolescentes em relação ao VIH/sida, os comportamentos sexuais de risco e a ansiedade na saúde.

- 4) Analisar a conduta sexual dos adolescentes em relação ao VIH/sida, saúde e comportamentos sexuais de risco, consoante as variáveis sociodemográficas (género, idade, situação familiar e o rendimento académico).
- 5) Analisar se o conhecimento e as atitudes que os adolescentes adquiriram é determinante nas suas condutas sexuais seguras e na perceção da ansiedade na saúde.
- 6) Traçar um perfil do comportamento sexual do adolescente português face aos conhecimentos, atitudes, condutas sexuais e a perceção da ansiedade na saúde relativos ao VIH/sida.

7.2. Hipóteses

- H1: Os instrumentos de avaliação sobre os conhecimentos, atitudes, condutas sexuais em relação ao VIH/sida e a ansiedade na saúde apresentam propriedades psicométricas semelhantes aos instrumentos de referência.
- H2: Quanto mais frequentes forem as condutas sexuais de risco dos adolescentes portugueses, menor a preocupação com a saúde, sexualidade e menor o conhecimento sobre o VIH/sida.
- H3: Quanto mais frequentes forem as condutas sexuais de risco dos adolescentes portugueses, menor a preocupação com uma sexualidade segura ou protegida/perceção da saúde/doença.
- H4: Não existe influência das variáveis sociodemográficas sobre o conhecimento, atitudes, condutas sexuais sobre o VIH/sida, e as preocupações com a ansiedade na saúde nos adolescentes portugueses.

CAPÍTULO 8

MÉTODO





8. MÉTODO

Os procedimentos metodológicos utilizados para criar esta investigação são apresentados neste capítulo. Nesta linha, serão apresentados o objeto da investigação, a amostra, o método de pesquisa e o instrumento, assim como o desenvolvimento do instrumento de recolha de dados e, finalmente, os procedimentos de recolha e análise de dados.

O objeto deste estudo são os alunos de escolas da zona urbana e rural da Região Autónoma da Madeira, de forma a compreender as opiniões e os comportamentos relacionados com a sexualidade.

Em relação a esta investigação, e de modo a obter a autorização para concretizar o estudo referido, foi necessário solicitar autorização à Secretaria da Educação da Região Autónoma da Madeira para a realização do mesmo e, posteriormente, às direções das várias escolas. Este procedimento também foi executado junto dos encarregados de educação, através da entrega do consentimento informado durante o período de Fevereiro e Março de 2012, a solicitar permissão para que o educando participasse num estudo efetuado no âmbito de uma tese de doutoramento na área da Psicologia da Saúde.

8.1. Constituição da amostra

Tendo em conta que esta investigação é elaborada em Portugal, o âmbito geográfico é Regional (Madeira). O cenário de interesse do estudo em questão são as escolas secundárias e as escolas profissionais, situadas na zona urbana e rural da região. O universo/população da investigação centra-se nos alunos de 10 escolas envolvidas no estudo, visto que é neste espaço educacional que podemos encontrar o aglomerado pretendido de adolescentes que podem responder à bateria de instrumentos. Em novembro e dezembro de 2011, foram contactadas 10 escolas a informar sobre o estudo e autores e a solicitar a disponibilidade e autorização destas instituições, de modo a obter os melhores resultados possíveis. As 10 escolas contactadas disponibilizaram-se a fazer parte da investigação. Com esta variedade de escolas, pretende-se que a amostra seja o mais abrangente possível, de forma a auscultar o maior número de alunos sobre a temática em causa.

Os inqueridos são alunos das escolas referidas anteriormente e a dimensão da amostra corresponde a 636 alunos. O período temporal em que decorreu a recolha de dados em causa foi entre o mês de fevereiro e o mês julho de 2012. Durante esta fase, os inqueritos foram

entregues aos alunos, em determinadas aulas, nas várias escolas, tendo sido, inicialmente, explicado que a participação no estudo consistia no preenchimento de questionários, de forma voluntária, e que as respostas eram totalmente confidenciais. Os alunos teriam de responder num primeiro momento e, passado um mês, voltariam a responder num segundo momento à mesma bateria de testes. Executou-se, portanto, o procedimento teste-reteste. Os alunos responderam à bateria de testes num período de tempo entre os 40 e os 60 minutos.

No final, reforçou-se a individualidade das respostas e o esclarecimento em caso de dúvidas. Após o preenchimento dos questionários, foram fornecidos envelopes para os introduzir.

8.2. Caracterização do método de pesquisa e dos instrumentos

Nos paradigmas de investigação, distingue-se, por norma, a investigação qualitativa da investigação quantitativa. Ambas divergem por razões relacionadas com a natureza e com a realidade social dos dados recolhidos. Se, por um lado, a investigação qualitativa utiliza os métodos qualitativos para que, através de uma visualização e avaliação do modo natural da questão, seja possível explorar o processo em questão, a investigação quantitativa pretende obter resultados que sejam rigorosos e controlados, sendo, sempre, corroborados e refutados. Assim, a investigação escolhida para este estudo é quantitativa uma vez que fornece as respostas mais precisas, claras e objetivas sobre a informação, conduta sexual e preocupações com a saúde/doença dos inqueridos. Nesta linha, e de acordo com os objetivos, o instrumento de recolha de dados utilizado foi adaptado a adolescentes espanhóis e foi utilizado nesta investigação para adaptação em adolescentes portugueses. O instrumento é um documento analisado, investigado e aprovado, que apresenta questões aos respondentes com respostas fechadas e onde as mesmas são registadas. Desta maneira, são fornecidos os meios para quantificar as respostas, o que possibilita que as variáveis em questão possam ser medidas e analisadas.

Ao utilizar uma inquirição por questionário, pretende-se que os resultados sejam a representação do panorama atual da informação e do parecer dos adolescentes sobre o VIH/sida. Para obter os melhores resultados possíveis e concretos, esta investigação centra-se na validação de uma bateria de instrumentos para adolescentes que avalia os conhecimentos, as atitudes, as condutas sexuais em relação ao VIH/sida e ansiedade na saúde, correlacionando-os com as variáveis sociodemográficas. Na obtenção de resultados, a investigação escolhida é a quantitativa, em sintonia com um estudo descritivo, de modo a apresentar o objetivo da

investigação. Após definir a informação necessária da investigação, o passo seguinte é a recolha de dados, onde a unidade de análise são os adolescentes/alunos que foram os respondentes, das escolas que previamente acederam e se disponibilizaram a responder à bateria de instrumentos. Após esta fase, é realizada a análise de dados, o tratamento estatístico, finalizando com os resultados obtidos.

8.3. Desenvolvimento do instrumento de recolha de dados

Para obter as respostas pretendidas desta investigação quantitativa, foi necessário escolher um instrumento considerado válido e fiável, de modo a avaliar o grau de conhecimento da população-alvo. Para que esse instrumento - bateria fosse aplicado em Portugal, foi necessário traduzir, numa primeira fase, da língua original, espanhol, para português, através do método de retrotradução.

A bateria de instrumentos é constituída por dois questionários e três escalas. O primeiro questionário é composto por 17 itens e centra-se nas variáveis sociodemográficas do respondente, solicitando que indique os dados de acordo com a sua procedência (escola, agrupamento, concelho); idade e sexo; situação familiar; rendimento escolar (número de vezes que reprovou, e números de vezes que obteve muitos insuficientes, insuficientes, suficientes, bons e muito bons na última avaliação). Para responder a estas questões, são apresentados aos respondentes espaços vazios com o propósito de escrever a resposta ou assinalar com uma cruz nos quadrados correspondentes às respostas.

A versão portuguesa, foi baseada nos instrumentos seguintes e sofreu algumas alterações.

A primeira escala denominada *Escala de Conocimientos Sobre el VIH/sida para Adolescentes* HIV-KS, aplicada a 1216 adolescentes espanhóis, avalia o grau de conhecimento sobre o VIH/sida, tendo em conta as principais formas de transmissão do VIH, o conhecimento sobre o período que decorre entre a transmissão e os primeiros sintomas do VIH e o conhecimento sobre os comportamentos de risco onde há contato com a saliva, com base na análise das respostas. É utilizada a escala HIV-KS (Espada et al., 2009) tal como sugere o estudo *psychometric properties of the HIV/AIDS knowledge scale for spanish adolescents* (Espada et al., 2009), a qual analisa os dados obtidos, e é um instrumento válido e fiável para medir o conhecimento sobre VIH/sida em adolescentes. Esta escala HIV-KS é reconhecida como uma estrutura fatorial multidimensional simples de administrar e de corrigir e a fiabilidade do questionário é reforçada pelo coeficiente alpha de Cronbach

elevado. É, ainda, importante referir que esta escala é “composta por 10 itens de respostas dicotômicas, (...) e tem propriedades psicométricas adequadas”. A análise fatorial em questão reuniu os 10 itens de resposta e “três fatores finais, que correspondem a três áreas que podem ser consideradas adequadas para avaliar o grau de conhecimento que um adolescente tem sobre VIH/sida”, neste caso “verdadeiro”, “falso” e “?” são os vários tipos de resposta que podem ser dados. Os fatores são contemplados como “bons preditores do nível do conhecimento”.

A segunda escala designada *Escala de Actitudes hacia el VIH/sida (HIV-AS, Espada et al., 2013b)* permite avaliar as atitudes dos adolescentes em relação ao VIH/sida. Para poder medir as respostas, foi escolhida a referida escala multidimensional. Esta escala foi aplicada a uma amostra de 1216 adoscentes espanhóis. Este instrumento é composto por 12 itens distribuídos em quatro fatores principais: 1) atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo, 2) atitude em relação ao teste de deteção do VIH, 3) atitude em relação à utilização do preservativo e 4) atitude em relação às pessoas que vivem com VIH/sida. A escala, segundo os seus autores, representa boa confiabilidade e validade interna e a estrutura de quatro fatores equivalente em género. Neste caso, o tipo de escala de resposta corresponde à escala Likert de quatro fatores, onde o 1= “Totalmente em desacordo”, 2= “Em desacordo”, 3= “De acordo”, e 4 = “Totalmente de acordo”.

O segundo questionário denominado *Cuestionario de Conductas Sexuales* (Espada, 2009), segue uma metodologia semelhante à desenhada e aplicada em estudos prévios (p.e., Bersamin, Todd, Fisher, Hill, Grube, & Walker, 2008; Longmore, Eng. Giordano, & Manning, 2009) e avalia a conduta sexual dos adolescentes e possui questões relacionadas com a atividade sexual, a idade da primeira relação sexual, o tipo de relações sexuais, a orientação sexual, o número de parceiros que se relacionou nos últimos seis meses e a frequência das relações sexuais. O questionário também permite obter informações sobre o método de prevenção utilizado nas relações sexuais com penetração, a facilidade percebida pelos adolescentes em adquirir o preservativo e a perceção da utilização do mesmo, pelos amigos. Também é questionado se as relações sexuais são realizadas sob o efeito de álcool e/ou drogas. Este questionário inclui 13 itens e as escalas de respostas são variáveis, pois dependem dos itens. Inicialmente é apresentada a escala de reposta dicotómica, “Sim” e “Não”, e de seguida a escala de resposta Likert, entre quatro a seis pontos, “Sempre”, “Quase Sempre”, “Às vezes”, “Nunca”; “Sempre”, “Muitas Vezes”, “Poucas Vezes”, “Nunca”; (...).

A bateria de instrumentos termina com o questionário, *Short Health Anxiety Inventory* (SHAI, Salkovskis, Rimes, Warwick & Clark, 2002). É um instrumento de autoavaliação da

ansiedade e que identifica os indivíduos que sofrem de ansiedade em relação aos que padecem de uma doença física, mas que não estão excessivamente preocupados, com a sua saúde. Este instrumento, também, engloba sintomas característicos de hipocondria. Esta versão é mais reduzida, e apresenta 14 itens com 4 itens referentes a consequências negativas. É um instrumento que apresenta fiabilidade e viabilidade adequadas.

8.4. Procedimentos de recolha e de análise de dados

De modo a verificar se a bateria de instrumentos estava perceptível para ser aplicada nas escolas da zona urbana e rural da Região Autónoma da Madeira, foi realizado um teste piloto numa escola, numa turma de 23 alunos, que indicou que as únicas dúvidas que surgiam se deviam, provavelmente, à pouca informação e ao vocabulário deficitário dos respondentes. Na escala de atitudes, os respondentes não conheciam os vocábulos “promiscuidade” (terceira questão), e “coito interrompido” (oitava questão). No questionário das condutas sexuais, surgiram dúvidas sobre a expressão “mútua”. As escalas não foram alteradas graficamente após a aplicação do estudo piloto. Sempre que surgisse alguma dúvida nestas palavras, ou noutras que não tivessem surgido no estudo piloto, o avaliador tinha o cuidado de dar outro significado ou esclarecer. Estes participantes não foram incluídos na amostra final.

Se houvesse discrepâncias entre as escalas originais e as traduzidas para português, era necessário alterar a construção gramatical dos itens para ser compreensível e voltar a aplicar o estudo piloto para ter a certeza que era inteligível.

A tradução das escalas e o estudo piloto foram importantes para compreender as lacunas existentes na interpretação dos itens em relação aos participantes. A sua deteção foi pertinente, uma vez que, na altura da aplicação o avaliador já estava preparado para tais dúvidas, assegurando um melhor procedimento na altura da avaliação.

O método teste-reteste teve um mês de intervalo e procura avaliar a estabilidade dos resultados obtidos em duas ocasiões diferentes, pelos mesmos adolescentes. No entanto, há adolescentes que responderam à primeira aplicação do teste, não respondendo, depois, à segunda aplicação, muitos deles faltaram e outros sentiram-se desmotivados para responder, recusando-se a fazê-lo. O número de adolescentes que respondeu no primeiro momento é superior ao segundo momento.

Entretanto surgiu um problema relacionado com o questionário das condutas sexuais que teve de ser retirado, na altura em que a segunda aplicação estava a decorrer, uma vez que

este questionário, após análise a nível superior foi considerado invasivo, não respeitando a privacidade sexual dos alunos/adolescentes. A ausência de sigilo sobre o facto de os alunos terem que responder à questão da religião também foi colocada em causa. Tendo em conta que não é necessário analisar a fiabilidade deste questionário, uma única aplicação foi suficiente e foi urgente retirá-lo da bateria de instrumentos no momento de reteste.

Após a recolha de todos os inquéritos, os dados foram introduzidos numa base de dados e foram, posteriormente, submetidos ao *software* de análise de estatística *statistical package for social sciences* (SPSS) versão 20 e *statistical software package for structural equation modeling* (AMOS) versão 18.

8.5. Caraterização da amostra

A amostra é constituída por 636 adolescentes, apesar de apenas 540 adolescentes terem respondido no primeiro e segundo momento, método teste-reteste (Tabela 2). Quanto à idade dos participantes, a faixa etária encontra-se no intervalo 16-18 anos ($M= 17$ anos e $DP= 1$), a frequentar o décimo, décimo primeiro e décimo segundo anos de escolaridade, relativo ao ensino secundário em estabelecimentos de ensino localizados na Região Autónoma da Madeira.

Tabela 2:

Número de participantes em cada fase do estudo.

Momento	<i>N</i>	%
Momento 1	96	15,1
Momento 1 e 2	540	84,9
Total	636	100

Género

Quanto ao género: 320 adolescentes correspondem ao sexo feminino (59,4%) e 219 correspondem ao sexo masculino (40,6%), de acordo com a tabela 3.

Tabela 3:

Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o género, na primeira aplicação.

Género	<i>N</i>	%
Masculino	219	40,6%

Estrutura familiar

Quanto ao meio familiar em relação ao vínculo estabelecido pelos progenitores, um total de 368 adolescentes refere que os pais estão casados, o que representa 68,8% da amostra. Seguidamente, 22,6% de adolescentes refere que os pais se encontram separados ou divorciados e 5,6% de adolescentes da amostra são órfãos de pelo menos um dos progenitores.

a) Divórcio/Separação dos progenitores:

Dos 121 adolescentes cujos progenitores estão separados ou divorciados, 5% responde que esta situação ocorreu antes do primeiro ano de vida. Por outro lado, 25% dos adolescentes tinham até 5 anos quando ocorreu o divórcio ou separação dos progenitores. Em 50% dos casos o divórcio ou separação dos pais teve lugar quando o adolescente tinha no máximo nove anos de idade.

b) Com quem o adolescente vive habitualmente:

Quanto a esta questão, 77,6% dos adolescentes não responderam e, daqueles que responderam, a maior parte vive com a mãe (8,9%), de seguida com a mãe e irmãos (ãs) (3,7%) e só com o pai (1,7%).

c) Caracterização da relação na dinâmica familiar

No caso dos 112 adolescentes com pais divorciados ou separados, 33,9% qualifica a relação com os pais como “inexistente”, segue-se 3,6% que indica ser “muito má”, 8,9% indica que é “má”, 18,8% indica que é regular, 24,1% indica que é “boa” e 10,7% indica que é “muito boa”. Quanto à percentagem de adolescentes que referiu que a relação com os pais é inexistente, é de considerar este valor como preocupante.

A religião

Relativamente à religião, predomina a católica, que é referida por 85,9% dos adolescentes. Por outro lado, 11% diz não ter nenhuma religião, 3,1% indica outra religião e 0,5% indica uma religião menos comum.

Número de reprovações

Quanto ao rendimento académico verifica-se que a maior parte dos alunos não reprovou uma única vez (47,9%), uma percentagem baixa de alunos reprovou cinco vezes (0,8%) (Tabela 4).

Tabela 4:

Variação da percentagem de reprovações 1-5 nos adolescentes.

Número de vezes que reprovou	<i>N</i>	%
0	302	47,9%
1	160	25,4%
2	100	15,8%
3	52	8,2%
4	12	1,9%
5	5	0,8%
Total	631	100%



CAPÍTULO 9

RESULTADOS





9. RESULTADOS

9.1. Validação da escala de conhecimentos sobre VIH/sida

Para proceder-se à análise fatorial bem como para avaliar a consistência interna serão utilizados os 630 inquéritos respondidos na primeira fase pelos adolescentes. Na análise do método teste-reteste serão analisados os 540 questionários respondidos em ambas as fases pelos adolescentes. A análise fatorial descreve, sempre que possível, a estrutura de covariâncias entre as variáveis em termos de um número menor de variáveis, designadas de fatores. Esta escala avalia o conhecimento que os adolescentes têm sobre o VIH/sida e é composta por 48 perguntas. No que se refere à avaliação da qualidade dos dados, foi obtida a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que segundo Pestana e Gageiro (2003), quando se verificam valores superiores a 0,8 significam que há uma boa adequação dos dados à utilização da análise fatorial.

Na escala de conhecimentos, o resultado foi $KMO = 0,824$, utilizou-se o teste de esfericidade de Bartlett ($X^2 = 4804,14$; $p < 0,001$), pelo que a hipótese nula foi rejeitada: não existe correlação entre os 48 itens, tendo sido necessário realizar, novamente a análise fatorial. Verificou-se boas medidas de adequabilidade e o modelo resultante apresenta 15 fatores que explicam 54,5% da variância dos dados, mas com comunalidades muito baixas. Sendo assim, e tendo em conta estas condições, foram excluídos itens sucessivamente, começando pelos que apresentavam comunalidades mais baixas e carga fatorial inferior a 0,5.

O modelo final obtido resultou em três fatores que explicam 56,16% da variância dos 11 itens retidos, cujas comunalidades são superiores a 0,4. A medida de adequabilidade KMO foi de 0,802 pelo que ao ser superior a 0,8 indica boa adequabilidade dos dados à utilização da análise fatorial. Além deste aspeto, o teste de esfericidade de Bartlett ($X^2 = 1417,045$; $p < 0,01$) confirma que existe correlação entre os itens e que é possível prosseguir a análise fatorial.

A tabela 5 designa a percentagem da variância total explicada por cada fator e no total quando são considerados os três fatores. A soma dos quadrados do segundo fator é menor que os restantes. Assim, este fator pode apresentar consistência inferior aos restantes.

Tabela 5:

Variância explicada pelos componentes da análise fatorial da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida após extração de itens.

Componente	Valores próprios iniciais			Soma dos quadrados dos pesos após rotação
	Total	% da variância	% acumulada	Total
1	3,300	29,998	29,998	2,806
2	1,667	15,154	45,152	1,620
3	1,211	11,007	56,159	2,599
4	0,752	6,834	62,993	
5	0,731	6,649	69,642	
6	0,719	6,539	76,181	
7	0,626	5,691	81,872	
8	0,604	5,493	87,364	
9	0,524	4,766	92,130	
10	0,480	4,365	96,495	
11	0,386	3,505	100	

A matriz seguinte, referida na tabela 6, demonstra a estrutura fatorial obtida. O primeiro fator agrega os itens 15, 13, 21, 36 e 18, os quais dizem respeito às principais formas de transmissão do VIH. Este fator explica 29,998% da variância total dos dados e, em ambos os momentos de avaliação, resultou em coeficientes alpha de Cronbach superiores a 0,7, considerados por Pestana e Gageiro (2003) como razoáveis. O segundo fator é constituído pelos itens 24, 25 e 26, que se referem ao período que decorre entre a transmissão e os primeiros sintomas do VIH. Este fator explica o 15,154% da variância dos dados, mas apresenta uma consistência interna inadmissível por ser inferior a 0,6. Finalmente, o terceiro fator agrega os itens 14,16 e 35 e refere-se ao conhecimento sobre os comportamentos de risco onde há contato com a saliva. Este fator explica 11,007% da variância total dos dados e apresentou consistência interna superior a 0,7 em ambos os momentos de avaliação, pelo que é razoável a sua utilização para medir o construto latente.

Tabela 6:

Cargas fatoriais e alphas de Cronbach obtidos nas dimensões da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida após extração de itens.

	Componente		
	1	2	3
ITEM 15	0,749	0,027	-0,375
ITEM 13	0,719	-0,019	-0,185
ITEM 21	0,675	-0,163	-0,216
ITEM 36	0,663	-0,138	-0,383
ITEM 18	0,627	0,101	-0,481
ITEM 24	0,059	0,759	-0,037
ITEM 25	-0,053	0,752	-0,011
ITEM 26	-0,285	0,640	-0,075
ITEM 16	0,257	0,028	-0,856
ITEM 14	0,395	0,103	-0,822
ITEM 35	0,362	-0,001	-0,764
% Variância explicada	29,998	15,154	11,007
Alpha de Cronbach (M1)	0,720	0,545	0,763
Alpha de Cronbach (M2)	0,776	0,546	0,722

O modelo anterior está bastante próximo do obtido por Espada et al., 2009. Contudo, a fraca consistência interna dos itens do segundo fator obrigou, novamente, à realização de nova análise fatorial, de modo a obter um modelo com boas propriedades psicométricas. O resultado é apresentado nas tabelas 7 e 8.

A medida de adequabilidade KMO foi de 0,824, superior a 0,8, pelo que os itens estão correlacionados e é possível continuar com a análise fatorial. Idêntica conclusão resulta do teste de Esfericidade de Bartlett, cujo valor de prova foi inferior a 0,01. Isto significa que havendo exclusão dos três itens relacionados com o período entre a transmissão e o surgimento dos primeiros sintomas, a análise fatorial continua a ser adequada para os itens que restam.

Pelo critério de Kaiser, foram retidos dois fatores (um dos fatores apresentava uma consistência interna baixa) que explicam 56,52% da variância total dos dados. O primeiro fator é constituído pelos itens 13, 15, 18, 21 e 36 com cargas fatoriais superiores a 0,6 e explica 40,80% da variância total dos dados. O segundo fator é constituído pelos itens 14, 16 e 35 com cargas fatoriais superiores a 0,7 e explica 15,72% da variância total dos dados. Este modelo explica que 56,52% da variância dos dados e as medidas de consistência interna

foram as mesmas do modelo anterior, uma vez que não foram incorporados ou excluídos outros itens.

Tabela 7:

Variância explicada pelos componentes da análise fatorial da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida.

Componente	Valores próprios iniciais			Soma dos quadrados dos pesos após rotação
	Total	% da variância	% acumulada	Total
1	3,264	40,798	40,798	2,769
2	1,258	15,721	56,518	2,641
3	0,720	9,002	65,521	
4	0,699	8,741	74,261	
5	0,646	8,074	82,336	
6	0,541	6,765	89,100	
7	0,487	6,091	95,191	
8	0,385	4,809	100,000	

Tabela 8:

Cargas fatoriais e alfas de Cronbach obtidos nas dimensões da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida.

	Componente	
	1	2
ITEM 15	0,756 ^a	-0,387
ITEM 13	0,724 ^a	-0,205
ITEM 21	0,695 ^a	-0,223
ITEM 36	0,670 ^a	-0,390
ITEM 18	0,614 ^a	-0,505
ITEM 16	0,267	-0,853 ^b
ITEM 14	0,412	-0,822 ^b
ITEM 35	0,352	-0,767 ^b
% Variância explicada	40,798	15,721
Alpha de Cronbach (M1)	0,720	0,763
Alpha de Cronbach (M2)	0,776	0,722

a) Itens da componente 1

b) Itens da componente 2

9.1.1. Fidelidade e análise dos itens

A tabela 9 demonstra os coeficientes alpha de Cronbach obtidos nos dois fatores da escala de conhecimentos observados nos dois momentos de avaliação. Tanto o fator 1 como o fator 2 registaram alphas superiores a 0,7, o que assegura a fiabilidade do instrumento. Assim sendo, há uma boa consistência interna dos fatores que é corroborada nos resultados obtidos no segundo momento.

Tabela 9:

Coefficientes Alpha de Cronbach da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida utilizada no M1 e M2.

	Momento 1				Momento 2			
	M	Var	R	α Cronbach	M	Var	R	α Cronbach
Fator 1								
ITEM 13	3,48	0,90	0,48	0,680	3,36	1,17	0,55	0,736
ITEM 15	3,55	0,74	0,55	0,643	3,39	1,08	0,61	0,713
ITEM 18	3,64	0,68	0,47	0,693	3,50	1,03	0,49	0,768
ITEM 21	3,51	0,85	0,46	0,680	3,37	1,19	0,51	0,747
ITEM 36	3,52	0,82	0,50	0,667	3,40	1,07	0,63	0,708
Alpha de Cronbach			0,720				0,776	
Fator 2								
ITEM 14	1,23	0,70	0,61	0,660	1,28	0,67	0,55	0,628
ITEM 16	1,34	0,65	0,64	0,626	1,36	0,61	0,59	0,574
ITEM 35	1,23	0,75	0,53	0,751	1,31	0,69	0,49	0,694
Alpha de Cronbach			0,763				0,722	

M- Média da escala se o item for eliminado.

Var-Variância da escala se o item for eliminado.

R- Correlação Item-Total.

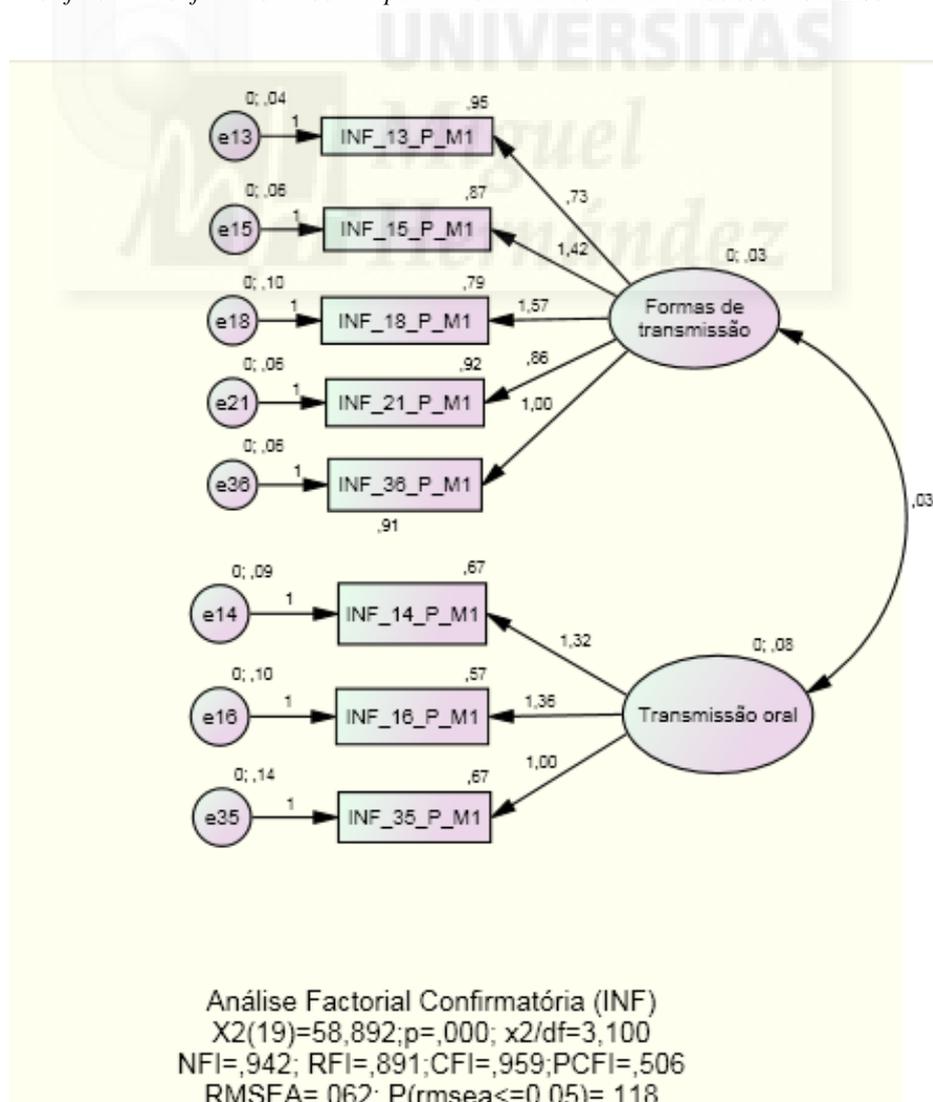
α Cronbach- Alpha de Cronbach se o item for eliminado.

9.1.2. Análise fatorial confirmatória

Após a análise fatorial exploratória, foi realizada a análise fatorial confirmatória, cujos resultados estão resumidos abaixo, na figura 22.

Os índices de qualidade de ajustamento do modelo são razoáveis, no caso dos testes baseados na distribuição qui-quadrado, explicado pelo facto da dimensão da amostra ser grande o que, por sua vez, redundava na rejeição de modelos com ajustamento aceitável. Relativamente às medidas de ajustamento, os resultados melhoram, pois o CFI (Comparative Fit Index) foi de 0,959. É de salientar que esta última estatística não é sensível à dimensão da amostra. Por sua vez, o índice de parcimónia foi 0,506, muito próximo de 0,6 o que indica que o modelo poderia ser mais simplificado. Finalmente, o RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) foi de 0,062, valor inferior a 0,10, que confirma um bom ajustamento do modelo segundo Arbuckle (2008, cit. in Maroco, 2010).

Figura 22. Análise fatorial confirmatória obtida para a escala de conhecimentos sobre o VIH/sida.



9.1.3 Teste-reteste

A análise teste-reteste realizou-se com recurso ao teste de Mc Nemar Bower, que avalia se o número de adolescentes que mudaram de opinião após a primeira aplicação é significativo ou não, tendo em conta as variáveis discretas que resultam da soma de itens medidos numa escala de Likert.

Dos 540 adolescentes que responderam aos dois momentos, 477 mantiveram a resposta, sendo que 465 responderam corretamente à questão e os restantes não sabiam ou responderam erradamente. Embora a maioria dos adolescentes tenha mantido a resposta, foram observados 63 adolescentes que alteraram a resposta entre os dois momentos, o que representa 11,7% do total dos 540 adolescentes. Este aspeto explica o resultado do teste de Mc Nemar Bower, no sentido de rejeitar a hipótese de igualdade de distribuição nos dois momentos, pois o valor de prova obtido foi inferior a 0,05 (Tabela 10).

Relativamente ao item 14 (é perigoso partilhar alimentos ou água com pessoas seropositivas ou infetadas com sida), observa-se que, do total de 540 adolescentes, 423 mantiveram a resposta nos dois momentos de avaliação e os restantes 117 mudaram-na, o que representa 21,7% dos adolescentes inquiridos. O teste de Mc Nemar Bower não regista diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação, pois o valor de prova foi superior a 0,05. Logo, não existe evidência estatística de que os alunos mudaram de opinião sistematicamente.

Nos itens 15, 16 e 35, (15- é aconselhável não visitar um seropositivo para não transmitir o VIH; 16- beber de um copo que foi utilizado por uma pessoa seropositiva acarreta riscos; 35- dar um beijo com troca de saliva a um seropositivo constitui um risco de transmissão do VIH), as mudanças de resposta entre os dois momentos não têm significado estatístico, pois os valores de prova dos testes de Mc Nemar Bower foram superiores a 0,05. Podemos afirmar, então, que as respostas dos alunos dadas na primeira fase foram consistentes com as respostas obtidas na segunda fase do inquérito.

Para os itens 18, 21 e 36, (18- lavar a sua roupa com a roupa de um seropositivo ou infetado pela sida implica riscos de contrair a doença; 21- existe o risco de contrair o VIH ao partilhar seringas contaminadas; 36- abraçar um seropositivo e beijá-lo na face constitui risco de transmissão do VIH), ocorreram mudanças significativas nas respostas dadas pelos alunos nos dois momentos, pois o valor de prova observado nos testes de Mc Nemar Bower foram inferiores a 0,05, o que leva a rejeitar a hipótese de igualdade de opinião nos dois momentos.

Tabela 10:

Análise teste-reteste da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida e teste de Mc Nemar-Bower.

	Momento 1	Momento 2		Teste de McNemarBower	
		Errado	Certo	Z	P
ITEM 13	Errado	12	17	12,444	0,0
	Certo	46	465		
ITEM 15	Errado	31	37	0,313	0,576
	Certo	43	431		
ITEM 18	Errado	74	38	4,124	0,042
	Certo	59	369		
ITEM 21	Errado	19	24	4,379	0,036
	Certo	42	450		
ITEM 36	Errado	27	24	9,013	0,003
	Certo	51	438		
ITEM 14	Errado	114	65	1,231	0,267
	Certo	52	309		
ITEM 16	Errado	157	73	3,200	0,074
	Certo	52	258		
ITEM 35	Errado	128	49	0,010	0,920
	Certo	51	311		

9.1.4. Fiabilidade inter-avaliadores

A fiabilidade inter-avaliador foi medida com as pontuações obtidas nos fatores e na escala total. Deste modo, é possível identificar se há existência correlativa entre as pontuações obtidas pelos alunos no primeiro e no segundo momento da avaliação. A fiabilidade foi medida através do teste de Wilcoxon, cuja hipótese nula é que a distribuição das escalas é igual nos dois momentos avaliados. Se os valores de prova forem inferiores a 0,05 a hipótese nula não se confirma. Também é de referir que foram utilizados o coeficiente de correlação e o coeficiente de correlação intraclasse (Tabela 11).

A tabela 11 demonstra a estatística descritiva nos dois fatores, obtida na escala de conhecimentos sobre o VIH/sida, e a pontuação total em cada momento de avaliação. O teste de Wilcoxon confirma a existência de diferenças significativas na distribuição do fator 1 (principais formas de transmissão do VIH), tanto no primeiro como no segundo momento avaliados. No entanto, ao analisar as medidas de tendência central, observou-se uma ligeira variação da amostra, a média no M1- 4,4 e no M2- 4,2, tendo havido uma ligeira diminuição. As medianas coincidem, sendo o desvio padrão muito próximo em ambos os momentos. Ao

comparar a média com os desvios padrões resultam coeficientes de variação pequenos, 25% no M1 e 30,9% no M2.

No que se refere ao fator 2 (conhecimento sobre os comportamentos de risco onde há contato com a saliva), o valor de prova do teste de Wilcoxon não regista diferenças significativas entre os dois momentos, garantindo a estabilidade temporal e reprodutibilidade da escala, sendo o valor de prova: 0,125 superior a 0,05. Note-se que a média no M1 foi 1,9 e no M2 foi 2,0, o que reforça os valores coincidentes das medianas. Este resultado também é explicado pela estabilidade das respostas obtidas nos três itens que compõem este fator. O teste de Mc Nemar Bower confirmou a inexistência de mudanças de conhecimento significativas ao comparar o primeiro momento com o segundo momento.

Na sequência dos resultados anteriores, o teste de Wilcoxon corrobora que não existem diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação. A distribuição do conhecimento por parte dos adolescentes entre M1 e M2 é estatisticamente semelhante. Os adolescentes mantiveram o conhecimento sobre o VIH/sida em ambos os momentos, garantindo-se a estabilidade temporal relativa ao conhecimento dos adolescentes nos dois momentos (Tabela 11).

Tabela 11:

Estimativas das dimensões da escala de conhecimentos nos dois momentos e teste de Wilcoxon.

Descriptive Statistics	M1		M2		Teste de Wilcoxon	
	<i>M(DP)</i>	<i>Md</i>	<i>M(DP)</i>	<i>Md</i>	<i>Z</i>	<i>p-value</i>
Fator 1	4,4(1,1)	5,0	4,2 (1,3)	5,0	-3,513	0,0
Fator 2	1,9(1,2)	2,0	2,0(1,1)	2,0	-1,53	0,126
TOTAL	6,3(1,9)	7,0	6,2(2,1)	7,0	-1,262	0,207

No que se refere ao coeficiente de correlação intraclasse a variação é entre 0 e 1. Se o valor for próximo de 1 indica uma grande variabilidade inter-observador com valor abaixo de 1, menor variabilidade intra-observador. Este facto significa que as diferenças observadas devem-se a diferenças inerentes ao próprio adolescente e não a diferenças entre os adolescentes. Os valores de referência concetualizados por Meyer & Meyer (2010) serão utilizados. Se o coeficiente de correlação intraclasse estiver entre 0,4 e 0,75, a escala tem reprodutibilidade satisfatória e se apresentar valores superiores a 0,75, a reprodutibilidade é excelente. No caso de valores inferiores a 0,4 indica reprodutibilidade nula.

A tabela 12 demonstra que o coeficiente de correlação de Spearman, observado no fator 1 (principais formas de transmissão do VIH) foi de 0,551. Como se pode verificar, existe uma correlação moderada entre os dois momentos, o que é concordante com os resultados anteriores e demonstra que ocorreram variações em sentido distinto entre os adolescentes durante os dois momentos avaliados. Todavia, o coeficiente de correlação interclasse foi 0,667 e a análise da variância (ANOVA) utilizando o teste *F*, confirma que é significativamente diferente de zero, pelo que conclui-se uma reprodutibilidade satisfatória da escala e que as diferenças observadas se relacionam com diferenças inter-adolescentes e não com diferenças intra-adolescentes.

As medidas de reprodutibilidade melhoram para o fator 2 (conhecimento sobre comportamentos de risco onde há contato com a saliva), e para a escala total, uma vez que os coeficientes de correlação de Spearman são superiores a 0,6 e significativamente diferentes de zero, tendo em conta que o valor de prova obtido foi inferior a 0,01. Também os coeficientes de correlação intraclasse obtidos foram superiores a 0,75, pelo que se assegura o nível excelente de reprodutibilidade. O teste *F* confirma que estes coeficientes são significativamente diferentes de zero. Conclui-se ser uma boa medida dos construtos avaliados pelos fatores 1 e 2 da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida (Tabela 12).

Tabela 12:

Coeficiente de correlação intraclasse para os fatores da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida.

Medida	Coeficiente de correlação de Spearman	Coeficiente de correlação intraclasse (ICC)	IC 95%		Teste F	
			Limite inferior	Limite superior	<i>F</i>	<i>p-value</i>
Fator 1	0,551**	0,677	0,616	0,729	3,154	0,0
Fator 2	0,667**	0,796	0,758	0,827	4,903	0,0
TOTAL	0,682**	0,779	0,739	0,813	4,544	0,0

** Correlação significativa ao nível 0,001

9.2. Relação entre os conhecimentos sobre o VIH/sida e as variáveis sociodemográficas

Após demonstração das propriedades psicométricas desta escala, é necessário avaliar a influência das variáveis sociodemográficas, em particular a idade, o género e o número de reprovações e, eventualmente, a existência de diferenças significativas.

Idade

A tabela 13 demonstra os coeficientes de correlação de Spearman em relação à idade relacionando as dimensões da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida no momento 1 e no momento 2. O facto de todos os coeficientes serem inferiores a 0,3 indicam a inexistência de correlação entre a idade e os resultados na escala de conhecimentos sobre o VIH/sida. A pontuação nas dimensões de conhecimento sobre o VIH/sida não varia significativamente com a idade. Este facto comprova que a escala de conhecimentos sobre o VIH/sida é invariante com a idade.

Tabela 13:

Efeito da idade sobre as dimensões da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida.

	Idade	ITEM1	ITEM2	ITEMTOTAL
M1	ρ	0,056	-0,013	0,023
	<i>p-value</i>	0,209	0,776	0,608
	<i>N</i>	500	500	500
M2	ρ	0,122**	0,001	0,075
	<i>p-value</i>	0,006	0,984	0,094
	<i>N</i>	500	500	500

** Correlação significativa ao nível 0,001

Género

Em geral, os adolescentes do sexo masculino têm menor pontuação nas dimensões da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida, tanto na primeira, como na segunda fase. Todavia, é possível afirmar que existe mais variação entre os adolescentes do sexo masculino do que entre as adolescentes do sexo feminino, uma vez que os valores de desvio padrão observados entre os adolescentes do sexo masculino são superiores. O teste de Mann-

Whitney confirma que as diferenças observadas entre os adolescentes do sexo masculino e as adolescentes do sexo feminino sobre o conhecimento do VIH/sida são estatisticamente significativas, tendo como suporte o valor de prova inferior a 0,05. Estas diferenças são analisadas na tabela 14.

Esta constatação levanta algumas questões, no sentido que tudo aponta que esta temática do conhecimento sobre o VIH/sida tenha mais impacto nas raparigas do que nos rapazes.

Tabela 14:

Efeito do género sobre as dimensões da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida.

	Masculino		Feminino		Teste de Mann-Whitney	
	<i>M(DP)</i>	<i>Md</i>	<i>M(DP)</i>	<i>Md</i>	<i>Z</i>	<i>p-value</i>
Fator 1 M1	4,20(1,24)	5,00	4,58(,88)	5,00	-4,137	0,0
Fator 2 M1	1,71(1,22)	2,00	2,04(1,14)	3,00	-3,012	0,003
TOTALM1	5,91(2,11)	6,00	6,62(1,72)	7,00	-3,866	0,0
Fator 1 M2	3,79(1,60)	5,00	4,55(,92)	5,00	-6,073	0,0
Fator 2 M2	1,74(1,20)	2,00	2,11(1,09)	3,00	-3,646	0,0
TOTAL M2	5,53(2,47)	6,00	6,66(1,69)	7,00	-5,207	0,0

Número de reprovações

A tabela seguinte faz referência ao nível de conhecimentos, que é significativamente diferente nos alunos, de acordo com o número de reprovações, confirmado pelo valor de prova obtido inferior a 0,05. De acordo com os valores obtidos das médias e medianas, quer no primeiro quer no segundo momento, os alunos com menor número de reprovações possuem conhecimentos mais elevados sobre o VIH/sida, comparativamente aos alunos que têm um maior número de reprovações (Tabela 15).

Tabela 15:

Efeito do número de reprovações sobre as dimensões da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida.

	Número de reprovações						Teste de Kruskal-Wallis	
	0	1	2	3	4	5	X	p-value
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
Fator 1 M1	4,6 (0,9)	4,4 (1)	4 (1,3)	4 (1,3)	4,3 (0,9)	3,6 (2,2)	46,979	0,0
Fator 2 M1	2,2 (1,1)	1,9 (1,2)	1,6 (1,2)	1,3 (1,2)	0,9 (1,2)	1,4 (1,1)	45,135	0,0
TOTAL M1	6,8 (1,8)	6,3 (1,8)	5,6 (2,2)	5,3 (2,1)	5,2 (1,6)	5 (2,7)	57,372	0,0
Fator 1 M2	4,3 (1,2)	4,2 (1,3)	4,1 (1,3)	3,8 (1,5)	3,4 (2,3)	4 (1,4)	12,855	0,025
Fator 2 M2	2,2 (1,1)	1,8 (1,2)	1,8(1,1)	1,3 (1,1)	1,4 (1,1)	1 (0)	32,887	0,0
TOTAL M2	6,5 (2,1)	6 (2,1)	5,9 (2)	5 (2,2)	4,8 (3,3)	5 (1,4)	31,769	0,0

9.2.1. Relação entre conhecimentos sobre o VIH/sida, atitudes sobre o VIH/sida e ansiedade na saúde

Com a análise da validade convergente, pretende-se avaliar a existência de concordância ou associação entre instrumentos que medem conceitos idênticos. Foi necessário aceder aos coeficientes de correlação de Spearman, uma vez que os fatores resultam de somas de variáveis ordinais e não se verifica o ajustamento à distribuição normal. As tabelas 16 e 17 demonstram os coeficientes de correlação entre a escala de conhecimentos sobre o VIH/sida, a escala de atitudes sobre o VIH/sida (CASIPR) e a escala ou inventário de ansiedade na saúde (SHAI).

Os resultados das correlações dos vários instrumentos indicam que, em geral as correlações existentes entre o conhecimento dos adolescentes sobre o VIH/sida e as atitudes relacionadas com o mesmo são muito reduzidas, porém significativas em ambos os momentos, o que revela que as escalas avaliam conceitos próximos, mas não idênticos.

Existe uma correlação positiva entre o conhecimento que os adolescentes possuem sobre o VIH/sida (fator 1, fator 2 e escala total) e a utilização do preservativo (fator 1). Os coeficientes de correlação são positivos em ambos os momentos. Sendo assim, os

adolescentes que possuem maior conhecimento sobre o VIH/sida utilizam com mais frequência o preservativo.

Existe uma correlação negativa entre o nível de conhecimento sobre o VIH/sida e as atitudes face às pessoas com sida (fator 2). Entre os adolescentes com mais conhecimento sobre o VIH/sida, existe menor preconceito e atitude de distanciamento em relação às pessoas com sida. Esta associação manteve-se nas duas fases.

Existe uma associação fraca entre o conhecimento e as atitudes dos adolescentes em relação ao VIH/sida, especificamente quanto à utilização do preservativo no ato sexual. Os adolescentes com mais conhecimento sobre o VIH/sida possuem uma pontuação mais elevada na escala de atitudes sobre o VIH/sida, no que se refere ao uso do preservativo no ato sexual. Mas o facto de haver uma associação fraca também indica que, mesmo que os adolescentes tenham conhecimentos sobre o VIH/sida, na prática não o utilizam de forma consistente.

De acordo com os coeficientes de correlação positivos, existe associação entre os níveis de conhecimento sobre o VIH/sida de que os adolescentes dispõem e a opinião acerca da realização do teste VIH, face a comportamentos de risco. Se fosse necessário, os adolescentes realizariam o teste para fazer o despiste do VIH e aconselhariam um amigo a fazê-lo.

Existe correlação muito fraca entre o conhecimento que os adolescentes têm sobre o VIH/sida e a perceção da saúde, mais especificamente a ansiedade na saúde. A perceção da saúde, a perceção de sinais de doença e as consequências negativas de algum tipo de doença, não se correlacionam com o conhecimento que os adolescentes têm sobre o VIH/sida. Em ambas as fases, a correlação atingida foi inferior a 0,3.

Tabela 16:

Coefficientes de correlação entre os fatores da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida, os fatores da escala de atitudes sobre o VIH/sida (CASIPR) e escala de ansiedade na saúde (SHAI) no M1.

	Fator 1	Fator 2	Total
	Principais formas de transmissão do VIH	Conhecimento sobre os comportamentos de risco onde há contato com a saliva	
Fator 1	ρ	0,310**	0,288**

Atitude em relação ao uso do preservativo	<i>p-value</i>	0,0	0,0	0,0
	N	631	631	631
Fator 2	ρ	-0,275**	-0,257**	-0,303**
Atitude em relação às pessoas com VIH/sida	<i>p-value</i>	0,0	0,0	0,0
	N	629	629	629
Fator 3	ρ	0,187**	0,132**	0,178**
Atitude em relação às condutas de proteção perante um obstáculo	<i>p-value</i>	0,0	0,001	0,0
	N	630	630	630
Fator 4	ρ	0,242**	0,175**	0,230**
Realização do teste de despiste do VIH perante condutas de risco	<i>p-value</i>	0,0	0,0	0,0
	N	630	630	630
Fator 1	ρ	-0,054	-0,007	-0,037
Perceção da saúde/doença	<i>p-value</i>	0,179	0,861	0,348
	N	630	630	630
Fator 2	ρ	-0,094*	-0,052	-0,073
Atitude em relação às pessoas com VIH/sida	<i>p-value</i>	0,019	0,190	0,070
	N	627	627	627
Fator 3	ρ	0,110**	0,081*	0,095*
Atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo	<i>p-value</i>	0,006	0,043	0,018
	N	630	630	630

* Correlação significativa ao nível 0,05

** Correlação significativa ao nível 0,001

Tabela 17:

Coefficientes de correlação entre os fatores da escala de conhecimentos sobre o VIH/sida, os fatores da escala de atitudes sobre o VIH/sida (CASIPR) e a escala de ansiedade na saúde (SHAI) no M2.

		Fator 1	Fator 2	TOTAL
	ρ	0,380**	0,295**	0,390**
Fator 1	<i>p-value</i>	0,0	0,0	0,0
	N	546	546	546
Fator 2	ρ	-0,336**	-0,242**	-,332**
	<i>p-value</i>	0,0	0,0	0,0

		Fator 1	Fator 2	TOTAL
	N	545	545	545
	ρ	0,242**	0,161**	0,230**
Fator 3	<i>p-value</i>	0,0	0,0	0,0
	N	545	545	545
	ρ	0,292**	0,168**	0,269**
Fator 4	<i>p-value</i>	0,0	0,0	0,0
	N	545	545	545
	ρ	-0,202**	-0,130**	-0,192**
Fator 1	<i>p-value</i>	0,0	0,002	0,0
	N	543	543	543
	ρ	-0,257**	-0,156**	-0,228**
Fator 2	<i>p-value</i>	0,0	0,0	0,0
	N	538	538	538
	ρ	0,039	0,029	0,034
Fator 3	<i>p-value</i>	0,363	0,506	0,426
	N	544	544	544

* Correlação significativa ao nível 0,05

** Correlação significativa ao nível 0,00

9.3. Escala de atitudes sobre VIH/sida

No que se refere à validação da escala de atitudes sobre o VIH/sida, o procedimento é idêntico para escalas constituídas por itens medidos numa escala de Likert. Inicialmente, procede-se à análise fatorial exploratória. Seguidamente, calcula-se os coeficientes alpha de Cronbach. Posteriormente à análise fatorial confirmatória, mede-se a estabilidade temporal através da análise teste-reteste, com acesso aos indicadores de reprodutibilidade. A validade convergente é realizada com recurso à escala de conhecimentos sobre o VIH/sida, validada anteriormente.

9.3.1. Análise fatorial exploratória

A análise fatorial inicial incluiu os 28 itens da escala. Os valores obtidos de $KMO=0,838$ indicam a existência de variáveis correlacionadas. O teste de Barlett indica adequabilidade da análise fatorial dos dados recolhidos ($X^2= 2085,87; p < 0,001$). Embora esta estrutura fatorial explique mais de 56% da variabilidade inicial dos dados, seria necessário extrair pelo menos 8 fatores que estivessem em concordância com a estrutura

fatorial desta escala, o que é considerado, por muitos autores como excessivo. Como tal, retirou-se alguns itens até obter um modelo simples e adequado aos dados, e que explicasse a maior parte da variabilidade observada. Sendo assim, neste processo, foram retirados os itens com menor comunalidade, através do critério de rotação dos fatores designado de oblimincom, em que delta é igual a 0,2. Tendo em conta o critério de kaiser os fatores são interdependentes.

O modelo conseguido é constituído por 12 itens agrupado em 4 fatores que corresponde às três normas enunciadas anteriormente e que justifica 65,66% da variância total dos dados (Tabela 18).

Tabela 18:

Variância explicada pelos componentes da análise fatorial da escala de atitudes sobre o VIH/sida.

Componente	Valores próprios iniciais			Soma dos quadrados dos pesos
	Total	% Da variância	% Acumulada	após rotação Total
1	4,253	35,442	35,442	3,595
2	1,379	11,490	46,933	2,042
3	1,190	9,921	56,853	2,384
4	1,057	8,809	65,662	2,676
5	0,849	7,078	72,740	
6	0,591	4,923	77,663	
7	0,533	4,440	82,103	
8	0,467	3,891	85,994	
9	0,465	3,875	89,869	
10	0,418	3,479	93,348	
11	0,404	3,364	96,711	
12	0,395	3,289	100	

Ao analisar-se as cargas fatoriais de cada item e a percentagem da variância explicada por cada fator, assim como o coeficiente alpha de Cronbach observado em cada momento, verifica-se que: o fator 1 (atitude em relação ao uso do preservativo) explica 34,44% da variância dos dados e apresenta uma consistência interna próxima de 0,8 na primeira e segunda fase. Quanto ao fator 2 (atitude em relação às pessoas com VIH/sida) explica 11,49% da variância total dos dados e apresenta consistência interna entre 0,7 e 0,8, considerado razoável na primeira e segunda fase. O fator 3 (atitude em relação às condutas de

proteção perante a existência de um obstáculo) explica 9,92% da variância e apresenta coeficientes alpha de Cronbach inferiores a 0,7, indicando uma consistência interna fraca.

O último fator 4 (atitude em relação ao teste de detecção do VIH), explica 8,81% da variância dos dados e apresenta coeficientes alpha de Cronbach inferior a 0,7, no primeiro momento, e superior a 0,7, no segundo momento. Conclui-se que a consistência interna varia entre fraca e razoável. Este resultado corrobora outros estudos que salientam o processo de aprendizagem decorrente da primeira fase, o que posteriormente torna os resultados mais positivos, obtendo-se uma melhor consistência interna. Juntamente com os itens de cada fator foram definidas variáveis latentes com as designações indicadas na tabela 19. Cada uma destas variáveis foi determinada a partir da média das pontuações dos itens, as quais, variam entre 1 e 4 (como a escala em que foram medidos).

Tabela 19:

Cargas fatoriais e alphas de Cronbach obtidos nas dimensões da escala de atitudes sobre o VIH/sida, M1.

	Componentes			
	1	2	3	4
ITEM 6	0,780	-0,270	-0,410	0,453
ITEM 2	0,776	-0,295	-0,353	0,268
ITEM 5	0,738	-0,234	-0,293	0,457
ITEM 9	0,687	-0,156	-0,260	0,371
ITEM 1	0,649	-0,137	0,023	0,272
ITEM 26	-0,296	0,874	0,258	-0,230
ITEM 23	-0,220	0,873	0,156	-0,174
ITEM 8 (*)	-0,141	0,364	0,793	-0,133
ITEM 15	0,358	-0,057	-0,786	0,352
ITEM 14	0,576	-0,212	-0,691	0,480
ITEM 28	0,343	-0,155	-0,292	0,884
ITEM 27	0,461	-0,231	-0,193	0,861
% variância explicada	34,441	11,490	9,921	8,809
Alpha de Cronbach (M1)	0,784	0,713	0,665	0,693
Alpha de Cronbach (M2)	0,797	0,721	0,609	0,731

(*) Item invertido

9.3.2. Fidelidade e análise dos itens

A tabela 20 faz referência aos coeficientes alpha de Cronbach e outras medidas de fiabilidade da escala de atitudes sobre o VIH/sida (CASIPR) para o conjunto de fatores. Tanto no primeiro momento como no segundo momento, os coeficientes de fiabilidade são superiores a 0,7, com exceção do fator 3 – atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo, que, à semelhança do observado pelos autores da escala original, tem alpha de Cronbach inferior a 0,7. Mesmo procedendo à exclusão de outros itens, é impossível obter valores superiores, o que é imprescindível optar por fatores que garantam um bom coeficiente de fiabilidade.

Tabela 20:

Coefficientes Alpha de Cronbach da escala de atitudes sobre o VIH/sida (CASIPR) no M1 e no M2.

	Momento 1				Momento 2				
	<i>M</i>	<i>Var</i>	<i>R</i>	α <i>Cronbach</i>	<i>M</i>	<i>Var</i>	<i>R</i>	α <i>Cronbach</i>	
Fator 1	ITEM 1	13,91	5,04	0,42	0,790	13,79	5,66	0,49	0,788
	ITEM 2	13,83	4,60	0,62	0,723	13,69	5,43	0,64	0,739
	ITEM 5	13,95	4,67	0,60	0,732	13,82	5,42	0,65	0,736
	ITEM 6	13,81	4,44	0,66	0,709	13,69	5,44	0,62	0,746
	ITEM 9	14,10	4,69	0,51	0,759	13,96	5,70	0,50	0,784
	Alpha de Cronbach		0,784			0,797			
Fator 2	ITEM 23	1,58	0,62	0,56	*	1,64	0,67	0,56	*
	ITEM 26	1,73	0,72	0,56	*	1,77	0,73	0,56	*
	Alpha de Cronbach		0,713			0,721			
Fator 3	ITEM 8	6,34	2,30	0,42	0,645	6,39	2,16	0,31	0,665
	ITEM 14	6,20	2,32	0,52	0,521	6,22	2,01	0,49	0,414
	ITEM 15	6,57	2,07	0,50	0,541	6,57	1,68	0,47	0,423
	Alpha de Cronbach		0,665			0,609			
Fator 4	ITEM 27	3,48	0,53	0,53	*	3,47	0,53	0,58	*
	ITEM 28	3,48	0,54	0,53	*	3,43	0,59	0,58	*

M Média da escala se o item for eliminado

Var-Variância da escala se o item for eliminado

R- Correlação Item-Total

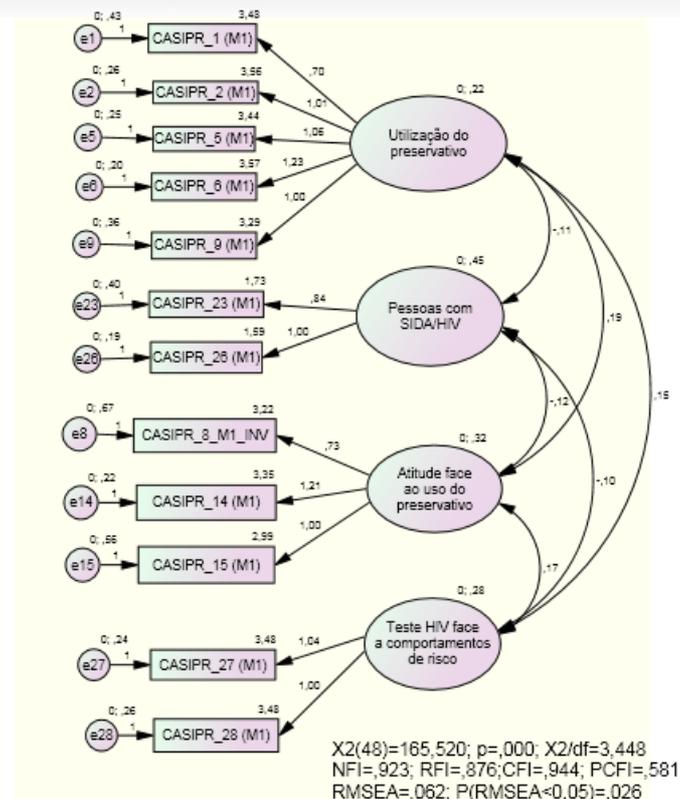
α Cronbach- Alpha de Cronbach se o item for eliminado

*Não é possível calcular alpha de Cronbach apenas para um item

9.3.3. Análise fatorial confirmatória

Quanto à análise fatorial confirmatória na figura 23, comprova-se que o modelo apresenta ajustamento aceitável. É de salientar que as medidas de qualidade do modelo estão de acordo com os parâmetros de aceitação, $X^2=165,52$ com valor de prova inferior a 0,001. Esta constatação demonstra que o modelo é ajustado e o quociente X^2 pelos graus de liberdade (X^2/df) é inferior a 5, situando-se no intervalo [2-5], o que reforça que é um modelo admissível. Por outro lado, os índices relativos $NFI=0,923$ e $CFI=0,944$ enquadram o modelo como tendo um bom ajustamento, pois são superiores a 0,9 e o $RFI=0,876 < 0,9$ indica ajustamento aceitável. O índice de parcimónia é inferior a 0,6 e o coeficiente $RMSEA=0,062$ o que indica que o modelo pode ser simplificado, resultando ainda numa adequabilidade e aplicabilidade do mesmo.

Figura 23. Análise fatorial confirmatória obtida para a escala de atitudes sobre o VIH/Sida CASIPR.



9.3.4. Teste-Reteste

Tendo em conta que as variáveis do estudo não seguem uma distribuição normal, e pelo facto de haver mudanças significativas nos dois momentos, foi necessário recorrer à utilização de testes não paramétricos.

O teste de Wilcoxon foi utilizado para averiguar se a distribuição das atitudes dos adolescentes em relação ao VIH/sida é igual tanto no momento um como no momento dois, aspetos analisados na tabela 21.

Sendo assim, e no que se refere às estimativas de tendência central, a pontuação média para o fator 1 (atitude em relação ao uso do preservativo), é de 3,5, no momento um, e de 3,4, no momento dois, com desvio padrão semelhantes e reduzidos. Quanto às medianas são coincidentes nos dois momentos. De acordo com o valor de prova do teste de Wilcoxon $0,184 > 0,05$ em ambos os momentos, conclui-se que não existem diferenças significativas nas pontuações deste fator, o que significa que não houve modificações no comportamento dos adolescentes em relação à utilização do preservativo.

Relativamente ao fator 2 (atitude em relação às pessoas com VIH/sida), as estimativas de tendência central (média e mediana) apontam para valores coincidentes, mas que não resultam de respostas iguais em ambos os momentos, por parte dos adolescentes. Tudo indica a presença de fatores que não foram avaliados no estudo (por ex.: a influência de colegas que possam ter sugerido respostas no segundo momento). Contudo, pode afirmar-se que existem diferenças significativas nos dois momentos, tendo em conta o valor de prova do teste Wilcoxon $< 0,05$, o que demonstra que as mesmas são inerentes ao próprio adolescente. Portanto, na globalidade, as estimativas de tendência central são semelhantes, mas as diferenças significativas têm a ver com mudanças intra-sujeito e não propriamente com mudanças entre os adolescentes, sendo este fator mais sensível à reprodutibilidade.

Quanto ao fator 3 (atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo), a pontuação média é coincidente em ambos os momentos e a mediana diminui de 3,33 para 3,0. Estas diferenças não têm significado estatístico, dado que o valor de prova do teste de Wilcoxon foi $0,214 > 0,05$. A atitude dos adolescentes em relação à utilização do preservativo não sofreu variações no segundo momento.

Também se observou a estabilidade temporal nas respostas dadas pelos alunos no fator 4- atitude em relação ao teste de deteção do VIH com valor de prova $0,0656 > 0,05$, que indica não haver diferenças significativas nas respostas dadas pelos adolescentes no segundo momento.

Tabela 21:

Análise teste-reteste da escala de atitudes sobre o VIH/sida (CASIPR) e teste Wilcoxon.

	M1		M2		Teste de Wilcoxon	
	<i>M (DP)</i>	<i>Md</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Md</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Atitude em relação ao uso do preservativo	3,5 (0,5)	3,60	3,4 (0,6)	3,60	-1,328	0,184
Atitude em relação às pessoas com VIH/Sida	1,7 (0,7)	1,50	1,7 (0,7)	1,50	-2,073	0,038
Atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo	3,2 (0,7)	3,33	3,2 (0,6)	3,00	-1,242	0,214
Atitude em relação ao teste de deteção do VIH	3,5 (0,6)	3,50	3,5 (0,7)	3,50	-0,445	0,656

9.3.5. Fiabilidade inter-avaliadores

Tal como se procedeu à escala de conhecimentos sobre o VIH/sida, também na escala de atitudes sobre o VIH/sida (CASIPR) foi avaliada a fiabilidade inter-avaliadores, utilizando, para o efeito, os coeficientes de correlação de Spearman e o coeficiente de correlação intraclasse. No conjunto dos quatro fatores, foram observados coeficientes de correlação de Spearman entre 0,4 e 0,6 considerados moderados, o que indica uma associação entre a pontuação observada no primeiro momento e no segundo momento. Quanto aos coeficientes de correlação intraclasse superiores a 0,4, são indicativos de adequada reprodutibilidade da medida.

Quanto ao fator 1 (atitude em relação ao uso do preservativo), com 95% de confiança, o coeficiente de correlação intra-classe (ICC) situa-se entre 0,603 e 0,717. Estes valores revelam maior variabilidade inter-observador e menor variabilidade intra-observador. O valor de prova do teste *F* confirma que o coeficiente de correlação intra-classe é significativamente diferente de zero. As diferenças encontradas indicam maior variabilidade entre os adolescentes quanto à utilização do preservativo do que propriamente diferenças intrínsecas ao próprio adolescente.

Para o fator 2 (atitude em relação às pessoas com VIH/sida), o coeficiente de correlação de Spearman é 0,544, o que indica uma correlação moderada e significativamente diferente de zero. No que se refere ao coeficiente de correlação intraclasse, é de 0,669, com 95% de confiança. O valor real do coeficiente de correlação intraclasse situa-se entre 0,61 e 0,72, ambos limites superiores a 0,5. Assim sendo, a variabilidade observada ao longo do tempo é imputada a diferenças entre os adolescentes e não propriamente às diferenças

registadas entre as duas avaliações nos adolescentes, porque o valor de prova do teste F é inferior a 0,05. o que leva a rejeitar a hipótese nula ($H_0:ICC=0$).

Para o fator 3 (atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo), o coeficiente de correlação de Spearman é 0,585, o que indica uma correlação moderada e o coeficiente de correlação intraclasse situa-se entre 0,67 e 0,763, ambos com limites superiores a 0,5. As diferenças registadas pelos adolescentes, e tendo em conta o valor de prova do teste F inferior a 0,05, indicam que a variabilidade observada ao longo do tempo se refere a diferenças entre adolescentes e não inerentes ao próprio.

Dos quatro fatores, o fator 4 (atitude em relação ao teste de deteção do VIH), apresenta piores indicadores de reprodutibilidade. O coeficiente de correlação de Spearman é 0,433, com valor de prova significativamente inferior a 0,05, e o coeficiente de correlação intraclasse muito próximo de 0,5 com intervalo de confiança 0,428 <0,5. Contudo, o teste F confirma que o coeficiente de correlação intraclasse não é nulo, pelo que a variabilidade observada neste fator tem a ver mais com diferenças entre o grupo de adolescentes do que propriamente com diferenças inerentes ao adolescente (Tabela 22).

Tabela 22:

Coefficiente de correlação intraclasse para os fatores da escala de atitudes sobre o VIH/sida (CASIPR).

Medida	Coeficiente de Correlação de Spearman	Coeficiente de correlação intraclasse (ICC)	IC 95%		Teste F	
			Lim inferior	Lim superior	F	valor- p
Atitude em relação ao uso do preservativo	0,526**	0,664 ^c	0,603	0,717	2,986	<0,001
Atitude em relação às pessoas com VIH/sida	0,544**	0,669 ^c	0,608	0,720	3,029	<0,001
Atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo	0,585**	0,719 ^c	0,668	0,763	3,563	<0,001
Atitude em relação ao teste de deteção do VIH	0,433**	0,517 ^c	0,428	0,592	2,069	<0,001

** Correlação significativa ao nível 0,001

9.4. Relação da escala de atitudes sobre o VIH/sida e as variáveis sociodemográficas

Idade

Nsta análise é fundamental correlacionar as variáveis sociodemográficas nas várias dimensões da escala. A tabela 23 apresenta os coeficientes de correlação de Spearman relacionando a idade dos adolescentes e a pontuação observada em cada uma das dimensões da escala de atitudes sobre o VIH/sida, nos dois momentos avaliados. Verifica-se que todos os coeficientes de correlação são inferiores a 0,1, o que indica correlação muito fraca entre a idade e os valores obtidos. Por conseguinte, a variável idade não tem influência nas atitudes dos adolescentes em relação ao VIH/sida.

Tabela 23:

Correlação observada entre os fatores da escala de atitudes e a idade.

			Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
M1	Idade	ρ	0,071	-0,067	-0,082	0,018
		<i>p-value</i>	0,112	0,135	0,066	0,695
		<i>N</i>	499	498	499	499
M2	Idade	ρ	0,077	-0,113*	-0,011	0,077
		<i>p-value</i>	0,086	0,012	0,811	0,087
		<i>N</i>	500	499	499	499

Fator 1- Atitude em relação ao uso do preservativo

Fator 2- Atitude em relação às pessoas com VIH/sida

Fator 3- Atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo

Fator 4- Atitude em relação ao teste de deteção do VIH

* Correlação significativa ao nível 0,05

Género

Tal como se verifica na tabela 24, existem diferenças significativas nas dimensões da escala de atitudes nos dois momentos, pois os valores de ρ obtidos no teste de *Mann-Whitney* foram inferiores a 0,05, com exceção da dimensão: atitude em relação às pessoas com VIH/sida, com uma média obtida pelos rapazes mais elevada. As raparigas apresentam maior média e mediana nos restantes fatores, o que indica que têm atitudes mais adequadas em relação ao VIH/sida comparativamente aos rapazes. Quanto ao segundo momento os

resultados apresentados em ambos os sexos melhoraram, contudo as diferenças mantiveram-se.

Tabela 24:

Efeito do género sobre as dimensões da escala de atitudes sobre o VIH/sida.

	Masculino		Feminino		Teste de Mann-Whitney	
	<i>M (DP)</i>	<i>Md</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Md</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Atitude em relação ao uso do preservativo (M1)	3,35(0,65)	3,60	3,56(0,43)	3,60	-3,328	0,001
Atitude em relação às pessoas com VIH/sida (M1)	1,85(0,82)	2,00	1,53(0,61)	1,50	-4,401	0,0
Atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo (M1)	2,94(0,71)	3,00	3,41(0,59)	3,33	-7,615	0,0
Atitude em relação ao teste de deteção do VIH (M1)	3,31(0,69)	3,50	3,59(0,57)	4,00	-5,162	0,0
Atitude em relação ao uso do preservativo (M2)	3,25(0,71)	3,40	3,56(0,43)	3,60	-4,939	0,0
Atitude em relação às pessoas com VIH/sida (M2)	1,92(0,84)	2,00	1,58(0,63)	1,50	-4,564	0,0
Atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo (M2)	2,97(0,64)	3,00	3,35(0,60)	3,33	-6,588	0,0
Atitude em relação ao teste de deteção do VIH (M2)	3,23(0,78)	3,50	3,60(0,53)	4,00	-5,826	0,0

Número de reprovações

A tabela seguinte revela que, tanto no momento 1 como no momento 2, é possível estabelecer diferenças significativas entre as atitudes dos alunos, de acordo com o rendimento escolar. Nas dimensões: atitude em relação à utilização do preservativo, atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo e atitude em relação ao teste de deteção do VIH, os alunos com maior número de reprovações apresentam uma atitude menos saudável em relação aos comportamentos sexuais, comparativamente aos alunos que possuem apenas uma reprovação ou que nunca reprovaram. Já na dimensão atitude em relação às

peças com VIH/sida, os alunos com mais reprovações apresentam um comportamento mais favorável no que se refere ao contato com as pessoas infetadas.

No que se refere à atitude em relação às pessoas com VIH/sida, no momento 2, a média baixou significativamente. O mesmo facto aconteceu na dimensão atitude em relação ao teste de deteção do VIH (Tabela 25).

Tabela 25:

Relação entre o número de reprovações e as dimensões da escala de atitudes sobre o VIH/sida.

	Número de reprovações						Teste de	
	0	1	2	3	4	5	Kruskal-Wallis	
	(D P)	(D P)	(D P)	(D P)	(D P)	(D P)		G. H. P - value
Atitude em relação ao uso do preservativo (M1)	17,6 (2,6)	17,1 (2,7)	17,2 (3)	16,3 (3,4)	16,6 (2,5)	11,6 (4,8)	18,908	0,002
Atitude em relação às pessoas com VIH/Sida (M1)	3,1 (1,3)	3,3 (1,5)	3,7 (1,6)	3,3 (1,6)	4,2 (1,7)	4 (2,2)	16,501	0,006
Atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo (M1)	8,7 (2,4)	8,3 (2,4)	7,8 (2,3)	7,3 (2,3)	8,5 (2,4)	6,5 (3,4)	23,351	0,0
Atitude em relação ao teste de deteção do VIH (M1)	7,1 (1,2)	7 (1,3)	6,7 (1,3)	6,5 (1,5)	6,7 (0,8)	5,3 (2,2)	23,574	0,0
Atitude em relação ao uso do preservativo (M2)	17,4 (2,8)	16,7 (3,1)	16,7 (3,7)	15,8 (3,2)	15,6 (2,4)	13 (7,1)	16,451	0,006
Atitude em relação às pessoas com VIH/Sida (M2)	3,3 (1,4)	3,5 (1,5)	3,5 (1,6)	3,9 (1,8)	4,2 (1,9)	2 (0)	9,911	0,078
Atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo (M2)	8,8 (2,2)	8,3 (2,1)	7,6 (2,7)	7,3 (1,9)	6 (1,4)	7 (5,7)	29,978	0,0
Atitude em relação ao teste de deteção do VIH (M2)	7 (1,3)	6,8 (1,5)	6,7 (1,5)	6,9 (1,2)	6,8 (1,3)	4,5 (2,1)	5,931	0,313

9.4.1. Fiabilidade convergente

Para a escala de atitudes sobre o VIH/sida e os restantes instrumentos, procedeu-se à realização da fiabilidade convergente, como se verifica na tabela 26 e 27. Como tal, obtiveram-se os coeficientes de correlação de Spearman entre os fatores da escala de atitudes sobre o VIH/sida e a escala ansiedade na saúde. Em geral, os coeficientes de correlação obtidos foram baixos, o que indica que não existe uma associação direta entre os conceitos, mas, em alguns casos, existe uma ligeira associação, que é medida por um coeficiente de correlação inferior a 0,3. Nas dimensões onde há correlação, mesmo que fraca, pode inferir-se que os adolescentes que possuem atitudes seguras em relação ao VIH/sida também revelam preocupações com a saúde.

Tabela 26:

Correlação entre os fatores das escalas CASIPR e SHAI no momento 1.

		Fator1	Fator2	Fator3	Fator4
Fator 1	ρ	0,038	0,083*	0,070	0,015
	<i>p-value</i>	0,343	0,037	0,079	0,709
	<i>N</i>	629	627	628	628
Factor 2	ρ	-0,027	0,259**	-0,039	-0,067
	<i>p-value</i>	0,500	0,0	0,329	0,096
	<i>N</i>	626	624	625	625
Fator 3	ρ	0,084*	-0,109**	0,080*	0,099*
	<i>p-value</i>	0,035	0,006	0,046	0,013
	<i>N</i>	629	627	628	628

* Correlação significativa ao nível 0,05

** Correlação significativa ao nível 0,001

Tabela 27:

Correlação entre os fatores das escalas CASIPR e SHAI no momento 2.

		Fator1	Fator2	Fator3	Fator4
Fator 1	ρ	-0,101*	0,150**	-0,032	-0,122**
	<i>p-value</i>	0,019	0,0	0,453	0,005
	<i>N</i>	543	542	542	542
Fator 2	ρ	-0,237**	0,307**	-0,077	-0,165**
	<i>p-value</i>	0,0	0,0	0,073	0,0
	<i>N</i>	538	537	537	537
Fator 3	ρ	0,055	-0,121**	0,060	0,116**

<i>p-value</i>	0,204	0,005	0,162	0,007
<i>N</i>	544	543	543	543

* Correlação significativa ao nível 0,05

** Correlação significativa ao nível 0,001

9.5. Questionário de condutas sexuais

Utilização do preservativo

No questionário de condutas sexuais, como não tem estrutura fatorial, a validação convergente foi realizada item-a-item (a segunda aplicação não foi realizada).

Da tabela 28, destaca-se que 50,3% dos adolescentes já iniciaram a sua atividade sexual. Dos adolescentes que iniciaram a sua vida sexual, 19,6% não utilizaram o preservativo na primeira relação. A maior parte dos adolescentes considera ser fácil adquirir preservativos, ainda que 7,8% tenham alguma dificuldade na sua aquisição. Mais de 80% dos adolescentes considera que os amigos utilizam preservativo nas suas relações sexuais. Este valor é positivo, apesar de 18,7% dos adolescentes considerar que os amigos não utilizam preservativo nas suas relações sexuais.

Tabela 28:

Distribuição dos alunos no primeiro momento quanto à utilização do preservativo.

	Sim		Não	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Já teve relações sexuais	314	50,3%	310	49,7%
Usou preservativo nessa primeira relação	238	80,4%	58	19,6%
Considera que é fácil adquirir preservativos	546	92,2%	46	7,8%
Acha que os amigos da sua idade utilizam preservativos nas relações sexuais deles	477	81,3%	110	18,7%

Início da atividade sexual

De forma geral, a idade média de iniciação da atividade sexual situa-se entre os 15 e os 16 anos. 25% dos alunos teve a primeira relação sexual entre os 10 e os 15 anos e 50% até aos 16 anos. Somente um adolescente refere ter iniciado a sua vida sexual aos 10 anos (Tabela 29).

Tabela 29:

Estimativas da idade dos alunos aquando da primeira relação sexual.

	Idade na 1ª relação sexual
<i>Média</i>	15,5
<i>Desvio Padrão</i>	1,5
<i>Mínimo</i>	10
<i>P25</i>	15
<i>Mediana</i>	16
<i>P75</i>	16
<i>Máximo</i>	18

Utilização do preservativo, parceiro sexual e orientação sexual

Ainda, sobre a utilização do preservativo, 67,3% dos adolescentes considera que sempre, ou quase sempre, os colegas utilizaram preservativo nas suas relações sexuais. Este valor eleva-se para 96% quando são incluídos os adolescentes que pensam que os seus colegas às vezes utilizam preservativos nas relações sexuais. Contudo, estes valores revelam, em última análise, que muitos adolescentes não utilizam o preservativo nas relações sexuais.

No que se refere ao parceiro sexual, 92,5% dos adolescentes afirma ter tido relações sexuais com pessoas do sexo oposto. Este resultado é concordante com os 95,7% dos adolescentes considera ser heterossexual. Entre os adolescentes da amostra, 5% afirma ter relações sexuais apenas com pessoas do mesmo sexo (Tabela 30).

Tabela 30:

Perceção dos alunos em relação às práticas sexuais dos seus colegas e às próprias.

		N	%
Frequência que os colegas utilizam preservativos nas relações sexuais deles	Sempre	126	21,2%
	Quase sempre	274	46,1%
	Às vezes	171	28,7%
	Nunca	24	4,0%
Ter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo	Sempre	28	5,0%
	Quase sempre	6	1,1%
	Às vezes	8	1,4%
	Nunca	521	92,5%

Orientação sexual	Heterossexual	536	95,7%
	Bissexual	8	1,4%
	Homossexual	16	2,9%

Atividade sexual nos últimos seis meses

Apesar de 50% dos adolescentes já ter iniciado a sua atividade sexual, menos de 40% tiveram relações sexuais nos últimos seis meses que antecederam a aplicação do questionário.

Número de parceiros sexuais

O número de parceiros sexuais varia entre 1 a 15. Contudo, 75% dos adolescentes refere ter tido, no máximo, um parceiro sexual nos últimos seis meses e menos de 25% dos adolescentes tiveram mais de um parceiro (Tabela 31).

Tabela 31:

Estimativa do número de parceiros sexuais dos alunos nos últimos 6 meses.

	<i>M</i>	1,6
	<i>DP</i>	2,2
	<i>Mínimo</i>	1,0
	<i>P25</i>	1,0
Com quantas pessoas teve relações sexuais nos últimos 6 meses	<i>Md</i>	1,0
	<i>P75</i>	1,0
	<i>Máximo</i>	15,0

Frequência das relações sexuais

No que se refere à frequência das relações sexuais nos últimos 6 meses (Tabela 32), verifica-se que a maior parte dos adolescentes refere ter práticas sexuais uma vez por mês e sensivelmente metade dos mesmos salienta ter relações sexuais quase todos os dias.

Tabela 32:

Distribuição dos alunos segundo a frequência com que mantiveram relações sexuais nos últimos 6 meses.

Com que frequência manteve relações sexuais nos últimos 6 meses	N	%
1x por mês	50	22,1%
2 ou 3 x por mês	46	20,4%
1 ou 2 x por semana	66	29,2%
3 ou mais x por semana	40	17,7%
Quase todos os dias	24	10,6%
Total	226	100%

Tipo de relações sexuais

No que se refere ao tipo de relações sexuais, a maior parte dos adolescentes pratica coito vaginal, seguido de sexo oral e, por último, masturbação mútua.

Tabela 33:

Distribuição dos alunos segundo o tipo de relação sexual que mantiveram.

Tipo de relações sexuais	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Coito vaginal	192	84,2%	36	15,8%	228	100%
Coito anal	36	15,7%	193	84,3%	229	100%
Sexo oral	121	52,8%	108	47,2%	229	100%
Masturbação mútua	102	44,5%	127	55,5%	229	100%

Utilização de métodos contraceptivos

Os adolescentes referiram utilizar, na maior parte das vezes, o preservativo, de seguida a pílula contraceptiva e, por fim, não recorreram a qualquer método de prevenção de doenças ou controlo de natalidade.

Outros métodos de contraceção utilizados

Dos alunos que tiveram relações sexuais nos seis meses últimos que antecederam a aplicação do questionário, e de acordo com a tabela 34, os adolescentes utilizaram, na maior

parte das vezes, o anel vaginal e o coito interrompido e, por fim, o dispositivo intra-uterino e o implante subcutâneo.

Utilização do preservativo e utilização da pílula contracetiva

Dos 182 adolescentes que referem utilizar o preservativo, apenas 149 indicam a sua utilização. Em média, utilizam o preservativo em 66,8% das suas relações sexuais. Dos 25% dos adolescentes que utilizam o preservativo, no máximo utilizam-no em 35% das relações sexuais e 50% dos adolescentes utilizam-no em 85% das relações sexuais.

Dos 88 alunos que recorrem à pílula contracetiva, 70 responderam à percentagem das vezes que a utilizaram. Em média, este método contracetivo é utilizado em 68,5% das relações sexuais. Assim, conclui-se que 25% das adolescentes utilizam a pílula contracetiva em menos de 10% das relações sexuais e que 50% destas adolescentes utilizam sempre a pílula contracetiva. Os resultados indicam que, entre as adolescentes que utilizam a pílula contracetiva, existe uma maior preocupação com o controlo de natalidade, do que com a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (Tabela 34).

Tabela 34:

Estimativa da percentagem com que utilizam o preservativo e a pílula contracetiva.

	% Preservativo	% Pílula contracetiva
<i>N</i>	149	70
<i>M</i>	66,8	68,5
<i>DP</i>	38,4	42,7
<i>Mínimo</i>	0,0	0,0
<i>P25</i>	35,0	10,0
<i>Md</i>	85,0	100
<i>P75</i>	100	100
<i>Máximo</i>	100	100

Relação entre a utilização do preservativo e a perceção da utilização do preservativo entre os pares de adolescentes

A utilização de métodos de prevenção sexual, neste caso o preservativo, pode estar relacionada com a perceção do comportamento dos colegas. Assim, pretende-se identificar se existe uma associação entre a percentagem de adolescentes que utilizam o preservativo e a

percepção da frequência da utilização do mesmo no grupo de colegas. Utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis, pois a percentagem de utilização do preservativo e da pílula contraceptiva não tem uma distribuição normal nos grupos de alunos que consideram que os colegas às vezes, ou nunca, utilizam preservativos.

O valor de prova obtido no teste de *Kruskal-Wallis* confirma que existem diferenças significativas na percentagem da utilização do preservativo, consoante a frequência da utilização do mesmo pelos colegas. Verifica-se a tendência de uma maior utilização do preservativo quando os adolescentes percecionam que os colegas o utilizam, como se pode analisar na tabela 35. Em relação à pílula, não é possível concluir a existência de relação entre a percepção da utilização da mesma entre as colegas e a sua utilização mais assídua.

Tabela 35:

Distribuição dos alunos segundo a percepção da frequência com que os colegas utilizam preservativos nas relações sexuais

		Com que frequência acha que os seus colegas usam preservativos nas relações sexuais deles			
		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Nunca
% Preservativo ($X=12,852$; $p=0,005$)	<i>N</i>	35	69	40	4
	<i>M</i>	79,1	60,8	70,6	16,3
	<i>DP</i>	36,6	40,2	32,9	17,0
	<i>Md</i>	100	80,0	80,0	12,5
% Pílula contraceptiva ($X=5,038$; $p=0,169$)	<i>N</i>	7	26	34	2
	<i>M</i>	62,1	65,8	74,4	10,0
	<i>DP</i>	46,0	42,4	42,1	14,1
	<i>Md</i>	85,0	85,0	100	10,0

Manter relações sexuais sob influência de álcool e drogas

Manter relações sexuais sob o efeito de drogas é menos frequente do que manter relações sob o efeito de álcool. De facto, 19,7% dos alunos indicam que já mantiveram relações sexuais sob o efeito do álcool e 4,5% indicam que já mantiveram relações sexuais sob o efeito de cannabis. O menos frequente é terem relações sexuais sob o efeito de cocaína ou de drogas sintéticas (Tabela 36).

Tabela 36:

Distribuição dos adolescentes em relação a terem relações sexuais sob o efeito de álcool e drogas

Substâncias	Sim		Não		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Cannabis	12	4,5%	252	95,5%	264	100%
Álcool	52	19,7%	212	80,3%	264	100%
Cocaína	3	1,1%	261	98,9%	264	100%
Drogas sintéticas	4	1,5%	260	98,5%	264	100%

9.5.1. Validade convergente

Procedeu-se à análise convergente representada nas tabelas 37 e 38. Da análise, verificou-se que existe uma associação entre a utilização do preservativo na primeira relação sexual e a facilidade na sua aquisição. O valor de prova do teste de X^2 é $0,014 < 0,05$ e corrobora este aspeto, uma vez que a 75,5% dos adolescentes utilizaram o preservativo na primeira relação e consideram ser fácil adquiri-lo.

Tal como indicado na tabela 39, em relação à aquisição do preservativo e o seu valor monetário, 55% dos adolescentes considera que é fácil adquirir preservativos e estão de acordo ou totalmente de acordo que o preço é elevado. O teste de associação do Qui-Quadrado não é conclusivo, pois o valor de prova foi $0,051 > 0,05$, pelo que não se pode determinar se o valor do preservativo tem influência ou não na prática de relações sexuais protegidas.

Tabela 37:

Associação entre o uso do preservativo na primeira relação sexual e a facilidade em adquiri-lo.

Considera que é fácil adquirir preservativos ($X=5,986; p=0,014$)	Usou preservativo nessa primeira relação sexual				Total	
	Sim		Não		<i>N</i>	%
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Sim	223	75,6%	49	16,6%	272	92,2%
Não	14	4,7%	9	3,1%	23	7,8%
Total	237	80,3%	58	19,7%	295	100%

Tabela 38:

Associação entre itens da escala de atitudes e a percepção da facilidade em adquirir preservativos.

ITEM 12 (M1) Sinto vergonha em comprar preservativos numa farmácia ou supermercado ($X=10,424$; $p=0,015$)	Considera que é fácil adquirir preservativos				Total	
	Sim		Não			
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Totalmente em desacordo	169	29,0%	11	1,9%	180	30,9%
Em desacordo	156	26,8%	7	1,2%	163	28,0%
De acordo	152	26,1%	17	2,9%	169	29,0%
Totalmente de acordo	60	10,3%	11	1,9%	71	12,2%
Total	537	92,1%	46	7,9%	583	100%

Tabela 39:

Associação entre a facilidade em adquirir o preservativo e o valor do mesmo.

Penso que o preço do preservativo é elevado (ITEM 13) ($X=7,814$; $p=0,051$)	Considera que é fácil adquirir preservativos				Total	
	Sim		Não			
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Totalmente em desacordo	74	12,6%	5	0,9%	79	13,5%
Em desacordo	143	24,4%	8	1,4%	151	25,8%
De acordo	179	30,6%	12	2,1%	191	32,6%
Totalmente de acordo	143	24,4%	21	3,6%	164	28,0%
Total	539	92,1%	46	7,9%	585	100%

Concordância entre as Variáveis: Utilização do preservativo pelo próprio versus percepção da utilização do preservativo pelos amigos

No questionário de Condutas Sexuais, existe concordância entre as variáveis “utilizou o preservativo na primeira relação” e “acha que os amigos da sua idade utilizam preservativos nas relações sexuais deles”, uma vez que 67,8% dos adolescentes responderam positivamente, e em simultâneo, a ambas as perguntas. Esta concordância é confirmada pelo valor de prova do teste de X^2 e o coeficiente Kappa de Cohen, que revela que a concordância é moderada (Tabela 40).

Tabela 40:

Associação entre a utilização do preservativo na primeira relação sexual e a percepção da utilização do mesmo pelos amigos.

Acha que os amigos da sua idade utilizam preservativos nas relações sexuais deles ($X=14,858$; $p=0,000$) $K=0,226$	Usou preservativo nessa primeira relação sexual				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	n	%		
Sim	198	67,8%	35	12,0%	233	79,8%
Não	37	12,7%	22	7,5%	59	20,2%
Total	235	80,5%	57	19,5%	292	100%

9.6. Relação das variáveis sociodemográficas nas condutas sexuais dos adolescentes

Gênero e início de relações sexuais, utilização do preservativo na primeira relação sexual e percepção da utilização do preservativo nas relações sexuais dos amigos

Para analisar se existe associação entre o gênero dos alunos e determinadas condutas sexuais, como: a existência de relações sexuais, a utilização do preservativo na primeira relação sexual, a facilidade ou não na aquisição do mesmo e a percepção que têm se os amigos utilizam preservativo nas relações sexuais deles, foi utilizado o teste de independência de X^2 , tendo em conta que as variáveis são nominais.

Os valores de prova obtidos são superiores a 0,05 pelo que se conclui que as respostas são semelhantes entre os adolescentes do sexo feminino e do sexo masculino, não revelando associação. A tabela abaixo compara as semelhanças e as diferenças encontradas em algumas respostas (Tabela 41).

Tabela 41:

Associação entre o gênero dos adolescentes e determinadas condutas sexuais.

		Gênero				Teste de independência	
		Masculino		Feminino		X	p-value
		N	%	N	%		
Já teve relações sexuais	Sim	136	52,1%	178	49,3%	0,475	0,491
	Não	125	47,9%	183	50,7%		
Usou preservativo nessa primeira relação	Sim	96	76,2%	142	83,5%	2,474	0,116
	Não	30	23,8%	28	16,5%		

Considera que é fácil adquirir preservativos	Sim	234	92,1%	310	92,3%	0,004	0,951
	Não	20	7,9%	26	7,7%		
Acha que os amigos da sua idade utilizam preservativos nas relações sexuais deles	Sim	202	81,8%	273	80,8%	0,096	0,757
	Não	45	18,2%	65	19,2%		

Género e percepção da frequência com que os colegas utilizam preservativos nas relações sexuais deles, relações sexuais com pessoas do mesmo sexo e orientação sexual

Quanto às condutas sexuais, verifica-se uma diferença de género na percepção que os adolescentes possuem sobre a utilização do preservativo nas relações sexuais dos seus amigos. Uma menor percentagem de raparigas considera que os seus colegas nunca utilizam o preservativo e, por sua vez, uma maior percentagem de rapazes considera que os seus colegas nunca utilizam o preservativo nas suas relações sexuais (valor de prova 0,024 <0,05). As restantes condutas sexuais são semelhantes, tanto no sexo feminino, como no sexo masculino (Tabela 42).

Tabela 42:

Associação entre o género dos adolescentes e determinados comportamentos sexuais.

		Género				Teste de independência	
		Masculino		Feminino			
		N	%	N	%	X	p-value
Com que frequência acha que os seus colegas usam preservativos nas relações sexuais deles	Sempre	59	23,3%	67	19,7%	9,414	0,024
	Quase sempre	116	45,8%	156	45,9%		
	Às vezes	62	24,5%	109	32,1%		
	Nunca	16	6,3%	8	2,4%		
Tem relações sexuais com pessoas do mesmo sexo	Sempre	11	4,5%	16	5,0%	5,213	0,157 ^c
	Quase sempre	5	2,0%	1	,3%		
	Às vezes	5	2,0%	3	,9%		
	Nunca	223	91,4%	297	93,7%		
Orientação Sexual	Heterossexual	220	94,4%	315	96,6%	1,694	0,429
	Bissexual	4	1,7%	4	1,2%		
	Homossexual	9	3,9%	7	2,1%		

Género e tipo de relações sexuais e frequência das relações sexuais nos últimos seis meses

No que diz respeito à frequência das relações sexuais nos últimos seis meses, há uma percentagem superior, tanto de rapazes como de raparigas, a não terem relações sexuais nos últimos seis meses do que a ter relações sexuais. Quanto à frequência das relações sexuais, as raparigas têm uma percentagem ligeiramente superior aos rapazes na dimensão ter relações sexuais uma ou duas vezes por semana e superior a três vezes. Quanto ao tipo de relação sexual, os valores na tabela abaixo indicam que há diferenças quanto ao género nos adolescentes que já praticaram coito vaginal e coito anal. A percentagem de raparigas a praticar coito vaginal é superior, comparativamente à percentagem do número de rapazes. Em relação à prática do coito anal, a percentagem é inferior nas raparigas, comparativamente ao grupo de rapazes. Quanto às outras práticas sexuais, os valores são semelhantes em ambos os sexos (Tabela 43).

Tabela 43:

Associação entre o género dos adolescentes e tipo de relações sexuais e frequência das relações sexuais nos últimos seis meses.

		Género				Teste de independência	
		Masculino		Feminino		X	p-value
		N	%	N	%		
Tem tido relações sexuais (masturbação mútua, coito vaginal, coito anal ou sexo oral) nos últimos 6 meses	Sim	108	42,4%	129	38,1%	1,122	0,289
	Não	147	57,6%	210	61,9%		
	1xpor mês	28	28,3%	22	17,3%	9,342	0,053
	2 ou 3 x por mês	21	21,2%	25	19,7%		
Com que frequência manteve relações sexuais nos últimos 6 meses	1 ou 2 x por semana	22	22,2%	44	34,6%		
	3 ou mais x por semana	14	14,1%	26	20,5%		
	Quase todos os dias	14	14,1%	10	7,9%		
Tipo de relações sexuais	Coito vaginal	75	75,0%	117	91,4%	11,365	0,001

Coito anal	23	22,8%	13	10,2%	6,782	0,009
Sexo oral	55	54,5%	66	51,6%	0,190	0,663
Masturbação mútua	50	49,5%	52	40,6%	1,802	0,179

Género e utilização de métodos contraceptivos

Entre os adolescentes que já iniciaram a sua atividade sexual, uma percentagem ligeiramente superior de rapazes utiliza o preservativo, comparativamente às raparigas. A pílula contraceptiva é referida pela maioria das raparigas, comparativamente aos rapazes.

Ainda que a percentagem seja baixa relativamente à não utilização de nenhum método de prevenção de doenças ou de natalidade por parte dos adolescentes, esta prática de risco ainda se mantém (Tabela 44).

Tabela 44:

Associação entre o género dos adolescentes e utilização de determinados métodos contraceptivos.

	Género				Teste de independência	
	Masculino		Feminino		X	p-value
	N	%	N	%		
Nenhum método de prevenção de doenças ou de natalidade	7	6,9%	8	6,0%	0,069	0,792
Preservativo	86	83,5%	76	74,4%	2,791	0,095
Pílula contraceptiva	24	23,3%	64	48,5%	15,665	0,000

Género e práticas sexuais sob o efeito de álcool e outro tipo de drogas

As práticas sexuais sob o efeito de álcool e drogas foi referida por poucos alunos. Contudo, no que diz respeito ao consumo de cannabis e alucinogénios, existem diferenças significativas de género. Em ambos os casos, há uma maior percentagem de rapazes a praticarem relações sexuais sob o efeito de cannabis e alucinogénios.

Quanto à ingestão de álcool, como se pode verificar na tabela abaixo, há uma percentagem ligeiramente superior de raparigas a praticarem relações sexuais sob o efeito de álcool.

Este tipo de consumo pode prejudicar a negociação de uma relação sexual segura, tornando-se um obstáculo e contribuindo para uma conduta sexual de risco (Tabela 45).

Tabela 45:

Associação entre o gênero e práticas sexuais sob o efeito de álcool e determinadas drogas nos adolescentes.

Drogas e álcool	Gênero				Teste de independência	
	Masculino		Feminino		<i>X</i>	<i>p-value</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Cannabis	10	9,3%	2	1,3%	9,360	0,002
Álcool	21	19,4%	31	19,9%	0,007	0,932
Cocaína	2	1,9%	1	0,6%	0,833	0,361
Drogas Sintéticas	3	2,8%	1	0,6%	1,953	0,162
Alucinogénios	4	3,7%	0	0,0%	5,867	0,015

9.7. Relação entre o número de reprovações com o tipo de relações sexuais e a frequência das relações sexuais nos últimos seis meses

Existe associação entre o número de reprovações e o início da atividade sexual. Tendencialmente, os adolescentes que já iniciaram a sua atividade sexual acumulam maior número de retenções. Este resultado é explicado, apenas, pela idade dos adolescentes, uma vez que um adolescente com mais idade apresenta maior probabilidade de já ter tido práticas sexuais.

No que se refere à idade da primeira relação sexual, os adolescentes que não reprovaram começaram a sua atividade sexual, a maior parte aos 16 anos. Dos alunos que tiveram cinco reprovações, a maior parte teve a sua primeira experiência sexual com 14 anos. Quanto à utilização do preservativo nessa primeira relação sexual, a percentagem é ligeiramente superior nos alunos que não reprovaram uma única vez. Quanto à facilidade na aquisição de preservativos, a percentagem é ligeiramente superior nos alunos que reprovaram cinco vezes, comparativamente aos que não reprovaram nenhuma vez. Quanto à percepção da utilização de preservativos pelos amigos da mesma idade nas relações sexuais deles, a maior parte dos alunos que reprovaram cinco vezes consideram que os amigos não utilizam o preservativo, enquanto os alunos que não reprovaram nenhuma vez consideram que os amigos utilizam o preservativo mais vezes nas suas relações sexuais (Tabela 46).

Tabela 46:

Relação entre o rendimento acadêmico e determinadas condutas sexuais.

		Indica o número de vezes que reprovou						Teste de		
		0	1	2	3	4	5	independência		
		N	N	N	N	N	N	X	p-value	
Já teve relações sexuais?	Sim	N	109	86	62	41	11	5	63,164	0,000
		%	36,6%	53,8%	63,9%	78,8%	100,0%	100,0%		
	Não	N	189	74	35	11	0	0		
		%	63,4%	46,3%	36,1%	21,2%	0,0%	0,0%		
Idade na primeira relação sexual	10	N	0	0	1	0	0	0	36,548	0,397
		%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%		
	12	N	6	1	5	1	1	0		
		%	5,7%	1,3%	8,8%	2,6%	9,1%	0,0%		
	13	N	6	5	3	4	1	1		
		%	5,7%	6,3%	5,3%	10,3%	9,1%	25,0%		
	14	N	15	10	7	5	2	2		
		%	14,2%	12,5%	12,3%	12,8%	18,2%	50,0%		
	15	N	26	14	8	10	2	0		
		%	24,5%	17,5%	14,0%	25,6%	18,2%	0,0%		
	16	N	31	24	18	7	4	1		
		%	29,2%	30,0%	31,6%	17,9%	36,4%	25,0%		
17	N	20	17	12	6	0	0			
	%	18,9%	21,3%	21,1%	15,4%	0,0%	0,0%			
18	N	2	9	3	6	1	0			
	%	1,9%	11,3%	5,3%	15,4%	9,1%	0,0%			
Usou preservativo nessa primeira relação?	Sim	N	89	68	46	25	6	4	10,856	0,054
		%	85,6%	85,0%	78,0%	65,8%	60,0%	80,0%		
	Não	N	15	12	13	13	4	1		
		%	14,4%	15,0%	22,0%	34,2%	40,0%	20,0%		
Considera que é fácil adquirir preservativos?	Sim	N	259	139	84	49	9	5	3,179	0,672
		%	91,2%	93,3%	93,3%	94,2%	81,8%	100,0%		
	Não	N	25	10	6	3	2	0		
		%	8,8%	6,7%	6,7%	5,8%	18,2%	0,0%		
Acha que os amigos da sua idade utilizam preservativos nas relações sexuais deles?	Sim	N	242	125	63	33	9	4	20,159	0,001
		%	86,1%	83,9%	70,0%	66,0%	81,8%	80,0%		
	Não	N	39	24	27	17	2	1		
		%	13,9%	16,1%	30,0%	34,0%	18,2%	20,0%		

Relação entre o número de reprovações e determinadas condutas sexuais

Quanto à percepção da frequência da utilização do preservativo nas relações sexuais dos colegas, os alunos com mais retenções tendem a considerar que os colegas, às vezes, utilizam o preservativo na maior parte das suas relações sexuais e os alunos sem nenhuma retenção consideram que os colegas utilizam quase sempre o preservativo.

Esta dimensão, “ter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo”, não variou entre os alunos que reprovaram e os que não reprovaram. A maior parte dos alunos têm relações e práticas heterossexuais.

Quanto à orientação sexual, também não houve diferenças significativas entre os alunos que reprovaram e os que não reprovaram. A maior parte dos alunos considera-se heterossexual (Tabela 47).

Tabela 47:

Associação entre o número de reprovações e determinadas condutas sexuais.

		Indica o número de vezes que reprovou							Teste de independência				
		0	1	2	3	4	5	X	p-value				
Com que frequência acha que os seus colegas usam preservativos nas relações sexuais deles	Sempre	n	65	30	18	10	2	1	30,657	0,01			
		%	22,8%	20,3%	19,4%	19,2%	18,2%	20,0%					
	Quase sempre	n	149	70	33	17	3	1					
		%	52,3%	47,3%	35,5%	32,7%	27,3%	20,0%					
	Às vezes	n	61	46	35	21	5	3					
		%	21,4%	31,1%	37,6%	40,4%	45,5%	60,0%					
	Nunca	n	10	2	7	4	1	0					
		%	3,5%	1,4%	7,5%	7,7%	9,1%	0,0%					
	Tem relações sexuais com pessoas do mesmo sexo	Sempre	n	12	9	4	3	0			0	21,281	0,128
			%	4,6%	6,3%	4,6%	5,8%	0,0%			0,0%		
		Quase sempre	n	1	2	1	1	0			1		
			%	0,4%	1,4%	1,1%	1,9%	0,0%			20,0%		
Às vezes		n	3	3	1	1	0	0					
		%	1,1%	2,1%	1,1%	1,9%	0,0%	0,0%					
Nunca		n	247	130	81	47	11	4					
		%	93,9%	90,3%	93,1%	90,4%	100,0%	80,0%					
Bissexual		%	96,7%	94,2%	95,3%	95,7%	90,0%	100,0%					
		n	4	2	1	0	1	0					

	%	1,5%	1,4%	1,2%	0,0%	10,0%	0,0%
Homossexual	n	5	6	3	2	0	0
	%	1,8%	4,3%	3,5%	4,3%	0,0%	0,0%

Relação entre o número de reprovações com o tipo de relações sexuais e a frequência das relações sexuais nos últimos seis meses

Os alunos que apresentam maior número de retenções têm tido relações sexuais (masturbação mútua, coito vaginal, coito anal ou sexo oral) nos últimos seis meses com maior frequência, comparativamente aos colegas com menos ou nenhuma retenção.

Quanto à frequência das relações sexuais nos últimos seis meses, a percentagem mais elevada refere-se aos adolescentes que não reprovaram uma única vez e revelam ter relações sexuais uma vez por mês. Em contrapartida, os alunos que reprovaram cinco vezes apresentam uma maior percentagem nas dimensões ter relações sexuais duas ou três vezes mensalmente, três ou mais vezes mensalmente, bem como quase todos os dias.

Quanto ao tipo de relações sexuais, os alunos que apresentam um maior número de retenções apresentam uma maior percentagem na prática de sexo oral, enquanto os seus colegas que não reprovaram nenhuma vez apresentam uma maior percentagem na prática de coito vaginal, masturbação mútua e sexo oral.

Quanto à utilização de métodos contraceptivos, de forma geral, os adolescentes utilizam o preservativo e, tanto os alunos repetentes como os que não tiveram nenhuma retenção, praticam relações sexuais sem a utilização de nenhum método contraceptivo, apesar de a percentagem ser baixa, como se pode analisar na tabela 48.

Tabela 48:

Associação entre o número de reprovações e determinadas condutas sexuais e utilização de métodos contraceptivos.

		Indica o número de vezes que reprovou							Teste de independência	
		0	1	2	3	4	5	X	P-value	
Tem tido relações sexuais (masturbação)	Sim	N	83	67	53	26	4	4	32,42	0,0 ^{*c}

		Indica o número de vezes que reprovou						Teste de independência	
		0	1	2	3	4	5	X	p-value
mútua, coito vaginal, coito anal ou sexo oral) nos últimos 6 meses	%	29,2%	44,4%	57,6%	50,0%	36,4%	80,0%		
	N	201	84	39	26	7	1		
Não	%	70,8%	55,6%	42,4%	50,0%	63,6%	20,0%		
	N	24	15	8	3	0	0		
1x por mês	%	30,0%	23,8%	15,4%	12,5%	0,0%	0,0%	24,01	0,242
	N	19	15	9	1	1	1		
2 ou 3 x por mês	%	23,8%	23,8%	17,30%	4,2%	25,0%	33,3%		
	N	17	19	16	13	1	0		
Com que frequência manteve relações sexuais nos últimos 6 meses	%	21,3%	30,2%	30,8%	54,2%	25,0%	0,0%		
	N	14	8	12	4	1	1		
1 ou 2 x por semana	%	17,50%	12,7%	23,1%	16,7%	25,0%	33,3%		
	N	6	6	7	3	1	1		
3 ou mais x por semana	%	6	6	7	3	1	1		
	N	6	6	7	3	1	1		
Quase todos os dias	%	6	6	7	3	1	1		
	N	6	6	7	3	1	1		

		Indica o número de vezes que reprovou						Teste de independência		
		0	1	2	3	4	5	X	p-value	
	%	7,50%	9,5%	13,5%	12,5%	25,0%	33,3%			
Tipo de relações sexuais	Coito vaginal	N	67	54	43	24	2	2	5,512	0,357
		%	83,8%	84,4%	84,3%	92,3%	50%	66,7%		
	Coito anal	N	11	12	9	3	1	0	1,939	0,857
		%	13,80%	18,80%	17,3%	11,5%	25%	0,0%		
	Sexo oral	N	50	37	18	11	4	1	15,747	0,008 ^c *
		%	62,5%	57,8%	34,6%	42,3%	100%	33,3%		
	Masturbação mútua	N	42	35	16	8	1	0	13,735	0,017 ^c *
		%	52,5%	54,7%	30,8%	30,8%	25,0%	0,0%		
	Nenhum método de prevenção de doenças ou de natalidade	N	5	2	5	3	0	0	3,886	0,566
		%	6%	3,1%	9,6%	11,5%	0,0%	0,0%		
Preservativo	N	65	57	38	15	3	4	7,652	0,176	

	Indica o número de vezes que reprovou						Teste de independência		
	0	1	2	3	4	5	X	P-value	
	%	78,3%	86,4%	74,5%	62,5%	75,0%	100,0%		
	N	32	24	18	12	1	1		
Pílula contraceptiva								2,252	0,813 ^c
	%	38,1%	36,4%	35,3%	48,0%	25,0%	20,0%		

Relação entre o número de reprovações e a utilização de métodos contraceptivos

Relativamente ao método de prevenção de doenças ou natalidade utilizado, não se observaram diferenças entre os alunos segundo o número de retenções, pois os valores de prova foram superiores a 0,05, como se pode analisar na tabela abaixo.

Tabela 49:

Associação entre o número de vezes que o aluno reprovou e a utilização de métodos contraceptivos.

	Indica o número de vezes que reprovou										Teste de independência			
	0		1		2		3		4		5		X	P-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nenhum método de prevenção de doenças ou de natalidade	5	6,0%	2	3,1%	5	9,6%	3	11,5%	0	0,0%	0	0,0%	3,886	0,566
Preservativo	65	78,3%	57	86,4%	38	74,5%	15	62,5%	3	75,0%	4	100,0%	7,652	0,176
Pílula contraceptiva	32	38,1%	24	36,4%	18	35,3%	12	48,0%	1	25,0%	1	20,0%	2,252	0,813 ^c

Relação entre o número de reprovações e as práticas sexuais sob o efeito de álcool e outro tipo de drogas

A utilização de algumas drogas durante o ato sexual difere segundo o número de retenções. O consumo de cannabis ou alucinogénios na prática sexual surge com mais frequência entre os alunos com quatro ou mais retenções. Dos cinco alunos que referem utilizar drogas sintéticas no ato sexual, dois têm três retenções e um tem uma retenção, o que permite afirmar que existe tendência para os alunos com mais retenções utilizarem estupefacientes.

Quanto à prática sexual sob o efeito de álcool, esta é mais evidente nos alunos que reprovaram com mais frequência (Tabela 50).

Tabela 50:

Associação entre o número de vezes que o aluno reprovou e realização de práticas sexuais sob o efeito de álcool e determinado tipo de droga.

	Indica o número de vezes que reprovou										Teste de independência			
	0		1		2		3		4		5		X	p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Cannabis	3	3,4%	2	2,6%	3	5,1%	1	3,3%	1	25,0%	2	40,0%	19,441	0,002
Álcool	18	20,2%	15	19,5%	12	20,3%	3	10,0%	1	25,0%	3	60,0%	7,023	0,219
Cocaína	0	0,0%	1	1,3%	1	1,7%	1	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	2,597	0,762
Drogas Sintéticas	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	2	6,7%	1	25,0%	0	0,0%	22,764	0,0
Alucinogénios	1	1,1%	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%	1	25,0%	1	20,0%	27,984	0,0

Relação entre as condutas sexuais e o conhecimento que os adolescentes possuem sobre o VIH/sida – Fator 1

A tabela abaixo faz referência ao fator 1, que se refere às formas de transmissão do VIH/sida. No que se refere à utilização do preservativo pelos colegas, na questão: “*com que frequência acha que os seus colegas usam preservativos nas relações sexuais deles?*” conclui-se que os alunos que utilizam com maior frequência o preservativo têm mais conhecimento sobre as formas de transmissão do VIH (4,50). Em contrapartida, os que o utilizam com menor frequência têm menos conhecimento (4,08). Quanto à utilização de métodos contraceptivos, os alunos que os utilizam têm mais conhecimento sobre as formas de

transmissão do VIH (4.37), em relação aos que não utilizam (4.32), situação corroborada anteriormente.

Os alunos que têm menos práticas sexuais têm um maior conhecimento sobre as formas de transmissão do VIH, ao contrário dos restantes adolescentes.

Os alunos que têm relações sexuais sob a influência de cannabis (2.92) têm menos conhecimento sobre as formas de transmissão do VIH, em relação aos alunos que não têm práticas sexuais sob a influência de cannabis (4,41). Os testes utilizados para determinar esta relação foram o *Mann-Whitney* e o *Kruskal Wallis* (Tabela 51).

Tabela 51:

Relação entre as condutas sexuais e o conhecimento que os adolescentes possuem sobre o VIH/sida, fator 1.

		Fator 1: Formas de transmissão do VIH/sida			Teste de igualdade de distribuições	
		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mediana</i>	<i>X</i>	<i>p-value</i>
Já teve relações sexuais	Sim	4,34	1,18	5,00	1,660	0,198
	Não	4,50	0,96	5,00		
Usou preservativo nessa primeira relação	Sim	4,34	1,17	5,00	0,011	0,918
	Não	4,36	1,19	5,00		
Considera que é fácil adquirir preservativos	Sim	4,44	1,08	5,00	0,159	0,690
	Não	4,37	1,16	5,00		
Acha que os amigos da sua idade utilizam preservativos nas relações sexuais deles	Sim	4,45	1,08	5,00	2,367	0,124
	Não	4,35	1,08	5,00		
Com que frequência acha que os seus colegas usam preservativos nas relações sexuais deles	Sempre	4,50	1,02	5,00	11,571	0,009
	Quase sempre	4,51	0,97	5,00		
	Às vezes	4,29	1,25	5,00		
	Nunca	4,08	1,14	4,00		
Tem relações sexuais com pessoas do mesmo sexo	Sempre	4,11	1,31	5,00	11,711	0,008
	Quase sempre	2,67	2,07	2,50		
	Às vezes	4,13	1,13	4,50		
	Nunca	4,47	1,03	5,00		
Considera-se	Heterossexual	4,47	1,03	5,00	3,452	0,178
	Bissexual	4,25	0,71	4,00		
	Homossexual	4,38	1,02	5,00		
Tem tido relações sexuais (masturbação mútua, coito vaginal, coito anal ou sexo oral) nos últimos 6 meses	Sim	4,33	1,20	5,00	1,357	0,244
	Não	4,50	0,97	5,00		

		Fator 1: Formas de transmissão do VIH/sida			Teste de igualdade de distribuições	
		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mediana</i>	<i>X</i>	<i>p-value</i>
Com que frequência manteve relações sexuais nos últimos 6 meses	1x por mês	4,56	0,99	5,00	14,352	0,006
	2 ou 3 x por mês	4,43	1,05	5,00		
	1 ou 2 x por semana	4,50	1,03	5,00		
	3 ou mais x por semana	4,25	1,21	5,00		
	Quase todos os dias	3,29	1,85	4,00		
Coito vaginal	Sim	4,35	1,25	5,00	1,746	0,186
	Não	4,31	,98	5,00		
Coito anal	Sim	4,19	1,28	5,00	0,900	0,343
	Não	4,36	1,20	5,00		
Sexo oral	Sim	4,37	1,27	5,00	1,923	0,166
	Não	4,30	1,15	5,00		
Masturbação mútua	Sim	4,33	1,28	5,00	0,180	0,671
	Não	4,34	1,16	5,00		
Nenhum método de prevenção de doenças ou de natalidade	Sim	4,20	1,42	5,00	0,343	0,558
	Não	4,36	1,19	5,00		
Preservativo	Sim	4,37	1,18	5,00	0,033	0,857
	Não	4,32	1,28	5,00		
Pilula contraceptiva	Sim	4,45	1,14	5,00	1,972	0,160
	Não	4,30	1,24	5,00		
Cannabis	Sim	2,92	2,15	3,00	7,422	0,006
	Não	4,41	1,11	5,00		
Álcool	Sim	4,37	1,40	5,00	0,649	0,420
	Não	4,33	1,16	5,00		
Cocaína	Sim	2,33	2,52	2,00	3,357	0,067
	Não	4,36	1,18	5,00		
Drogas Sintéticas	Sim	3,00	2,45	3,50	1,571	0,210
	Não	4,36	1,18	5,00		
Alucinogénio	Sim	3,50	2,38	4,50	0,812	0,368
	Não	4,35	1,19	5,00		
Nenhuma das anteriores	Sim	4,41	1,14	5,00	1,183	0,277
	Não	4,25	1,31	5,00		

Relação entre as condutas sexuais e as atitudes que os adolescentes possuem sobre o VIH/sida – Fator 1

Quanto às atitudes que os adolescentes têm em relação ao VIH/sida, e mais concretamente o fator 1: “atitude em relação à utilização do preservativo”, verificam-se diferenças quanto à questão: “acha que os amigos da sua idade utilizam preservativos nas relações sexuais deles?”. Os adolescentes que consideram que os amigos utilizam o preservativo (17,46) têm atitudes mais positivas em relação à utilização do preservativo, comparativamente aos alunos que consideram que os colegas não utilizam o preservativo, que, por sua vez, têm atitudes negativas em relação à utilização do mesmo (16,65).

Na questão: “*com que frequência acha que os seus colegas usam preservativos nas relações sexuais deles*”, os alunos que consideram que os colegas utilizam sempre o preservativo (17,67) têm uma atitude mais adequada em relação à utilização do mesmo, comparativamente aos alunos que consideram que os colegas nunca utilizam o preservativo (14,61) e têm atitudes menos adequadas em relação ao mesmo. Estes valores encontram-se em destaque na tabela abaixo.

Os alunos que têm menos frequentemente relações sexuais revelam uma atitude mais positiva em relação à utilização do preservativo (18,04), do que os alunos que têm relações sexuais com mais frequência (16,04).

Quanto aos métodos contraceptivos os alunos que não utilizam o preservativo (16,48) têm uma atitude menos adequada em relação à sua utilização, em comparação com os adolescentes que o utilizam (17,54).

Os alunos que têm relações sexuais sob o efeito de drogas sintéticas têm uma atitude menos positiva em relação à utilização do preservativo (19,50), do que os alunos que não têm práticas sexuais sob o efeito de drogas sintéticas (17,27).

Estes valores indicam, novamente, que grande parte dos adolescentes mantém a atitude de não utilizar o preservativo nas suas relações sexuais (Tabela 52).

Tabela 52:

Relação entre as condutas sexuais e as atitudes que os adolescentes possuem sobre o VIH/sida, fator 1.

		Fator 1: Formas de transmissão do VIH M1			Teste de igualdade de distribuições	
		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mediana</i>	<i>X</i>	<i>p-value</i>
Já teve relações sexuais	Sim	17,28	2,84	18,00	1,017	0,313
	Não	17,17	2,79	18,00		
Usou preservativo nessa primeira relação	Sim	17,26	2,76	18,00	0,200	0,655
	Não	16,98	3,08	18,00		
Considera que é fácil adquirir preservativos	Sim	17,35	2,78	18,00	1,568	0,211
	Não	17,00	2,52	17,50		
Acha que os amigos da sua idade utilizam preservativos nas relações sexuais deles	Sim	17,46	2,66	18,00	6,784	0,009
	Não	16,65	3,11	17,00		
Com que frequência acha que os seus colegas usam preservativos nas relações sexuais deles	Sempre	17,67	2,74	18,00	22,799	0,000
	Quase sempre	17,59	2,51	18,00		
	Às vezes	16,94	2,80	18,00		
	Nunca	14,61	3,89	15,00		
Tem relações sexuais com pessoas do mesmo sexo	Sempre	16,68	2,97	17,50	5,544	0,136
	Quase sempre	14,83	4,02	15,00		
	Às vezes	16,00	4,11	16,50		
	Nunca	17,36	2,76	18,00		
Considera-se	Heterossexual	17,39	2,67	18,00	0,398	0,820
	Bissexual	15,63	5,29	18,00		
	Homossexual	17,63	2,55	19,00		
Tem tido relações sexuais (masturbação mútua, coito vaginal, coito anal ou sexo oral) nos últimos 6 meses	Sim	17,28	2,90	18,00	0,416	0,519
	Não	17,28	2,69	18,00		
Com que frequência manteve relações sexuais nos últimos 6 meses	1x por mês	18,04	2,36	19,00	10,057	0,039
	2 ou 3 x por mês	17,50	2,14	18,00		
	1 ou 2 x por semana	17,76	2,40	19,00		
	3 ou mais x por semana	16,23	3,51	17,00		
	Quase todos os dias	16,04	4,42	17,50		

		Fator 1: Formas de transmissão do VIH M1			Teste de igualdade de distribuições	
		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mediana</i>	<i>X</i>	<i>p-value</i>
Coito vaginal	Sim	17,31	2,87	18,00	0,026	0,871
	Não	17,25	3,19	19,00		
Coito anal	Sim	17,39	3,08	18,50	0,291	0,590
	Não	17,27	2,88	18,00		
Sexo oral	Sim	17,27	2,98	18,00	0,017	0,895
	Não	17,31	2,85	18,00		
Masturbação mútua	Sim	17,46	3,06	19,00	1,781	0,182
	Não	17,15	2,79	18,00		
Nenhum método de prevenção de doenças ou de natalidade	Sim	15,47	4,05	17,00	3,701	0,054
	Não	17,44	2,76	18,00		
Preservativo	Sim	17,54	2,76	18,00	4,460	0,035
	Não	16,48	3,30	17,00		
Pilula contraceptiva	Sim	17,43	2,57	18,00	0,025	0,875
	Não	17,25	3,08	18,00		
Cannabis	Sim	15,33	4,92	16,50	0,835	0,361
	Não	17,39	2,65	18,00		
Álcool	Sim	17,46	2,98	18,50	0,672	0,412
	Não	17,26	2,77	18,00		
Cocaína	Sim	14,33	5,13	13,00	1,099	0,294
	Não	17,33	2,77	18,00		
Drogas Sintéticas	Sim	19,50	1,00	20,00	4,068	0,044
	Não	17,27	2,82	18,00		
Alucinogénio	Sim	16,50	3,00	16,00	0,489	0,485
	Não	17,31	2,81	18,00		
Nenhuma das anteriores	Sim	17,47	2,73	18,00	1,708	0,191
	Não	17,05	2,91	18,00		

Relação entre as condutas sexuais e as atitudes que os adolescentes possuem sobre o VIH/sida – Fator 3

Quanto às atitudes que os adolescentes possuem em relação ao VIH/sida, e no que se refere ao fator 3: “atitude em relação às condutas de proteção quando existe um obstáculo”,

verifica-se que há uma diferença nos adolescentes que têm práticas sexuais sob o efeito de cannabis (5,92), alucinogênicos (5,75), uma vez que têm menos cautela perante as condutas de proteção quando existe um obstáculo, em comparação com adolescentes que não têm esta prática. O mesmo acontece com os adolescentes que utilizam o preservativo (7,96) em comparação com os que não o utilizam (6,68), valores que encontram-se destacados na tabela abaixo.

A utilização de drogas e álcool durante o ato sexual é um obstáculo na negociação com o(a) parceiro(a) para ter uma prática sexual sem riscos. Os adolescentes ao estarem inebriados, perdem alguma capacidade de análise, tornando-se vulneráveis e impedidos de escolher o método contraceptivo que os proteja com mais segurança.

Estes valores sugerem que os adolescentes têm atitudes que podem comprometer a sua saúde (Tabela 53).

Tabela 53:

Relação entre as condutas sexuais e o conhecimento que os adolescentes possuem sobre o VIH/sida, fator 3.

		Fator 3: Atitude em relação às condutas de proteção quando existe um obstáculo			Teste de igualdade de distribuições	
		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mediana</i>	<i>X</i>	<i>p-value</i>
Já teve relações sexuais	Sim	7,86	2,40	8,00	22,469	0,000
	Não	8,78	2,32	9,00		
Usou preservativo nessa primeira relação	Sim	7,93	2,33	8,00	1,682	0,195
	Não	7,38	2,76	8,00		
Considera que é fácil adquirir preservativos	Sim	8,31	2,36	8,00	1,576	0,209
	Não	8,72	2,46	9,00		
Acha que os amigos da sua idade utilizam preservativos nas relações sexuais deles	Sim	8,54	2,34	9,00	13,095	0,0
	Não	7,63	2,39	8,00		
Com que frequência acha que os seus colegas usam preservativos nas relações sexuais deles	Sempre	8,85	2,54	9,00	36,737	0,0
	Quase sempre	8,71	2,10	9,00		
	Às vezes	7,65	2,34	8,00		
	Nunca	6,52	2,63	7,00		
Tem relações sexuais com	Sempre	7,93	3,14	8,50	0,416	0,937

		Fator 3: Atitude em relação às condutas de proteção quando existe um obstáculo			Teste de igualdade de distribuições	
		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mediana</i>	<i>X</i>	<i>p-value</i>
pessoas do mesmo sexo	Quase sempre	7,67	2,58	8,00		
	Às vezes	8,38	2,39	9,00		
	Nunca	8,32	2,34	8,00		
Considera-se	Heterossexual	8,35	2,32	8,00	0,183	0,912
	Bissexual	8,00	3,59	9,00		
	Homossexual	8,50	2,85	8,00		
Tem tido relações sexuais (masturbação mútua, coito vaginal, coito anal ou sexo oral) nos últimos 6 meses	Sim	7,69	2,47	8,00	26,055	0,000
	Não	8,74	2,19	9,00		
Com que frequência manteve relações sexuais nos últimos 6 meses	1x por mês	8,50	2,46	8,00	10,387	0,034
	2 ou 3 x por mês	7,89	2,45	8,00		
	1 ou 2 x por semana	7,64	2,24	8,00		
	3 ou mais x por semana	7,08	2,78	7,00		
	Quase todos os dias	6,96	2,54	6,50		
Coito vaginal	Sim	7,76	2,48	8,00	0,256	0,613
	Não	7,51	2,56	8,00		
Coito anal	Sim	7,28	2,70	7,50	1,012	0,314
	Não	7,79	2,44	8,00		
Sexo oral	Sim	7,88	2,51	8,00	1,201	0,273
	Não	7,52	2,46	8,00		
Masturbação mutual	Sim	7,87	2,68	8,00	1,017	0,313
	Não	7,58	2,32	8,00		
Nenhum método de prevenção de doenças ou de natalidade	Sim	6,73	3,56	6,00	1,809	0,179
	Não	7,77	2,39	8,00		
Preservativo	Sim	7,96	2,36	8,00	10,258	0,001
	Não	6,68	2,71	6,50		
Pilula contraceptiva	Sim	7,52	2,37	8,00	0,750	0,387
	Não	7,81	2,55	8,00		

		Fator 3: Atitude em relação às condutas de proteção quando existe um obstáculo			Teste de igualdade de distribuições	
		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mediana</i>	<i>X</i>	<i>p-value</i>
Cannabis	Sim	5,92	2,75	6,50	5,895	0,015
	Não	7,91	2,44	8,00		
Álcool	Sim	7,67	2,25	8,00	0,251	0,616
	Não	7,86	2,54	8,00		
Cocaína	Sim	4,00	1,00	4,00	6,351	0,012
	Não	7,87	2,46	8,00		
Drogas Sintéticas	Sim	7,25	1,50	8,00	0,293	0,589
	Não	7,83	2,50	8,00		
Alucinogénio	Sim	5,75	2,22	6,00	2,764	0,096
	Não	7,85	2,48	8,00		
Nenhuma das anteriores	Sim	7,79	2,44	8,00	0,185	0,667
	Não	7,86	2,56	8,00		

Relação entre as condutas sexuais e a ansiedade na saúde nos adolescentes - Fator 1

Quanto às condutas sexuais e a ansiedade na saúde, mais concretamente no que se refere ao fator 1: “perceção da saúde/doença”, analisou-se que:

- Na prática específica de sexo oral, verifica-se que, nos adolescentes que têm mais práticas de sexo oral, a perceção que têm da sua saúde/doença aumenta. Contudo, não há relação entre as condutas sexuais e a ansiedade na saúde (Tabela 54).

Tabela 54:

Relação entre as condutas sexuais e a ansiedade na saúde fator 1.

		Fator1: Perceção da saúde/doença			Teste de igualdade de distribuições	
		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Median a</i>	<i>X</i>	<i>p-value</i>
Já teve relações sexuais	Sim	8,48	2,65	8,00	0,097	0,756
	Não	8,33	2,43	8,00		
Usou preservativo nessa primeira relação	Sim	8,43	2,59	8,00	0,193	0,660
	Não	8,33	2,83	8,00		

		Fator1: Percepção da saúde/doença			Teste de igualdade de distribuições	
		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Median a</i>	<i>X</i>	<i>p-value</i>
Considera que é fácil adquirir preservativos	Sim	8,37	2,55	8,00	0,234	0,629
	Não	8,57	2,54	8,00		
Acha que os amigos da sua idade utilizam preservativos nas relações sexuais deles	Sim	8,39	2,53	8,00	0,826	0,364
	Não	8,64	2,64	9,00		
Com que frequência acha que os seus colegas usam preservativos nas relações sexuais deles	Sempre	8,13	2,72	8,00	6,361	0,095
	Quase sempre	8,39	2,42	8,00		
	Às vezes	8,51	2,63	8,00		
	Nunca	9,38	2,65	9,00		
Tem relações sexuais com pessoas do mesmo sexo	Sempre	9,00	2,52	9,00	2,252	0,522
	Quase sempre	7,67	1,51	8,00		
	Às vezes	8,63	3,25	9,00		
	Nunca	8,35	2,57	8,00		
Considera-se	Heterossexual	8,43	2,56	8,00	0,730	0,694
	Bissexual	8,13	1,25	8,00		
Tem tido relações sexuais (masturbação mútua, coito vaginal, coito anal ou sexo oral) nos últimos 6 meses	Homossexual	8,94	2,79	9,00	1,243	0,265
	Sim	8,61	2,74	8,00		
	Não	8,28	2,43	8,00		
Com que frequência manteve relações sexuais nos últimos 6 meses	1xpor mês	9,08	3,42	8,00	7,497	0,112
	2 ou 3 x por mês	8,37	2,52	8,00		
	1 ou 2 x por semana	8,62	2,70	8,50		
	3 ou mais x por semana	7,95	2,42	7,50		
	Quase todos os dias	9,46	2,25	9,50		
Coito vaginal	Sim	8,69	2,71	8,00	1,096	0,295

		Fator1: Percepção da saúde/doença			Teste de igualdade de distribuições	
		<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Median a</i>	<i>X</i>	<i>p-value</i>
	Não	8,31	3,13	8,00		
Coito anal	Sim	8,78	2,62	9,00	0,299	0,585
	Não	8,59	2,80	8,00		
Sexo oral	Sim	8,90	2,60	9,00	4,369	0,037
	Não	8,31	2,92	8,00		
Masturbação mútua	Sim	8,86	2,53	9,00	2,775	0,096
	Não	8,43	2,94	8,00		
Nenhum método de prevenção de doenças ou de natalidade	Sim	9,67	4,03	9,00	0,635	0,425
	Não	8,49	2,60	8,00		
Preservativo	Sim	8,52	2,72	8,00	0,596	0,440
	Não	8,90	2,74	8,00		
Pilula contraceptiva	Sim	8,57	2,38	8,00	0,206	0,650
	Não	8,60	2,89	8,00		
Cannabis	Sim	8,00	2,86	7,50	0,572	0,449
	Não	8,49	2,68	8,00		
Álcool	Sim	8,37	2,81	8,00	0,205	0,651
	Não	8,49	2,65	8,00		
Cocaína	Sim	9,33	2,31	8,00	0,587	0,443
	Não	8,46	2,69	8,00		
Drogas Sintéticas	Sim	7,25	2,50	7,50	0,570	0,450
	Não	8,48	2,68	8,00		
Alucinogénio	Sim	7,75	2,50	7,50	0,226	0,634
	Não	8,48	2,69	8,00		
Nenhuma das anteriores	Sim	8,55	2,51	8,00	0,850	0,357
	Não	8,35	2,91	8,00		

9.8. Escala de ansiedade na saúde

No estudo de Salkovskis e outros autores, relativo à escala de ansiedade na saúde, a mesma foi validada utilizando uma amostra clínica com determinado tipo de perturbações e outra amostra saudável.

Nesta seção, pretendeu-se identificar a estrutura fatorial da escala a utilizar entre os adolescentes.

A solução inicial explicava menos de 50% da variação dos dados e apresentava um alpha de Cronbach inferior a 0,7, quer na escala total, quer nas subescalas. Ao extrair as variáveis que menos contribuíram para explicar a variação, e as que apresentavam cargas fatoriais inferiores a 0,4, obteve-se a solução que identifica dois fatores para explicar 51.57% da variação dos dados, sendo o coeficiente alpha de Cronbach igual a 0,758.

Utilizou-se a rotação varimax, pois os fatores obtidos são independentes entre si. A medida de adequabilidade KMO=0,778 indica adequabilidade média e o teste de esfericidade de Bartlett confirma que as variáveis estão correlacionadas, pelo que se prosseguiu com a análise fatorial exploratória. Os autores (Abramowitz et al., 2007) referem soluções adequadas com 2 e 3 fatores. No caso da amostra em análise, a solução obtida possui 3 fatores.

Após a rotação pelo método varimax, o fator 1 percepção da saúde/doença explica 19,67% da variância dos dados com alpha de Cronbach: 0,7, na primeira fase e 0,751, na segunda fase. Tal permite classificar como razoável a consistência interna. O fator 2 avalia a reação perante uma doença grave e explica 17,63% da variância dos dados, com consistência interna entre 0,6 e 0,7, pelo que é considerado de fraca consistência interna. Finalmente, o terceiro fator percepção dos sinais de doença e alterações corporais explica 14,28% da variância total dos dados, mas apresenta consistência interna muito fraca, em ambas as fases (Tabelas 55, 56 e 57).

Tabela 55:

Variância explicada pelos componentes da análise fatorial da escala SHAI.

	Valores próprios iniciais			Soma dos quadrados dos pesos após rotação		
	Total	% da variância	% acumulada	Total	% da variância	% acumulada
	2,990	27,184	27,184	2,163	19,666	19,666
	1,519	13,810	40,993	1,939	17,628	37,294
	1,163	10,576	51,569	1,570	14,275	51,569
	0,855	7,773	59,342			
	0,810	7,365	66,707			
	0,722	6,563	73,270			
	0,687	6,248	79,519			
	0,667	6,061	85,580			
	0,588	5,348	90,928			

0,517	4,696	95,624
0,481	4,376	100

Tabela 56:

Cargas fatoriais e alphas de Cronbach obtidos nas dimensões da escala SHAI, M 1

	Componentes		
	1	2	3
ITEM 1	0,725	0,199	-0,094
ITEM 6	0,713	-0,098	0,098
ITEM 7	0,635	0,273	0,227
ITEM 4	0,604	0,139	0,255
ITEM 9	0,533	0,429	-0,091
ITEM 18	0,070	0,766	0,004
ITEM 17	0,121	0,733	0,195
ITEM 15	0,189	0,637	-0,076
ITEM 3	0,055	-0,182	0,755
ITEM 1	0,015	0,221	0,701
ITEM 10	0,137	0,021	0,568
% Variância explicada	19,67	17,63	14,28
Alpha de Cronbach (M1)	0,700	0,608	0,451
Alpha de Cronbach (M2)	0,751	0,681	0,449

9.8.1. Fiabilidade

A tabela 57 demonstra os coeficientes alpha de Cronbach obtidos em cada fator. Nesta escala, podemos observar que os dois primeiros fatores registam um alpha de Cronbach próximo de 0,7. Já em relação fator 3, isso não acontece, pois os valores observados nos dois momentos foram inferiores a 0,5, o que resulta numa fraca consistência interna. É possível que a mesma seja provocada pelo facto dos alunos não terem compreendido determinados itens e, conseqüentemente, responderam de forma aleatória.

Tabela 57:

Coeficientes Alpha de Cronbach da escala SHAI utilizada em cada momento.

	Momento 1			Momento 2					
	<i>M</i>	<i>Var</i>	<i>R</i>	α <i>Cronbach</i> <i>h</i>	<i>M</i>	<i>Var</i>	<i>R</i>	α <i>Cronbach</i>	
Fator 1	ITEM 4	6,52	4,01	0,44	0,656	6,92	5,19	0,48	0,718
	ITEM 6	6,85	4,52	0,40	0,667	7,19	5,36	0,49	0,711
	ITEM 7	6,73	3,91	0,53	0,611	7,12	5,02	0,51	0,706
	ITEM 9	6,89	4,64	0,42	0,661	7,25	5,47	0,53	0,701
	ITEM 12	6,96	4,44	0,49	0,633	7,30	5,33	0,57	0,685
	Alpha de Cronbach			0,696				0,749	
Fator 2	ITEM 15	3,29	2,10	0,36	0,572	3,34	2,18	0,48	0,618
	ITEM 17	3,41	1,78	0,46	0,429	3,46	1,88	0,54	0,537
	ITEM 18	3,57	2,10	0,42	0,492	3,61	2,20	0,48	0,609
		Alpha de Cronbach			0,601				0,684
Fator 3	ITEM 1	5,17	2,27	0,26	0,364	4,92	2,17	0,26	0,428
	ITEM 3	4,93	1,91	0,31	0,260	4,73	1,73	0,34	0,274
	ITEM 10	5,45	1,69	0,24	0,412	5,21	1,66	0,28	0,396
	Alpha de Cronbach			0,440				0,469	

M Média da escala se o item for eliminado.

Var-Variância da escala se o item for eliminado.

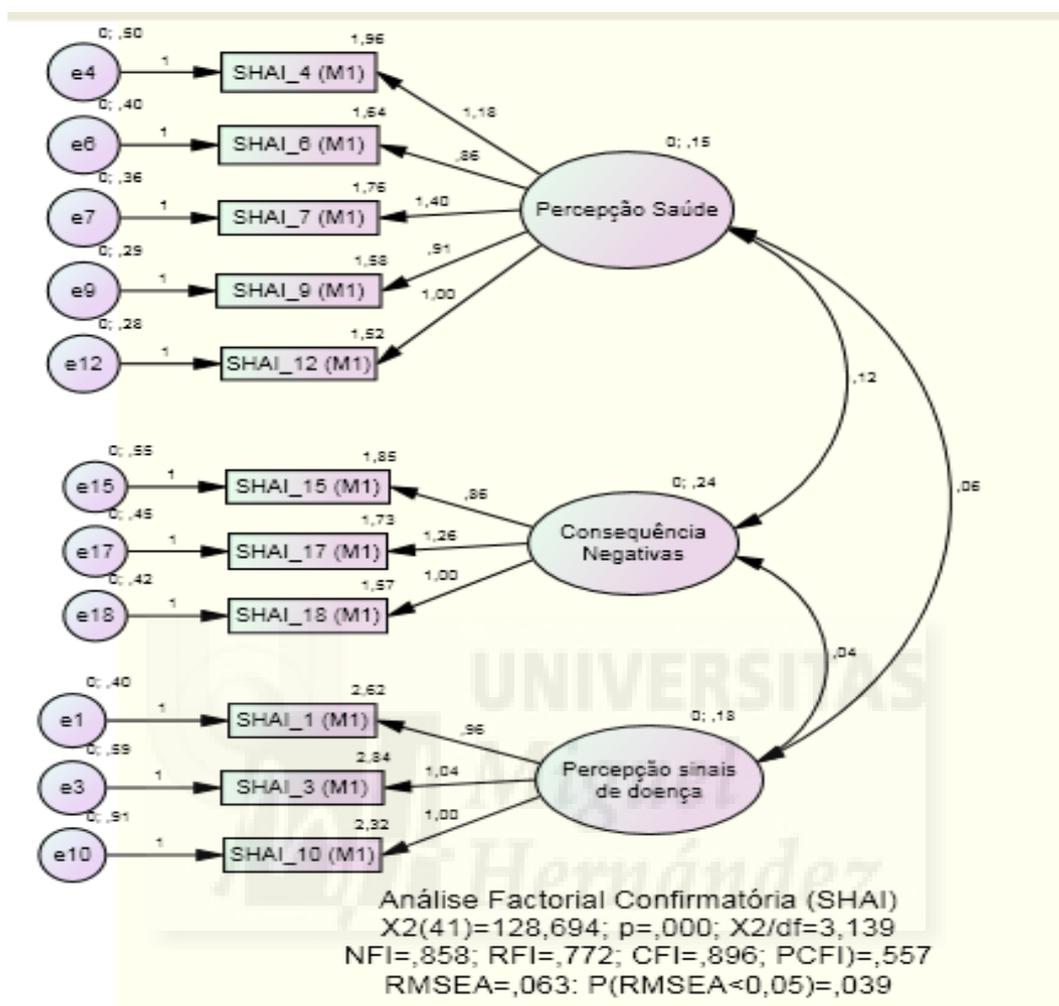
R- Correlação Item-Total.

 α Cronbach- Alpha de Cronbach se o item for eliminado.

9.8.2. Análise fatorial confirmatória

A análise fatorial confirmatória, de acordo com a figura 24, resultou em bons indicadores de ajustamento para o modelo com 3 fatores. O quociente $X^2/df=3,139 < 5$ indica que o modelo é aceitável e os índices relativos $NFI=0,858$ e $CFI=0,896$, ao se situarem, entre 0,8 e 0,9, indicam que o modelo é aceitável. Por outro lado, o $PCFI$ indica que o modelo pode ser simplificado, mas essa simplificação resultou em coeficientes alphas de Cronbach inferiores aos obtidos com este modelo e, como o $RMSEA = 0,063$ se situa entre 0,05 e 0,10, o ajustamento do modelo é aceitável.

Figura 24. Análise fatorial confirmatória obtida para a escala ansiedade na saúde.



9.8.3. Análise Teste Reteste

O teste de Wilcoxon compara os resultados individuais nos dois momentos e confirma a existência de diferenças significativas entre o primeiro e o segundo momento, no fator 1: percepção da saúde/doença. O teste indica que adolescentes tiveram nas estimativas de tendência central no segundo momento valores mais elevados, como se pode analisar na tabela 58.

Em relação ao fator 2: reação perante uma doença grave, os resultados são mais estáveis ao longo do tempo e confirmam a semelhança de respostas nos dois momentos. Tendo em conta que o valor de prova foi superior a 0,05, conclui-se que não existem diferenças significativas ao longo do tempo.

No fator 3: percepção dos sinais de doença e alterações corporais, também se observaram diferenças significativas entre a primeira e segunda fase. A tendência aponta para, rejeitada.

Tabela 58:

Análise teste-reteste da escala ansiedade na saúde e teste de Wilcoxon.

	Pré-Teste		Pós-teste		Teste de Wilcoxon	
	<i>M(DP)</i>	<i>Md</i>	<i>M(DP)</i>	<i>Md</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Fator 1: Percepção da saúde doença	1,69 (0,50)	1,60	1,78 (0,56)	1,80	-3,580	0,0
Fator 2: Reação perante uma doença grave	1,72 (0,64)	1,67	1,73 (0,66)	1,67	-0,596	0,551
Fator 3: Percepção dos sinais de doença e alterações corporais	2,59 (0,63)	2,67	2,47 (0,60)	2,33	-4,684	0,0

Para completar os resultados anteriores, os coeficientes de correlação entre os resultados no primeiro e segundo momentos indicam a existência de correlação significativa, embora fraca ou muito fraca. Isto é, há relação entre as pontuações obtidas nos dois momentos pelo mesmo indivíduo, mas existem variações em alguns adolescentes, que provocam um coeficiente de correlação inferior a 0,6. O coeficiente de correlação intraclasse indica que as diferenças observadas entre os dois momentos se relacionam mais com diferenças entre o grupo de adolescentes do que diferenças ao longo do tempo, ou relacionadas com aspetos inerentes ao próprio adolescente. O coeficiente de correlação intraclasse é superior a 0,5 e os valores de prova obtidos e associados a cada coeficiente indicam que os valores são diferentes de zero (Tabela 59).

Tabela 59:

Coefficiente de correlação intraclasse para os fatores da escala de ansiedade na saúde.

Medida	Coeficiente de Correlação de Spearman	Coeficiente de correlação intraclasse (ICC)	IC 95%		Teste F	
			Limite inferior	Limite superior	<i>F</i>	<i>valor-p</i>
Percepção da saúde/doença	0,541**	0,651	0,585	0,707	2,917	0,0
Reação perante uma doença grave	0,491**	0,638	0,570	0,695	2,759	0,0
Percepção dos sinais de doença e alterações corporais	0,486**	0,646	0,576	0,703	2,891	0,0

** Correlação significativa ao nível 0,001

9.9. Relação da escala de ansiedade na saúde e as variáveis sociodemográficas

Idade

Os fatores da escala de ansiedade na saúde (SHAI), não variam significativamente com a idade dos adolescentes, pois os coeficientes de correlação são inferiores a 0,1 e não são significativos, indicando que a ansiedade na saúde não se relaciona com a idade, como pode verificar-se na tabela 60.

Tabela 60:

Coefficientes de correlação de Spearman entre a idade e os fatores da escala SHAI.

			Fator 1: Percepção da saúde/doença	Fator 2: Reação perante uma doença grave	Fator 3: Percepção de sinais de doença e alterações corporais
M1	Idade	ρ	0,006	-0,023	0,045
		<i>p-value</i>	0,888	0,603	0,316
		<i>N</i>	499	497	499
M2	Idade	ρ	-0,016	-0,100*	0,091*
		<i>p-value</i>	0,718	0,026	0,042
		<i>N</i>	499	494	500

Género

Para avaliar o efeito do género na pontuação observada, foi realizado o teste de *Mann-Whitney* que apontou diferenças significativas para o fator 3 - percepção dos sinais de doença e alterações corporais, quer no primeiro, quer no segundo momento. Estas diferenças são justificadas tendo em conta que a pontuação é significativamente superior entre as adolescentes, quando comparadas com os adolescentes. Nos outros dois fatores, os valores de prova obtidos no teste foram superiores a 0,05, pelo que não há evidência estatística de que os rapazes e as raparigas apresentem pontuações diferentes ou se diferenciem, tanto no fator 1 como no fator 2 (Tabela 61).

Tudo indica que as raparigas têm uma maior percepção de sinais de doença e alterações corporais, comparativamente aos rapazes, e esta percepção melhorou com o tempo, tendo em conta os valores da segunda fase. Quanto à percepção da saúde/doença e reação perante uma doença grave, não há a salientar diferenças entre ambos os sexos.

Tabela 61:

Efeito do género sobre as dimensões da escala de ansiedade na saúde.

	Sexo (M1)				Teste de Mann-Whitney	
	Masculino		Feminino		Z	P
	M (DP)	Md	M (DP)	Md		
Percepção da saúde/doença	1,66(,52)	1,60	1,71(,49)	1,60	-1,456	0,145
Reação perante uma doença grave (M1)	1,77(,69)	1,67	1,68(,61)	1,67	-0,961	0,337
Percepção dos sinais de doença e alterações corporais (M1)	2,51(,69)	2,67	2,65(,58)	2,67	-2,401	0,016
Percepção da saúde/doença (M2)	1,79 (,61)	1,75	1,77(,52)	1,80	-0,072	0,943
Reação perante uma doença grave (M2)	1,81(,71)	1,67	1,68(,63)	1,67	-1,882	0,060
Percepção dos sinais de doença e alterações corporais (M2)	2,38(,64)	2,33	2,53(,57)	2,50	-2,951	0,003

Número de reprovações e a ansiedade na saúde

A tabela seguinte demonstra a relação entre o número de reprovações e a ansiedade na saúde nos adolescentes. Os valores de prova são superiores a 0,05, nos dois momentos, e conclui-se que não há diferenças significativas entre o número de reprovações e a ansiedade na saúde (Tabela 62).

Tabela 62:

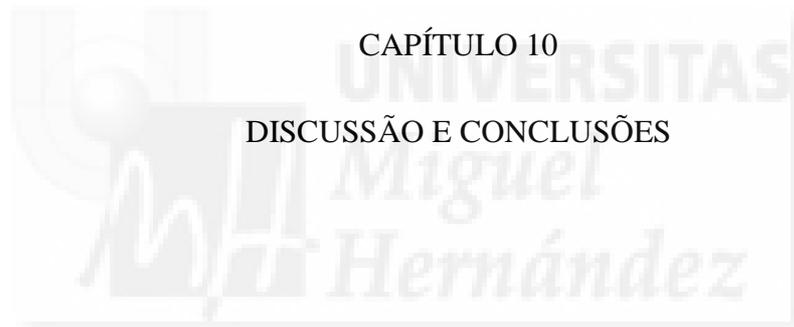
Relação entre o número de reprovações e a ansiedade na saúde nos adolescentes.

	Número de reprovações						Teste de		
	0	1	2	3	4	5	Kruskal-Wallis		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Md</i>	<i>X</i>	<i>p-value</i>					
Percepção da saúde	8,6 (2,4)	8,2 (2,6)	8,5 (3)	8,2 (2,5)	7,8 (2,1)	6,6 (1,5)	7,0	7,208	0,206
Consequências negativas (M1)	5,1 (1,9)	5 (1,9)	5,4 (2,1)	5,4 (2,3)	4,9 (1,6)	4 (1,4)	3,0	4,278	0,510
Percepção dos sinais de doença (M1)	7,8 (1,8)	7,8 (1,7)	7,6 (2,1)	7,6 (2,3)	7 (2,3)	7 (1)	7,0	4,765	0,445
Percepção da saúde (M2)	8,8 (2,6)	8,7 (2,6)	9,2 (3,4)	9,3 (3,5)	10,3 (4,2)	9 (4,2)	9,0	2,075	0,839
Consequências negativas (M2)	5,1 (1,9)	5,3 (2,1)	5,2 (2,3)	5,9 (2,4)	6 (2,4)	6 (1,4)	6,0	5,048	0,410
Percepção dos sinais de doença (M2)	7,4 (1,7)	7,6 (2)	7,2 (2,2)	7,2 (1,8)	7 (1,6)	6,5 (0,7)	6,5	3,596	0,609



CAPÍTULO 10

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES





10. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O objetivo do estudo passa pela necessidade de obter dados atuais, fiáveis e válidos sobre o conhecimento, atitudes, condutas sexuais em relação ao VIH/sida e a ansiedade na saúde nos adolescentes, relacionando-os com as variáveis sociodemográficas, além de adaptar a bateria de testes à população portuguesa. Os objetivos específicos relacionaram-se com a avaliação e descrição detalhada sobre o domínio do conhecimento dos adolescentes nesta matéria específica; analisar o seu comportamento/atitudes de acordo com o conhecimento que têm sobre o VIH/sida e compreender como funcionam as condutas sexuais dos adolescentes. Por fim, compreender, também, a perceção que os adolescentes têm sobre a sua saúde, mais especificamente a ansiedade na saúde, e relacioná-la com as variáveis sociodemográficas: a idade, o género e o rendimento escolar.

De acordo com a *hipótese 1*, espera-se que os instrumentos de avaliação sobre os conhecimentos, atitudes, condutas sexuais em relação ao VIH/sida e a ansiedade na saúde apresentem propriedades psicométricas semelhantes aos instrumentos de referência.

Em relação ao instrumento que avalia os conhecimentos relacionados com o VIH/sida, este possui uma consistência interna adequada, mas avalia apenas dois fatores, uma vez que os itens de um dos fatores apresentavam fraca consistência interna. Apesar de se ter retido dois fatores, ao contrário do instrumento de referência, que apresenta três fatores, está bastante próximo do obtido por Espada et al. (2009). É um instrumento que apresenta adequada fiabilidade, uma vez que o alpha de Cronbach é superior a 0,70, o que pode ser corroborado no momento de reteste. Este instrumento avalia as principais formas de transmissão do VIH e o conhecimento sobre os comportamentos de risco onde há contato com a saliva (fator 1, 2). No instrumento de referência, ainda é avaliado outro fator: conhecimentos sobre os aspetos biológicos da infeção.

O instrumento que avalia as atitudes sobre o VIH/sida apresenta 4 fatores, tal como o modelo de referência. Os coeficientes de fiabilidade são superiores a 0,7, com exceção do fator 3, que, à semelhança do instrumento de referência, apresenta um alpha de Cronbach ligeiramente inferior a 0,70.

Quanto ao questionário de condutas sexuais, este inclui 13 itens e a análise estatística foi realizada item a item, com acesso à validação convergente. O instrumento inicial apresentava 31 questões, das quais foram selecionadas aquelas que estavam diretamente relacionadas com objetivos do estudo.

Quanto ao instrumento que avalia a ansiedade na saúde, a população do modelo original não era composta por adolescentes, tal como no presente estudo. Neste instrumento obtiveram-se-se três fatores: percepção da saúde/doença; reação perante uma doença grave e percepção dos sinais de doença e alterações corporais. O teste apresenta fiabilidade nos três fatores, com um valor de 0,70, apesar do fator 3 apresentar um valor de alpha um pouco abaixo, o que resulta numa consistência interna mais fraca. Este aspeto pode ser explicado pela dificuldade de compreensão de alguns itens e provavelmente pelo facto de as respostas terem sido dadas de forma aleatória. Apesar destes aspetos, o modelo atual é aceitável.

O instrumento de referência que avalia a ansiedade na saúde foi validado através da comparação dos resultados de pacientes hipocondríacos; hipocondríacos associados a perturbação de pânico; fobia social e grupo controlo (pacientes saudáveis). A segunda versão foi aplicada a pacientes em terapia cognitivo comportamental ou pacientes que aguardavam, numa lista de espera, uma avaliação à sensibilidade à mudança. A terceira versão era abreviada e aplicada a amostras de populações heterogêneas que procuravam ajuda médica por questões orgânicas.

Um estudo realizado posteriormente, por Morales et al., (2015), com adolescentes espanhóis do ensino secundário, corrobora os resultados da investigação atual, na medida em que a escala de ansiedade na saúde é uma ferramenta adequada para adolescentes portugueses, tal como é para adolescentes espanhóis, e reforça a fiabilidade do instrumento. No estudo atual, são utilizados os três factores.

Ao realizar-se a validade convergente da escala de conhecimentos e da escala de atitudes, verifica-se que avaliam conceitos próximos, mas não idênticos. Em relação à escala de conhecimentos e a ansiedade na saúde, a correlação é muito fraca. Existem muitos autores que traduzem e adaptam as escalas a determinadas populações. Apesar de ser uma alternativa, existem limitações devido às diferenças culturais (Zometa et al., 2007 cit. in, Espada et al., 2013a). Estas questões podem ser explicadas devido à existência de limitações relacionadas com as diferenças sociais, culturais e idiosincrasias da população alvo, que não foram as mesmas aquando da aplicação dos instrumentos de referência.

Esta hipótese confirma-se, uma vez que os instrumentos apresentam propriedades psicométricas semelhantes aos instrumentos de referência.

Após validação dos instrumentos, e como é objetivo deste estudo, passa-se a resumir os dados recolhidos sobre o conhecimento, condutas sexuais em relação ao VIH/sida e ansiedade na saúde:

Verifica-se que a maior parte dos adolescentes portugueses falha em mais de metade das questões relacionadas com as formas de transmissão do VIH/sida e sobre os comportamentos de risco onde há contato com a saliva. Outros trabalhos prévios com amostras portuguesas referem que a generalidade da população adolescente apresenta conhecimentos modestos sobre o VIH/sida ou não apresenta qualquer conhecimento (Almeida et al., 2005).

O conhecimento que os adolescentes possuem sobre esta temática não sofreu alterações após um mês, altura do reteste, verificando-se estabilidade temporal.

No que se refere aos comportamentos sexuais dos adolescentes, metade da amostra do estudo é sexualmente ativa. Verifica-se que a maior parte dos adolescentes inicia as suas práticas sexuais, em média, entre os 15 e os 16 anos. Estudos indicam que a primeira relação sexual varia de país para país. Contudo, 15% a 75% dos adolescentes já teve relações sexuais aos 15 anos, sendo que, na maioria dos países, esta frequência recai no sexo masculino, tendência corroborada nesta amostra (Ferreira & Farias, 2010).

Alguns autores defendem que a decisão de iniciar a atividade sexual prende-se com aspetos relacionados com as expectativas escolares. Geralmente, se os adolescentes pretendem ingressar na universidade, atrasam a sua primeira experiência sexual (Martínez et al., 2010).

Quanto à perceção da utilização do preservativo pelos colegas, os adolescentes consideram que os colegas não utilizam sempre o preservativo nas suas relações sexuais (78,8%), apesar de considerarem que os amigos da idade deles utilizam preservativo nas suas relações sexuais (81,3%). Os adolescentes até podem ter conhecimento que os colegas utilizam o preservativo nas suas relações sexuais, mas não com a frequência esperada. Quanto à utilização do preservativo na primeira relação sexual, a maior parte dos adolescentes afirma ter utilizado o preservativo (80,4%), atitude correta, apesar de o negligenciarem nas relações sexuais seguintes (66,8% em média utiliza-o), comportamento que demonstra alguma incoerência. Estudos realizados em Portugal indicam que o preservativo é utilizado de forma inconsistente (Munõz-Silva et al., 2009, cit. in Gomes & Nunes, 2011), apesar de haver poucos estudos no sentido de avaliar a utilização assídua do mesmo (Gomes & Nunes, 2011). Verifica-se que os adolescentes criam uma expectativa mais elevada em relação à utilização do preservativo pelos colegas ao fazer-se a comparação com os próprios.

Quanto às condutas de proteção perante um obstáculo (álcool, drogas), os adolescentes com mais informação ou conhecimento têm a capacidade de negociar com o parceiro a utilização do preservativo, apesar de esta associação ser fraca. As substâncias

psicoativas mais utilizadas pelos adolescentes durante a prática sexual são: o álcool, de seguida, a cannabis, por fim, as drogas sintéticas e a cocaína. A informação adquirida sobre comportamentos de prevenção sofre alterações quando o consumo de álcool e drogas psicoativas é elevado, prejudicando a capacidade de decisão quanto às condutas sexuais seguras (Vila, Pinzón, Pinzón & Manrique, 2002)

Quanto ao método preventivo mais utilizado, a maior parte dos adolescentes opta pela utilização do preservativo, mas uma parte considerável de adolescentes preocupa-se mais em prevenir a natalidade, utilizando a pílula contraceptiva em detrimento do preservativo. Este aspeto é confirmado noutra estudo, em que os adolescentes estão mais preocupados em evitar uma gravidez não desejada, utilizando mais os contraceptivos orais do que o preservativo, não impedindo, assim, o risco de transmissão do VIH (Piña, 2004, cit. in Antón & Espada, 2009).

Este aspeto também pode ter a ver com o facto de os adolescentes considerarem as suas relações estáveis e optarem pela não utilização do preservativo. A sua utilização é mais comum numa parceira ocasional do que com uma parceira estável e, especialmente, no início dos relacionamentos (López & Moral, 2001; Arturo et al., 2012 cit. in Ribeiro & Fernandes, 2009). Contudo, estudos indicam que, a nível mundial, independentemente da orientação sexual dos adolescentes, há uma tendência para a escolha múltipla de parceiros sexuais, para a não utilização efetiva do preservativo ou para a sua utilização realizada de forma inconsistente (Arreola et al., 2012).

Nos países desenvolvidos, verifica-se que o principal problema não é a ausência ou dificuldade em obter preservativos, mas a falta de continuidade da utilização dos mesmos, assim como a substituição destes por contraceptivos orais, quando há o sentimento de compromisso na relação (Costa, 2010). Muitas relações podem ser consideradas duradouras, mas o surgimento de novos parceiros pode provocar risco de contágio de doenças sexualmente transmissíveis. Quanto ao número de parceiros sexuais, a maior parte dos adolescentes afirma ter tido um único parceiro sexual nos últimos 6 meses e 25% considera ter tido mais do que um. Quanto ao tipo de relação sexual, os adolescentes praticam, maioritariamente, coito vaginal (84,2%), de seguida sexo oral (52,8%) e, por fim, coito anal (15,7%). O valor desta última prática pode considerar-se elevado em comparação com outros estudos, tendo em conta que esta prática leva a maiores riscos de transmissão do VIH. Os adolescentes consideram que as práticas anais não levam ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis, pois não são vistas por eles como relações sexuais. Os aspetos ligados ao sexo anal prendem-se com a circunstância do momento e com a estabilidade da relação (James,

2008). O facto de ser uma prática que não leva à gravidez também pode contribuir para o seu aumento.

Em relação às preocupações ou cuidados em relação à ansiedade na saúde mais especificamente percepção da saúde/doença, reação perante uma doença grave e percepção dos sinais de doença e alterações corporais, os adolescentes têm uma percepção que se encontra abaixo da média. O vocabulário do adolescente, a sua capacidade para compreender e integrar as doenças que a medicina prevê são factores que auxiliam fortemente na percepção da sua saúde, sensações corporais e doença (Boltanski, 1975, cit. in Kornblit, Diz, Di Leo, Camarotti & Adaszko, 2005). Este aspeto não se verificou na amostra estudada.

Conclui-se que os adolescentes têm conhecimentos inadequados sobre VIH/sida e, como tal, praticam comportamentos sexuais de risco e, a maior parte, tem uma percepção fraca sobre a sua saúde/doença. Estudos deduzem que a mudança de comportamento sexual de risco para um comportamento sexual saudável não depende, exclusivamente, do conhecimento que os adolescentes possuem sobre o VIH, assim como a prática sexual (Vila et al., 2002). O conhecimento e a informação são pertinentes, numa primeira linha, para desenvolver condutas de prevenção nesta população (Uribe et al., 2010), mas certos aspetos intrínsecos e extrínsecos ao adolescente podem conduzi-lo a uma sexualidade de risco.

Na *hipótese 2*, considera-se que quanto mais frequentes forem as condutas sexuais de risco dos adolescentes portugueses, menor a preocupação com a ansiedade na saúde, sexualidade e menor o conhecimento sobre o VIH/sida. Verifica-se que uma porção de adolescentes, que não deixa de ser preocupante apresenta, comportamentos de risco: a não utilização do preservativo (21,6%), ter mais de um parceiro sexual (25%); práticas sexuais como coito vaginal (84,2%), coito anal (15,7%), masturbação mútua (44,5%), sexo oral (52,8%), muitas das vezes sem proteção, e a realização destas práticas, sob o efeito de álcool (19,7%) e de cannabis (4,5%).

A maior parte dos adolescentes apresenta preocupações com a sua saúde/doença, sexualidade abaixo da média. Os níveis de conhecimento em relação ao VIH/sida também estão abaixo da média, apesar deste ser mais evidenciado pelo sexo feminino. Estes resultados contrariam um estudo realizado em Portugal, que indica que o conhecimento que os adolescentes possuem acerca dos modos de transmissão do VIH melhorou bastante entre o período de 2002 a 2010 (Ramiro, 2013). Outro estudo, realizado na Venezuela, por Dávila, Tagliaferro, Bullones e Daza (2008), considera que o nível de conhecimento dos adolescentes é regular. Em Espanha o conhecimento que os adolescentes possuem sobre esta matéria varia de médio a alto (Espada, Guillén-Riquelme, Morales, Orgilés & Sierra, 2014). Estudos

realizados em Portugal e Espanha revelam a variância do conhecimento dos adolescentes de precário, regular a elevado (Espada et al., 2014; Ramiro, 2013; Martins, Nunes, Muñoz-Silva & Sánchez-García, 2008; Almeida et al., 2005). Embora os resultados se direcionem na tendência positiva, são necessárias mais investigações nesta área.

Quanto às condutas sexuais e a saúde, o facto de os adolescentes optarem por ter condutas sexuais de risco ou condutas sexuais saudáveis não tem influência na perceção que fazem da sua saúde/doença. Sendo assim, não há relação entre as condutas sexuais de risco e a ansiedade na saúde.

Ao se relacionarem determinadas condutas sexuais e o conhecimento sobre o VIH/sida por parte dos adolescentes, também se verificam alterações significativas que comprovam que, quanto mais frequentes forem as condutas sexuais de risco, menor o conhecimento que os adolescentes possuem sobre esta temática. Conclui-se que esta hipótese não se confirma.

No que concerne à *hipótese 3*, quanto mais frequentes forem as condutas sexuais de risco dos adolescentes portugueses, menor é a preocupação com uma sexualidade segura ou protegida e menor a perceção da saúde/doença. Ao estabelecer a relação entre as condutas sexuais e a perceção da saúde/doença, como já foi salientado anteriormente, não há correlação entre ambas. De forma geral, verifica-se que, quanto mais frequentes forem as condutas sexuais de risco, menor é a preocupação com uma sexualidade segura, constatando-se o inverso.

Pode afirmar-se que, nas variáveis como: *“utilizar preservativo na primeira relação sexual”*; *“acha que os amigos da sua idade utilizam preservativos nas relações sexuais deles?”*; *“com que frequência acha que os seus colegas usam preservativos nas relações sexuais deles?”*; *“tem tido relações sexuais (masturbação mútua, coito vaginal, coito anal ou sexo oral) nos últimos 6 meses?”*; *“utilização do preservativo”* e *“consumo de álcool e drogas”*, nestas condutas sexuais, se os adolescentes tiverem comportamentos sexuais saudáveis, preocupam-se mais com a sua sexualidade. Por sua vez, se tiverem mais condutas sexuais de risco, o cuidado com uma sexualidade segura é menor.

Num estudo realizado em Portugal, verifica-se que há uma percentagem de rapazes (30,2%) e raparigas (20,3%) sexualmente ativos aos 15 anos de idade, o que é preocupante, pois aumenta a probabilidade de terem condutas sexuais de risco mais cedo (Avery & Lazdane, 2008; Saavedra, et al., 2010). Há, também, uma tendência para os rapazes terem mais parceiros sexuais do que as raparigas (Marques, 2012).

Diversos estudos apontam que, além dos rapazes iniciarem mais cedo a sua atividade sexual, apresentam mais condutas sexuais de risco em relação às raparigas (García-Vega, et al., 2010, cit. in Herrera, 2012). Esta situação pode dever-se ao contexto cultural e à crença de que, desta forma, os rapazes afirmam a sua masculinidade (González et al., 2007, cit. in Herrera, 2012).

Nos resultados obtidos, a percentagem de raparigas que já iniciou a sua atividade sexual é ligeiramente inferior, comparativamente aos rapazes. Esta constatação corrobora a maior parte dos estudos realizados em Portugal, que salienta que as raparigas iniciam a sua atividade sexual mais tarde do que os rapazes (Ferreira & Torgal, 2011). Também, quanto à atitude em relação à utilização do preservativo, este comportamento é um pouco mais positivo nas raparigas, comparativamente aos rapazes, apesar dos rapazes o utilizarem com mais frequência. As raparigas têm um maior cuidado ao utilizarem o preservativo na primeira relação sexual, comparativamente aos rapazes. Estudos indicam vários motivos que levam os adolescentes a não utilizarem o preservativo como, por exemplo, sentirem-no desconfortável, diminuição do prazer, esquecimento, não o adquirirem na altura desejada, estarem sob o efeito de álcool/drogas e considerarem-no dispendioso. Estas reflexões alegam a existência de fatores socioculturais, situacionais e individuais na atitude de utilizar ou não o preservativo (Jardim & Jardim et al., 2013).

Quanto a outros fatores de risco, como o consumo de álcool e drogas, estes estão na base de comportamentos sexuais desprotegidos (Mendes et al., 2009, cit. in Pérez, Tobom, Mesa, Bustamante & Montoya, 2012). No nosso estudo, a maior parte dos adolescentes mantém relações sexuais sob o efeito de álcool e outras drogas. Denota-se que a escolha recai sobre o álcool, de seguida cannabis, drogas sintéticas e, por fim, a cocaína.

Estudos apontam que a perceção que os adolescentes têm e a crença que o consumo de álcool leva à desinibição e, por sua vez, ao aumento de prazer faz com que o álcool seja consumido facilmente antes e após as práticas sexuais (Ribeiro & Fernandes, 2009, Stoner, 2007, cit. in Cardoso et al., 2003). Contudo, Antón & Espada (2009), em Espanha, na sua investigação, verificaram que a prática de relações sexuais sob o efeito de álcool e drogas não é condição taxativa para influenciar o sexo desprotegido.

Estas conclusões permitem considerar que, na fase da adolescência, a preocupação com uma sexualidade segura não é relevante, uma vez que outras investigações portuguesas salientam que os jovens mais velhos preocupam-se mais em utilizar o preservativo, comparativamente aos adolescentes (Reis & Matos, 2008, cit. in Gomes & Nunes, 2011).

Esta constatação também está presente em estudos internacionais (Adefuye et al., 2009, cit. in Gomes & Nunes, 2011).

Quanto à influência da família numa sexualidade mais protegida, esta pode desempenhar um efeito protetor no que se refere ao comportamento sexual do jovem, perante a utilização de substâncias ilícitas e a comportamentos de risco, se a mesma tiver as competências adequadas para transmitir determinadas aptidões sociais e instituir aprendizagens coerentes e seguras, direcionando o adolescente na escolha mais adequada das suas condutas sexuais (McCrystal et al., 2005 cit. in Santos, 2010).

Quanto à relação com os pares, estes são considerados de relevo, tendo em conta que influenciam a conduta sexual do adolescente, quer de forma positiva ou negativa. Estudos ressaltam que a decisão de utilizar métodos contraceptivos depende da utilização ou não dos mesmos pelos amigos. A perceção da conduta sexual dos amigos é determinante no comportamento sexual (Kirby, 2001, cit. in Ramiro et al., 2011).

Conclui-se que esta hipótese é válida uma vez que, quanto mais frequentes forem as condutas sexuais de risco, menor a preocupação com uma sexualidade segura, a qual é independente da perceção sobre a saúde/doença.

Quanto à *hipótese 4*, não existe influência das variáveis sociodemográficas sobre o conhecimento, as atitudes, as condutas sexuais sobre o VIH/sida, e as preocupações com a ansiedade na saúde nos adolescentes portugueses. As variáveis conhecimento e atitudes estão interrelacionadas. A ausência de conhecimentos traz como consequência linear, uma atitude negativa em relação à prevenção de práticas sexuais de risco, o que torna o adolescente vulnerável à infeção (Carratalá, Espada & Orgilés, 2013).

No que concerne ao conhecimento que os alunos possuem em relação ao VIH/sida e a sua relação com as variáveis sociodemográficas (idade, género e número de reprovações) constata-se que, em relação à idade dos adolescentes e ao nível de conhecimentos sobre o VIH/sida, não existe correlação.

O nível de conhecimentos é invariante com a idade, o que significa que a maior ou menor idade não determina o aumento ou diminuição da aquisição de conhecimentos sobre o VIH/sida por parte dos adolescentes.

No que se refere ao género, as diferenças observadas entre os adolescentes do sexo masculino e as adolescentes do sexo feminino sobre o conhecimento do VIH/sida são estatisticamente significativas. As adolescentes têm conhecimentos um pouco mais elevados que os adolescentes.

Todavia, um maior conhecimento nesta área não dita uma maior utilização de métodos contraceptivos. Além do conhecimento, existem outros fatores psicológicos que confluem na utilização de métodos contraceptivos, tais como a eficácia, a intenção do jovem para usá-lo(s), a percepção que este tem da atitude dos pares e a sua própria capacidade para ser assertivo (Kirby et al., 2010, Baele et al., 2001, House et al., 2001 cit. in Reis, Ramiro, Matos & Diniz, 2012).

No que se refere às diferenças de género, o estudo de Ramiro et al. (2011), realizado em Portugal, corrobora os resultados obtidos, uma vez que demonstra que as raparigas obtêm respostas mais corretas, apesar da maior parte dos adolescentes saber identificar corretamente os modos de transmissão do VIH.

Um estudo realizado em Espanha, por Antón (2013), salienta que os adolescentes apresentam um nível de conhecimento médio-baixo sobre as características, a sintomatologia, as consequências de comportamentos de risco e as vias de transmissão sobre o VIH/sida. Todavia, as raparigas apresentam melhores pontuações, comparativamente aos rapazes, confirmando os resultados do estudo atual.

Contudo, vários estudos mencionam que o conhecimento que os adolescentes possuem sobre a sexualidade e o VIH/sida é superficial e que não leva a mudanças sexuais seguras (Dávila, Tagliaferro, Bullones & Daza, 2008).

Outro estudo realizado em Espanha com dois grupos, um que pratica relações sexuais sob a influência do álcool e outro que as pratica sem a influência do álcool, pretende analisar a diferença entre estes dois grupos em relação ao comportamento sexual, atitude face ao VIH, norma subjetiva e conhecimentos sobre o VIH. Os autores concluíram que as raparigas dos dois grupos têm mais atitudes positivas em relação ao VIH, ao compararem com os rapazes (Espada, Morales, Orgilés, Piqueras & Carballo, 2013a). Estudos apontam que o género é, obviamente, importante na negociação aquando do encontro sexual e definirá qual ou quais as práticas sexuais imperadas (Ehrhardt e Wasserheit, 1991, cit. in Camargo, Giacomozzi, Wachelke & Aguiar, 2010). Esta temática parece provocar um maior interesse no conhecimento sobre o VIH/sida nas raparigas do que nos rapazes.

Quanto ao nível de conhecimentos e a variável sociodemográfica considerada: número de reprovações, verifica-se que os alunos com menos número de reprovações possuem conhecimentos mais elevados sobre o VIH/sida, comparativamente aos alunos que têm um maior número de reprovações. Aspeto mantido no reteste.

Quanto às atitudes em relação ao VIH/sida e relação com as variáveis sociodemográficas, no que diz respeito às atitudes dos adolescentes em relação ao VIH/sida e

à idade, a correlação é muito fraca, o que indica que a variável idade não tem influência nas atitudes dos adolescentes em relação ao VIH/sida.

Contrariando os resultados do estudo atual, a investigação realizada por Uribe et al. (2010), com adolescentes e jovens colombianos, conclui que, à medida que a idade avança, há uma redução dos conhecimentos, atitudes positivas, suscetibilidade e autoeficácia em relação ao VIH/sida. Os autores sugerem que as intervenções com os adolescentes sejam de acordo com a idade, género, nível de escolaridade e nível socioeconómico.

Esta constatação é verificada em estudos portugueses e internacionais, que salientam que há uma tendência menor para utilizar o preservativo à medida que a idade avança (Reis & Matos, 2008; Adefuye et al., 2009; cit. in Gomes & Nunes, 2011).

Um estudo realizado na Venezuela, com uma amostra de adolescentes entre os 13 e os 18 anos, avaliou a influência da idade nos comportamentos sexuais de risco. Os adolescentes entre os 13 e os 15 anos apresentam maior capacidade para negar uma proposta para ter relações sexuais, demonstram preocupação na utilização do preservativo e a forma como obtê-lo, questionam o parceiro sobre as condutas sexuais de risco e conceitos como o matrimónio e fidelidade. A comunicação com os pais sobre a temática sexo também é mais frequente nos mais jovens, ao comparar-se com os adolescentes entre os 16 e os 18 anos (Herrera, 2012).

Outro estudo mais recente, realizado em Portugal, por Ramiro et al. (2014) também corrobora os resultados encontrados. Os autores fazem a comparação entre alunos de ensino básico, ensino secundário e universitários (com idade média de 16 anos), sobre a prevenção em relação às infeções sexualmente transmissíveis ao longo dos três níveis de ensino, com uma amostra de 4.751 alunos. Concluem que os alunos universitários possuem conhecimentos e atitudes mais positivas, mas, em contrapartida, têm comportamentos sexuais menos seguros. Os mais jovens demonstraram ter condutas sexuais mais protegidas. Estes resultados indicam que os comportamentos de proteção são abandonados ao longo do tempo e que a educação sexual deveria ser implementada antes dos adolescentes se tornarem sexualmente ativos.

Quanto ao género e às atitudes dos adolescentes em relação ao VIH/sida, as raparigas apresentam um conhecimento ligeiramente mais elevado nos principais fatores, bem como atitudes mais adequadas em relação ao VIH/sida comparativamente aos rapazes.

Quanto ao número de reprovações e as atitudes dos adolescentes em relação ao VIH/sida, os adolescentes com maior número de reprovações apresentam, nos principais fatores, uma atitude menos protegida em relação à sua sexualidade comparativamente aos

alunos que possuem apenas uma reprovação ou que nunca reprovaram. Esta constatação é corroborada pelo estudo realizado por Uribe et al. (2010) e menciona que, na maioria das escalas sobre VIH/sida, à medida que os níveis de escolaridade são superiores, diminuem as pontuações nas escalas dadas pelos adolescentes. Verificou-se que os alunos com um grau de ensino mais baixo adquiriam melhores pontuações no nível de atitude positiva e no nível de autoeficácia face ao VIH/sida, comparativamente aos alunos com um grau de ensino mais elevado.

Um estudo realizado com 1129 alunos em Havana, capital de Cuba, pretende identificar a relação entre os hábitos de vida e certos comportamentos desadequados nos adolescentes com o baixo rendimento académico, comparando, portanto, notas alta e notas baixas nos adolescentes. Os alunos com baixo rendimento escolar tinham relações sexuais antes dos 14 anos, mudança frequente de parceiro(a) e não utilização do preservativo. Os alunos que obtiveram bons resultados apresentavam comportamentos nefastos, como por exemplo: ver televisão em excesso, dormir pouco tempo e outros. Mas, no que toca à esfera sexual, tinham condutas protegidas (Valdés et al., 2010).

Quanto às condutas sexuais em relação ao VIH/sida e relação com as variáveis sociodemográficas, no que concerne às condutas sexuais em relação ao VIH/sida e ao género, conclui-se que os resultados são diferentes na maior parte das variáveis de risco entre os adolescentes do sexo feminino e do sexo masculino, revelando diferenças nas condutas sexuais. Vários investigadores consideram que as diferenças de género podem ser um obstáculo nas mudanças de comportamentos sexuais consideradas de risco (Logan, Staton & Leukefeld, 2001).

Existem diferenças de género nas condutas sexuais em determinados fatores. Portanto, quanto ao conhecimento, verifica-se que as raparigas apresentam uma pontuação um pouco superior nas principais formas de transmissão do VIH e no conhecimento sobre os comportamentos de risco onde há contato com a saliva.

Quanto às atitudes em relação ao VIH/sida, denota-se que as raparigas tiveram uma pontuação um pouco mais elevada em relação à utilização do preservativo, bem como na atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo e atitude em relação ao teste de deteção do VIH. Contrariando os resultados atuais em relação à utilização do preservativo, um estudo português, realizado por Ferreira & Torgal (2011), salienta que não há diferenças significativas quanto ao género na utilização do preservativo. Em relação às pessoas com VIH/sida, no nosso estudo, os rapazes tiveram uma pontuação mais elevada em relação às raparigas.

Quanto às condutas sexuais, verifica-se que uma percentagem um pouco mais elevada de rapazes já teve relações sexuais, comparativamente às raparigas, e uma percentagem mais elevada de raparigas afirma ter utilizado preservativo na primeira relação sexual. Uma percentagem semelhante de ambos os sexos considera que é fácil adquirir preservativos e julga que os amigos da sua idade utilizam preservativos nas suas relações sexuais.

Uma percentagem elevada de rapazes considera que os seus colegas nunca utilizam preservativos nas relações sexuais deles. Uma percentagem um pouco mais elevada de rapazes utiliza com mais frequência o preservativo, comparativamente às raparigas. Uma percentagem considerável de raparigas opta por utilizar a pílula contracetiva.

Uma percentagem significativa de rapazes manteve relações sexuais nos últimos 6 meses todos os dias, comparativamente às raparigas. Também nesta linha, outros estudos referem que os rapazes, relativamente às raparigas, têm um maior número de parceiras e iniciam a sua atividade sexual mais cedo (Ferreira & Torgal, 2011).

São várias as explicações para chegar à compreensão de algumas diferenças de género nas condutas sexuais. Estudos indicam que é o tipo de amor investido de paixão, compromisso e união que faz com que o indivíduo perceçione o seu parceiro isento de qualquer comportamento que possa colocar em risco a sua saúde e a do outro, em relação ao VIH (Costa & Lima 1998, cit. in Santos & Amâncio, 2002). Normalmente, a rapariga romantiza o sentimento vivido e pretende um compromisso baseado no amor, enquanto o rapaz está mais centrado nas sensações corporais. Esta é uma explicação baseada na hipótese do duplo padrão e pode estar na base das diferenças de géneros relacionadas com as condutas sexuais (Alferes, 1997).

Uma outra investigação revela que as mulheres que apresentam uma maior possibilidade de negociar com o seu parceiro condutas sexuais seguras pertencem a um estrato social mais elevado e, normalmente, são mais jovens (Szasz, et al., 2008, cit. in Carmona, 2011). Esta constatação foi verificada noutras culturas, como Portugal (Aboim, 2006, Torres, 2000, cit. in Carmona, 2011), França (Beltzer et al., 2008 cit. in Carmona, 2011), alguns países andinos (Bozon et al., 2009 cit. in Carmona, 2011) e Chile. As relações caracterizadas por uma forte componente de masculinidade e romantismo aumentam a probabilidade da existência de condutas sexuais de risco (Larrañaga, Yubero & Yubero, 2012).

Um outro estudo realizado em Espanha com estudantes universitários teve como objetivo avaliar a relação entre género e a sexualidade. Os resultados indicam a influência do

género nas atitudes sexuais centrada na rejeição de métodos contraceptivos, em especial o preservativo (Larrañaga et al., 2012).

Contudo, estudos atuais referem que o comportamento sexual está tornar-se semelhante entre ambos os sexos e as raparigas estão a ter condutas sexuais parecidas às dos rapazes. Estudos anteriores revelaram um comportamento mais reservado por parte das raparigas e um comportamento mais liberal por parte dos rapazes em relação à sexualidade. Parece que, atualmente, a tendência é a igualdade de comportamentos, a qual é constatada em contextos económicos, sociais e educativos semelhantes (López, 2004; Navarro-Pertusa, Reig-Ferrer, Barberá & Ferrer, 2006; García-Vega, Robledo, Fernández & Rico, 2010, cit. in García-Vega, Robledo, García & Izquierdo, 2012).

No que diz respeito às práticas sexuais sob o efeito de álcool e outro tipo de drogas, a percentagem assemelha-se em ambos os sexos, quanto ao álcool, mas difere significativamente quanto ao consumo de drogas. Os rapazes utilizam-nas mais do que as raparigas nas suas práticas sexuais.

Quanto ao tipo de relações sexuais, o coito vaginal é mais praticado pelas raparigas do que pelos rapazes e o contrário sucede-se em relação ao coito anal, mas com valores menos significativos. Em relação ao número de parceiros, menos de 25% dos adolescentes afirma ter tido mais de um parceiro.

No que diz respeito à ansiedade na saúde, verificam-se diferenças significativas na perceção dos sinais de doença e alterações corporais nas raparigas, comparativamente aos rapazes. Na perceção da saúde/doença e reação perante uma doença grave, os valores são semelhantes em ambos os sexos.

No que se refere às condutas sexuais em relação ao VIH/sida e ao número de reprovações, verificam-se diferenças significativas em variadas condutas sexuais, quer em relação aos adolescentes que não reprovaram uma única vez, quer aos adolescentes que reprovaram mais de uma vez, quer seja em condutas saudáveis ou em condutas de risco.

Em relação às preocupações com a saúde (ansiedade na saúde), certos comportamentos e estilos de vida não saudáveis surgem, normalmente nesta altura da vida (Andino, 1999) e, no que se refere às variáveis sociodemográficas, neste caso o género, as adolescentes do sexo feminino apresentam uma perceção dos sinais de doença e alterações corporais superior, comparativamente aos adolescentes do sexo masculino, reforçando esta maior perceção na fase do reteste. Um estudo realizado em Espanha sobre as diferenças de género na saúde autopercebida e na qualidade de vida relacionada com a saúde em adolescentes, vai na linha dos nossos resultados. As raparigas têm uma autoperceção mais

negativa da sua saúde de forma global (quer física e emocional), mas, em contrapartida, caracterizam de forma positiva as suas relações amigáveis e o meio escolar (Galárraga, Lopez & Rajmil, 2009). Normalmente, são as raparigas que detêm mais queixas físicas e psicológicas, comparativamente aos rapazes (Leal, 2006, Matos & Carvalhosa, 2004, cit. in Santos, 2008).

Em geral, os rapazes reportam uma melhor qualidade de vida na dimensão bem-estar físico e as raparigas em que tudo o que se relacione com a socialização. Todavia, à medida que a idade avança, a qualidade de vida é inferior nas dimensões estudadas: bem-estar físico, bem-estar psicológico, relação com os pais/autonomia, apoio social e pares e, por fim, o ambiente escolar (Urzúa, Corté, Prieto, Veja & Tapia, 2009). No nosso estudo, a idade dos adolescentes não tem influência na perceção da saúde/doença, reação perante uma doença grave e perceção dos sinais de doença e alterações corporais.

Quanto ao número de reprovações e a ansiedade na saúde, não se encontram diferenças significativas.

Como pode concluir-se, esta hipótese é rejeitada, uma vez que há influência das variáveis sociodemográficas no conhecimento, atitudes, condutas sexuais sobre o VIH/sida, e as preocupações com a ansiedade na saúde nos adolescentes portugueses.

Conclusões

Tendo em conta os resultados obtidos apresenta-se as seguintes conclusões:

1. Quanto ao conhecimento sobre o VIH/sida por parte dos adolescentes:

- Os adolescentes têm um conhecimento abaixo da média sobre as formas de transmissão do VIH/sida,
- Os adolescentes têm um conhecimento abaixo da média sobre os comportamentos de risco onde há contato com a saliva.

Conhecimento sobre o VIH/sida e relação com as variáveis sociodemográficas:

O conhecimento apresentado pelos alunos é invariante com a idade. Quanto ao género denota-se que as raparigas apresentam um conhecimento um pouco superior aos rapazes nesta temática.

Os alunos com menos número de reprovações possuem conhecimentos mais elevados sobre o VIH/sida, comparativamente aos alunos que têm um maior número de reprovações.

2. Quanto às atitudes sobre o VIH/sida por parte dos adolescentes:

- A maior parte dos adolescentes considera que é fácil adquirir preservativos, apesar de considerar o preço elevado. A proporção de adolescentes que se sente embaraçado na compra de preservativos é idêntica aos adolescentes que não sente esse constrangimento;
- Quanto à atitude em relação à utilização do preservativo, os valores apresentados encontram-se abaixo da média, o que sugere uma atitude nefasta em relação à utilização do preservativo por parte dos adolescentes,
- No que concerne à atitude em relação às pessoas com VIH/sida, os valores apresentados indicam ainda algum preconceito em relação às pessoas infetadas pelo vírus (valor próximo do limite inferior);
- No que se refere à atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo, poucos são os adolescentes que, nessa altura, tomam uma decisão correta quanto à prática de sexo seguro (valor no limite inferior);
- Os adolescentes não demonstram grande preocupação em relação à realização do teste de deteção do VIH, valor que se encontra abaixo da média.

Atitudes sobre o VIH/sida e relação com as variáveis sociodemográficas:

A idade dos adolescentes não tem influência nas suas atitudes, enquanto o género já tem implicação. Verifica-se que apesar dos valores serem baixos, as raparigas têm pontuações um pouco mais elevadas que os rapazes.

Nas dimensões: atitude em relação à utilização do preservativo, atitude em relação às condutas de proteção perante a existência de um obstáculo e atitude em relação ao teste de deteção do VIH, os alunos com maior número de reprovações apresentam uma atitude menos saudável em relação aos comportamentos sexuais, comparativamente aos alunos que possuem apenas uma reprovação ou que nunca reprovaram. Já na dimensão atitude em relação às pessoas com VIH/sida, os alunos com mais reprovações apresentam um comportamento mais favorável no que se refere ao contato com as pessoas afetadas.

3. Condutas sexuais dos adolescentes:

- Metade dos adolescentes do estudo já teve relações sexuais;
- Iniciaram a atividade sexual com 15-16 anos;

- Na primeira relação sexual 19,6% dos inquiridos não utilizou o preservativo;
- Quanto à frequência com que os colegas utilizam preservativo nas relações sexuais, 21,2% considerou sempre;
- A maior parte dos adolescentes considera-se heterossexual;
- Quanto ao número de parceiros nos últimos seis meses, varia entre 1 e 15, 75% dos adolescentes considerar ter um parceiro e a outra parte mais do que um.
- Quanto à frequência das relações sexuais, 10,6% considera tê-las todos os dias e 22,1% uma vez por mês ou duas a três vezes por mês;
- Quanto às práticas sexuais a maior parte dos adolescentes refere o coito vaginal, de seguida o sexo oral, o sexo anal e, por último, a masturbação mútua;
- Nas relações sexuais com penetração os métodos de proteção mais utilizados são o preservativo, de seguida, a pílula contracetiva e, por fim, nenhum método de proteção. Estes dados sugerem que os adolescentes estão mais preocupados em evitar a natalidade do que as doenças sexualmente transmissíveis. Este aspeto pode dever-se ao facto dos casais considerarem ter uma relação estável e, como tal, terem a perceção de não correrem riscos e optarem pela utilização da pílula contracetiva;
- No que se refere a manter relações sexuais sob o efeito de álcool e outras drogas, denota-se que esta conjugação recai sobre o álcool, de seguida a cannabis, drogas sintéticas e, por fim, a cocaína.

Condutas sexuais e relação com as variáveis sociodemográficas:

No que se refere ao género, denota-se associação na maior parte dos fatores. Existem diferenças na perceção que os adolescentes possuem sobre a utilização do preservativo nas relações sexuais dos seus amigos. Uma menor percentagem de raparigas considera que os seus colegas nunca utilizaram o preservativo e, por sua vez, uma maior percentagem de rapazes considera que os seus colegas nunca utilizaram o preservativo nas suas relações sexuais.

Quanto à frequência das relações sexuais nos últimos seis meses, as raparigas tiveram uma percentagem ligeiramente superior, em relação aos rapazes, na dimensão ter relações sexuais uma ou duas vezes por semana e superior a três vezes.

Quanto às práticas sexuais, a percentagem de raparigas a praticar coito vaginal é superior, comparativamente à percentagem do número de rapazes.

Quanto à prática de coito anal a percentagem é inferior nas raparigas comparativamente ao grupo de rapazes.

Quanto aos métodos contraceptivos, uma percentagem ligeiramente superior de rapazes utiliza o preservativo, comparativamente às raparigas. A pílula contraceptiva é referida pela maioria das raparigas, comparativamente aos rapazes.

Ter relações sexuais sob o efeito de drogas e álcool: há uma percentagem maior de rapazes a praticarem relações sexuais sob o efeito de cannabis e alucinogénios. Quanto à ingestão de álcool, há uma percentagem ligeiramente superior de raparigas a praticarem sexo sob o efeito de álcool, comparativamente aos rapazes.

Existe associação entre o número de reprovações e o início da atividade sexual. Tendencialmente, os adolescentes que já iniciaram a sua atividade sexual acumulam maior número de retenções. Este resultado é explicado apenas pela idade dos adolescentes, uma vez que um adolescente mais velho apresenta maior probabilidade de ter tido práticas sexuais.

No que se refere à idade da primeira relação sexual, os adolescentes que não reprovaram começaram a sua atividade sexual, a maior parte, aos 16 anos, em relação aos alunos que tiveram cinco reprovações, em que, a maior parte, teve a sua primeira experiência sexual com 14 anos.

Quanto à utilização do preservativo nessa primeira relação sexual, a percentagem é ligeiramente superior nos alunos que não reprovaram uma única vez.

Quanto à facilidade na aquisição de preservativos, a percentagem é ligeiramente superior nos alunos que reprovaram cinco vezes, comparativamente aos que não reprovaram nenhuma vez.

Quanto à perceção da utilização de preservativos pelos amigos da mesma idade nas relações sexuais deles, a maior parte dos alunos que reprovaram cinco vezes considera que os amigos não utilizam o preservativo, enquanto os alunos que não reprovaram nenhuma vez considera que os amigos utilizam o preservativo mais vezes nas suas relações sexuais.

Os alunos que apresentam maior número de retenções têm tido relações sexuais (masturbação mútua, coito vaginal, coito anal ou sexo oral) nos últimos seis meses com maior frequência, comparativamente aos colegas com menos ou nenhuma retenção.

Quanto à frequência das relações sexuais nos últimos seis meses, nos alunos que não reprovaram uma única vez revelam ter relações sexuais uma vez por mês. Em contrapartida, os alunos que reprovaram cinco vezes apresentam uma maior percentagem nas dimensões ter relações sexuais duas ou três vezes mensalmente, três ou mais vezes mensalmente, bem como quase todos os dias.

Quanto ao tipo de relações sexuais os alunos que apresentam um maior número de retenções apresentam uma maior percentagem na prática de sexo oral enquanto os seus colegas que não apresentam nenhuma retenção apresentam uma maior percentagem na prática de coito vaginal, masturbação mútua e sexo oral.

Quanto à utilização de métodos contraceptivos de forma geral, os adolescentes repetentes e não repetentes utilizam o preservativo, havendo um ligeiro aumento da sua utilização nos alunos que reprovaram cinco vezes.

A utilização de algumas drogas durante o ato sexual difere segundo o número de retenções. O consumo de cannabis ou alucinogénios na prática sexual surge com mais frequência entre os alunos com quatro ou mais retenções. Dos cinco alunos que referem utilizar drogas sintéticas no ato sexual, dois têm três retenções e um tem uma retenção, o que permite afirmar que existe tendência para os alunos com mais retenções utilizarem estas substâncias.

Quanto à prática sexual sob o efeito de álcool, esta é mais evidente nos alunos que reprovaram mais.

4. Ansiedade na saúde:

- Os adolescentes têm uma perceção da saúde/doença significativamente abaixo da média;
- A reação dos adolescentes perante uma doença grave apresenta-se significativamente abaixo da média;
- A perceção dos sinais de doença e alterações corporais também se encontra abaixo da média no grupo de adolescentes estudados.

Ansiedade na saúde e relação com as variáveis sociodemográficas:

Os resultados são invariantes com a idade dos adolescentes.

Quanto ao género, este não tem qualquer influência na perceção da saúde/doença, nem na reação perante uma doença grave. Mas a perceção dos sinais de

doença e alterações corporais têm mais relevância para as raparigas, comparativamente aos rapazes.

O número de reprovações não tem influência na ansiedade na saúde por parte dos adolescentes.

Então:

- Os adolescentes que possuem mais conhecimento sobre o VIH/sida têm atitudes mais saudáveis em relação à sua sexualidade;
- Este conhecimento não tem influência na ansiedade na saúde ou na perceção da saúde/doença;
- As condutas sexuais dos adolescentes e os seus comportamentos de risco não estão relacionados com a ansiedade na saúde;
- O rendimento académico tem algum efeito significativo nas condutas sexuais de risco. Contudo, neste estudo, não se pode generalizar que o menor rendimento académico corresponda a mais comportamentos sexuais de risco;
- Não foi avaliado, mas a maior parte dos adolescentes deste estudo tem os progenitores casados e uma percentagem significativa caracteriza a relação como inexistente. Sabe-se que uma estrutura familiar fragmentada pode levar a que os adolescentes tenham comportamentos sexuais de risco.

Limitações e futuras linhas de investigação

Esta tese facultava informação pertinente para técnicos ou especialistas implicados na intervenção e promoção da saúde, e da saúde sexual em particular, em adolescentes, tendo por base o conhecimento da informação sexual que os mesmos possuem, as suas atitudes, o conhecimento das suas condutas sexuais especificamente na transmissão do VIH/sida e as suas preocupações com a saúde. Esta informação é obtida através de uma bateria de testes que passa a ter utilidade em Portugal, contribuindo para aumentar o reportório de testes nesta área, em específico, e na psicologia da saúde, em geral. Considera-se que esta bateria de testes é uma mais-valia, pois diagnostica de forma vasta e precisa, a informação, as atitudes e as práticas sexuais que os adolescentes têm em relação ao VIH/sida.

No entanto, é de salientar algumas limitações no estudo:.

- A amostra é regional e era importante adaptá-la a Portugal Continental;

- O instrumento é um pouco extenso, com demasiados itens, o que pode prejudicar os níveis de concentração e introduzir alguma desmotivação, reduzindo a fiabilidade do instrumento;
- No segundo momento, muitos adolescentes sentiram-se desmotivados para voltar a responder ao questionário e muitos deles não responderam;
- Difícil acessibilidade da amostra tendo em conta a sensibilidade do tema;
- No rendimento académico, só foi analisado o número de reprovações.

Quanto às futuras linhas de investigação:

- Analisar a relação entre o consumo de álcool/drogas e a associação a determinadas tipologias de sexualidade;
- Quanto à variável sociodemográfica “estrutura familiar” (pais divorciados/casados), não se fez a relação com as outras variáveis. No entanto, seria interessante observar a influência da mesma, como em trabalhos publicados por Carratalá et al., (2013), que se comprovou a influência desta variável nas atitudes face ao sexo seguro e à sida.

Provavelmente, numa futura investigação, seria pertinente aumentar o número de itens para medir adequadamente o significado de estrutura familiar na conceção dos adolescentes.

- Influência dos pais na primeira relação sexual e na sexualidade;
- Influência dos pares no comportamento sexual e uso de álcool/drogas;
- Analisar, avaliar o meio onde o adolescente se encontra inserido, uma vez que este tem influência nas atitudes de prevenção em relação ao VIH/sida (Almeida et al., 2005).

Apesar das limitações apontadas desta investigação, o presente estudo demonstra, com profundidade, o comportamento sexual dos adolescentes atualmente, bem como as condutas sexuais de risco que os torna vulneráveis face ao VIH/sida.

Esta investigação trouxe contributos na validação de escalas e na importância da existência de intervenções contínuas preventivas e efetivas neste triângulo adolescente/família/escola frente ao VIH/sida. Neste âmbito, julga-se que a presente investigação fornece informação relevante para aqueles que estão envolvidos na intervenção e promoção da saúde na área de condutas sexuais de risco dos adolescentes.

Considerações Finais

Por não existirem instrumentos validados no campo do VIH/sida a adolescentes portugueses, o primeiro grande passo deste estudo foi a aferição desses mesmos instrumentos à população adolescente da Região Autónoma da Madeira. Os instrumentos demonstraram propriedades psicométricas adequadas e permitiram a obtenção de dados que oferecem evidências dos riscos que os adolescentes correm e da necessidade de continuar a apostar na prevenção. A sida manifesta-se sensivelmente sete a dez anos após a infeção pelo VIH. Verifica-se que, a maior parte de casos, corresponde a indivíduos infetados na adolescência ou no início da juventude. A educação sexual tem uma forte componente política e social associada a diversas estratégias, paradigmas e ideologias. Os resultados positivos dos aspetos referidos anteriormente são, habitualmente, observáveis em comportamentos sexuais seguros por parte dos adolescentes.

A educação sexual não se realiza de forma plena em instituições de relevo, como é o caso da escola e da família. Isto traduz-se em sentimentos de medo e culpa vividos pelo adolescente, que o leva a procurar informação em fontes menos fidedignas (Lins et al., 1988 cit. in Camargo & Ferrari, 2009).

Mesmo que os adolescentes tenham acesso relativamente fácil à informação, a assimilação da mesma não é realizada com sucesso, contribuindo para este obstáculo uma série de fatores, entre eles a própria fase da adolescência e todas as mudanças psicológicas que acarreta, pautando, sobretudo, o sentimento de onipotência e egocentrismo vivido nesta fase.

Este estudo assevera que é necessário continuar a promover comportamentos preventivos, com o intuito de corrigir os comportamentos de risco já adquiridos ou encetar comportamentos sexuais saudáveis. Para tal, é necessário ter em conta uma série de variáveis patentes nesta investigação, que têm um papel preponderante na adoção de condutas sexuais adequadas como: a idade, o género, a estrutura familiar, o rendimento académico (capacidade cognitiva), o nível de conhecimento sobre esta temática, a atitude em relação ao VIH/sida, a avaliação das condutas sexuais e a perceção da saúde.

De acordo com os resultados gerais, é importante ampliar as estratégias e manter ou fomentar o trabalho multidisciplinar na intervenção com o adolescente. Novas investigações e estudos longitudinais são pertinentes (Cruzeiro et al., 2010). A coexistência de um conjunto de variáveis como: o meio familiar, o grupo de pares, as normas sociais, o

emissor/informação transmitida e outros fatores, são determinantes na mudança ou implementação de um novo comportamento quer seja positivo ou negativo.

É imprescindível incluir todas as variáveis e continuar a investigar sobre esta fase que tem tanto de biológico, psicológico, social e familiar, com o objetivo de desenvolver e melhorar cada vez mais os programas preventivos e os instrumentos sobre o VIH/sida, na busca de resultados mais satisfatórios.

Pelas diversas razões expostas, o caminho é árduo e contempla a procura de alternativas criativas que atinjam o pensamento, o comportamento e a interiorização e cristalização de atitudes sexuais seguras por parte do adolescente, culminando numa sexualidade o mais saudável possível.

10. DISCUSSION AND CONCLUSIONS

The objective of this study is to get current, reliable and valid data on knowledge, attitudes, sexual behaviors towards HIV/AIDS and the anxiety in the health of adolescents, relating this to sociodemographic variables, and adapt the battery of tests to the Portuguese population. The specific objectives are related to the evaluation and detailed description of the knowledge domain of adolescents in this specific area; analyze their behavior / attitudes according to their knowledge on HIV/AIDS, understand how the sexual behaviors of adolescents work and how they practice. Finally, understand the perception that adolescents have about their health, more specifically about anxiety in health, and relate it to socio-demographic variables, age, gender and school performance.

According to hypothesis 1, it is expected that the evaluation tools on the knowledge, attitudes, sexual behaviors towards HIV/AIDS and anxiety in health present psychometric properties similar to the instruments of reference.

Regarding the instrument that evaluates knowledge related to HIV/AIDS, this has adequate internal consistency, but it only evaluates two factors, since the items from one of the factors had poor internal consistency. Although it has retained two factors, unlike the reference instrument that has three factors, it is quite similar to the one obtained by Sword, Huedo-Medina, Orgilés, Ballester & Remor (2009). This instrument has adequate reliability since Cronbach's alpha is greater than 0.70, which can be supported up on retesting. This instrument assesses the main forms of HIV transmission and the knowledge about risk behaviors where there is contact with saliva (factor 1, 2). In reference tool another factor is also evaluated: knowledge about the biological aspects of the infection.

The instrument that evaluates the attitudes about HIV/AIDS has 4 factors, like the reference model. Reliability coefficients are higher than 0.7, except for the factor 3, which, like the reference instrument, has a Cronbach's alpha slightly inferior to 0.70.

Concerning the questionnaire of sexual conducts, it includes 13 items and the statistical analysis was performed on individual items, with access to the convergent validity. The initial instrument had 31 questions, of which were selected those that were directly related to the objectives of the study.

As for the instrument that assesses anxiety in health, the population of the original model was not made up of adolescents as in the present study. In this instrument, three factors were obtained: perception of health/disease; reaction to a serious illness and perception of the signs of disease and body changes. The test shows reliability in the three factors with a value of 0.70, although the factor 3 provides an alpha value slightly lower, resulting in a weaker internal consistency. This aspect can be explained by the difficulty of understanding of some items and probably because the answers have been given at random. Despite these aspects, the current model is acceptable.

The reference instrument that assesses the health anxiety was validated by comparing the results of hypochondriacal patients; hypochondriacs associated with panic disorder; social phobia and the control group (healthy subjects). The second version was administered to patients in cognitive behavioral therapy or prospective patients on a waiting list to an assessment of sensitivity to change. The third version was abridged and applied to samples from heterogeneous populations who sought medical help for organic issues.

In carrying out the convergent validity of the scale of knowledge and of the scale of attitudes, we verify that they evaluate similar concepts but not identical. Regarding the scale of knowledge and the anxiety in health, the correlation is very weak. There are many authors that translate and adapt the scales to certain populations. Despite being an alternative, there are some limitations, due to the cultural differences (Zometa et al., 2007 cit. in, Espada et al., 2013a). These issues can be explained by the existence of limitations related to social and cultural differences, as well as idiosyncrasies of the target population, which were not the same when the underlying instruments were applied.

This hypothesis was confirmed, since the instruments have psychometric properties similar to the underlying instruments.

After validation of the instruments, and being that the objective of this study, I will now summarize the data collected about the knowledge, sexual behaviors concerning HIV/AIDS and anxiety in health:

It appears that the majority of the Portuguese adolescents fails in more than half of the issues related to the ways of transmission of HIV/AIDS and about risk behaviors where there is contact with saliva. Other previous studies with Portuguese samples indicate that the majority of adolescents presents modest knowledge about HIV/AIDS or has no knowledge at all (Almeida et al., 2005).

The knowledge that young people have on this issue has not changed after a month, by the time of the retest, thus verifying temporal stability.

In what concerns adolescents sexual behavior, half of the study sample is sexually active. It is verified that most teenagers start their sexual practices on average between 15 to 16 years old. Studies indicate that first sexual intercourse varies from country to country, however, 15% to 75% of adolescents have already had sex at the age of 15, and in most countries this frequency falls in males, a tendency confirmed in this sample (Ferreira & Farias, 2010).

Some authors argue that the decision to initiate sexual activity has to do with aspects related to school expectations. Usually, if teenagers want to go to university, they delay their first sexual experience (Martinez et al., 2010).

As for the perception of condom use by peers, teenagers consider that colleagues do not always use condoms in their sexual relations (78.8%), although they consider that their friends the same age as them use condoms in their sexual relations (81, 3%). Teenagers can even be aware that colleagues use condoms in their sexual relations, but not with the expected frequency. As for condom use in first intercourse, most teenagers claim to have used a condom (80.4%) which is the right attitude, despite neglecting it in the following intercourse (on average, 66.8% use it). Such an attitude shows some inconsistency. Studies conducted in Portugal indicate that the condom is used inconsistently (Muñoz-Silva et al., 2009, cit. in Gomes & Nunes, 2011), although there are few studies to assess its assiduous use (Gomes & Nunes, 2011). It appears that adolescents form a higher expectation regarding the use of condoms by their peers when comparing to themselves.

As for the protection conducts when facing an obstacle (alcohol, drugs), adolescents with more information or knowledge have the ability to negotiate with the partner the use of the condom, although this association is weak. Psychoactive substances more frequently used by teenagers during sexual practice are: alcohol, cannabis and, finally, synthetic drugs and

cocaine. The acquired information about prevention behaviors changes when the consumption of alcohol and psychoactive drugs is high, jeopardizing decision making regarding safe sexual behaviors (Vila, Pinzón, Pizón & Manrique, 2002).

As for the most used preventive method, most teenagers choose to use the condom, but a significant proportion of teenagers is more concerned with preventing the birth using the contraceptive pill instead of the condom. This aspect is confirmed in another study in which adolescents are more concerned in avoiding an unwanted pregnancy while using oral contraceptives than using condoms, not thereby preventing the risk of transmission of HIV (Piña, 2004 cit. in Antón & Espada, 2009).

This aspect may also have to do with the fact that teenagers consider their relationships stable and opt for not using condoms. Its use is more common in a casual relation than with a stable partner and especially at the beginning of relationships (Ribeiro et al., 2009 & Moral López, 2001 cit. in Arturo et al., 2012).

In developed countries, it appears that the problem is not the absence or difficulty in obtaining condoms, but the lack of continuity of their use, and their replacement by oral contraceptives, when there is the feeling of commitment in the relationship (Costa, 2010). Many relationships can be considered lasting, but the emergence of new partners may cause contagion risk of sexually transmitted diseases.

As for the number of sexual partners, most teenagers claim to have had only one sexual partner in the last 6 months and 25% consider having had more than one. Regarding the type of sexual relationship, most teenagers practice vaginal intercourse (84.2%), followed by oral sex (52.8%) and finally anal intercourse (15.7%). Concerning this last practice, it can be considered a high value when compared to other studies, given that this practice leads to higher HIV transmission risks. Students consider that anal practices do not lead to contagion of sexually transmitted diseases because they are not considered as sex by them. The aspects concerning anal sex relate to the circumstances of the moment and the stability of the relationship (James, 2008). The fact that it is a practice that does not lead to pregnancy may also contribute to its increase.

Regarding concerns or cares related to anxiety in health, more specifically perception of health/disease, reaction to a serious illness and perception of signs of disease and body changes, teenagers have a perception that is below average on these aspects. Teenagers vocabulary, their ability to understand and integrate the diseases that medicine previse, is a factor that strongly supports the perception of their health, bodily sensations and illness

(Boltanski, 1975 cit. in Kornblit, Diz, Di Leo, Camarotti & Adaszko, 2005). This aspect was not confirmed in the studied sample.

We conclude that adolescents have inadequate knowledge about HIV/AIDS and, as such, practice risky sexual behavior and most of them have a poor perception of their health / disease. Studies deduce that changing sexual risk behavior to healthy sexual behavior does not depend solely on the knowledge that adolescents have about HIV and sexual practice (Vila et al., 2002). Knowledge and information are relevant from the beginning, in order to develop behaviors of prevention in this population (Uribe et al., 2010), but certain aspects intrinsic and extrinsic to the adolescents can lead them to a risk sexuality.

In hypothesis 2, it is considered that the more frequent are the risk sexual behaviors of the Portuguese adolescents, less is the concern with anxiety on health, sexuality and less is the knowledge about HIV/AIDS.

It appears that a lot of teenagers, which is nonetheless worrying, present risk behaviors: the non-use of condoms (21.6%), having more than one sexual partner (25%); sexual practices such as vaginal intercourse (84.2%); anal intercourse (15.7%), mutual masturbation (44.5%), oral sex (52.8%), often without protection and the implementation of these practices under the influence of alcohol (19.7%) and cannabis (4.5%).

Most adolescents have concerns about their health/disease and sexuality below average. The levels of knowledge about HIV/AIDS are also below average, although this is more evident in females. These results contradict a study conducted in Portugal which indicates that the knowledge that young people have about how HIV is transmitted vastly improved from 2002 to 2010 (Ramiro, 2013). Another study conducted in Venezuela by Dávila, Tagliaferro, Bullones and Daza (2008) considers that the level of knowledge among adolescents is regular. In Spain, the knowledge that teenagers have on this matter varies from medium to high (Espada, Guillén-Riquelme, Morales, Orgilés & Sierra, 2014). Studies in Portugal and Spain show the variance of teens knowledge from poor, regular to high (Espada et.al, 2014; Ramiro, 2013; Martins, Nunes, Muñoz-Silva & Sánchez-García., 2008; Almeida et al., 2005). Although the results direct to a positive tendency, more research is needed in this area.

As for sexual behavior and health, the fact that adolescents choose to have risky sexual conducts or healthy sexual conducts has no influence on the perception they have about their health/disease. Thus, there is no connection between risky sexual conducts and anxiety in health.

When relating certain sexual behaviors and the knowledge about HIV / AIDS by adolescents, we can verify significant changes that prove that the more frequent are the risky sexual conducts, less is the knowledge that teenagers have on this subject.

We conclude that this hypothesis is not confirmed.

With regard to hypothesis 3, the more frequent are the risky sexual conducts of Portuguese adolescents, less is the concern with a secure or protected sexuality and perception of health/disease.

When establishing the relationship between sexual behavior and the perception of health/disease, as it has been pointed out previously, there is no correlation between the two. In general, it appears that the more frequent the risky sexual behavior is, the lower the concern for safe sex is, finding the inverse.

It can be stated that in variables such as: *"To use condom in the first intercourse"*; *"Do you think friends your age use condoms during sexual intercourse?"*; *"How often do you think your colleagues use condoms during sexual intercourse?"*; *"Have you been having sex (mutual masturbation, vaginal intercourse, anal intercourse or oral sex) in the last 6 months?"*; *"Condom use"* and *"use of alcohol and drugs"*, in these sexual conducts, if teens have healthy sexual behaviors, they are more concerned with their sexuality. On the other hand, if they have more risky sexual conducts, they will care less about a safe sexuality.

In a study conducted in Portugal, we notice that there is a percentage of boys (30.2%) and girls (20.3%) sexually active at the age of 15, which is worrying as it increases the probability of having risky sexual conducts earlier (Avery & Lazdane, 2008; cit. in Saavedra et al., 2010). There is also a tendency for boys to have more sexual partners than girls (Marques, 2009).

Several studies show that, although boys start their sexual activity earlier, they have more risky sexual conducts than girls (García-Vega, et al., 2010, cit. in Herrera, 2012). This may be due to the cultural context and the belief that, this way, the boys affirm their masculinity (González et al., 2007, cit. in Herrera, 2012).

In the results obtained, the percentage of girls who have already started their sexual activity is slightly less when compared to boys. This finding is consistent with most studies in Portugal, which stress that girls start their sexual activity later than boys (Ferreira & Torgal, 2011). Also, regarding the attitude towards the use of condom, this behavior is a bit more positive in girls than in boys, although boys use it more often. Girls have greater care when using a condom during their first intercourse compared to boys. Studies indicate several reasons why teenagers do not use condoms, such as feeling uncomfortable, decrease in

pleasure, forgetfulness, not to acquire it at the desired time, being under the influence of alcohol/drugs and considering it expensive. These reflections claim the existence of socio-cultural, situational and individual factors concerning the attitude of using or not using condoms (Jardim & Jardim et al., 2013).

As for other risk factors, such as the use of alcohol and drugs, these are the basis of unprotected sexual behavior (Mendes et al., 2009, cit. in Pérez, Tobom, Mesa, Bustamante & Montoya, 2012).

In our study, most teens have sex under the influence of alcohol and other drugs, it is noticed that the choice lies with the alcohol, then cannabis, synthetic drugs and finally cocaine.

Studies show that the perception that adolescents have and the belief that the use of alcohol leads to disinhibition and to increased pleasure causes the alcohol to be easily consumed before and after sexual practices (Ribeiro & Fernandes, 2009, Stoner, 2007 cit. in Cardoso et al, 2003). However, Antón & Espada, in their investigation in Spain, found that sexual intercourse under the influence of alcohol and drugs is not a restrictive condition that influence unprotected sex (Antón & Espada, 2009).

These findings support the conclusion that, in adolescence, the concern with a safe sexuality is not relevant, since other Portuguese researches emphasize that older youths are more concerned with using condoms compared with adolescents (Reis & Matos, 2008; cit. in Gomes & Nunes, 2011). This finding is also present in international studies (Adefuye et al, 2009 cit. in Gomes & Nunes, 2011.).

As for the influence of the family in a more protected sexuality, it can play a protective effect with regard to the young's sexual behavior towards the use of illicit substances and the risk behaviors, if it has the right skills to convey certain social skills and establish coherent and secure learning, leading the teen to the most appropriate choice of their sexual behavior (McCrystal et al., 2005 cit. in Santos, 2005).

As for the relationship with peers, they are considered relevant, given that they influence the teenager's sexual conduct either positively or negatively. Studies point out that the decision of using or not using contraception depends on its use by friends. The perception of friends' sexual conduct is crucial in sexual behavior (Kirby, 2001 cit. in Ramiro et al., 2011).

We conclude that this assumption is valid, considering that the more frequent the risky sexual behaviors are, the lower the concern with a safe sexuality is, which is independent from the perception about health/disease.

As to hypothesis 4, there is no influence of the sociodemographic variables on the knowledge, attitudes, sexual behaviors about HIV/AIDS, and the concerns about anxiety in health in Portuguese adolescents.

The variables knowledge and attitudes are interrelated, the lack of knowledge has, as a linear consequence, a negative attitude towards the prevention of risky sexual practices, which makes the adolescent vulnerable to infection (Carratalá, Espada & Orgilés, 2013).

Regarding the knowledge that students have about HIV / AIDS and its relationship to sociodemographic variables (age, gender and number of failures) it appears that, in relation to the age of the adolescents and the level of knowledge about the HIV / AIDS, there is no correlation.

The level of knowledge is invariant with age, which means that the greater or lesser age does not determine the increase or decrease of the acquisition of knowledge about HIV / AIDS by adolescents.

With regard to gender, the differences observed among male and female adolescents about the knowledge on HIV/AIDS are statistically significant. Female teenagers have a somewhat higher knowledge than male adolescents.

However, the main knowledge in this area does not dictate an increased use of contraception. Besides knowledge, there are other psychological factors that come together in the use of contraception, such as the "efficiency, the intention of the young to use them, the perception that this is the peers' attitude and their own ability to assertiveness" (Kirby et al., 2010, Baele et al., 2001; House et al., 2001 cit. in Reis, Ramiro, Matos & Diniz, 2012).

With regard to gender differences, the study of Ramiro et al., 2011, held in Portugal, confirms the results obtained, once it demonstrates that girls get more correct answers, although most adolescents are able to correctly identify the ways of HIV transmission.

A study conducted in Alicante, Spain by Antón (2013), points out that adolescents have a medium-low level of knowledge about the characteristics, symptoms, risky behaviors consequences and ways of HIV/AIDS transmission. However, the girls have better scores compared to boys, confirming the results of the current study.

However, several studies report that the knowledge that teenagers have about sexuality and HIV/AIDS is superficial and does not lead to safer sex changes (Tagliaferro, Bullones & Daza, 2008).

Another study conducted in Spain with two groups: one practicing sex under the influence of alcohol and other that practices it without the influence of alcohol, intends to analyze the difference between these two groups in relation to sexual behavior, attitude

towards HIV, subjective norm and knowledge about HIV. The authors concluded that the girls from the two groups have more positive attitudes toward HIV when compared with the boys (Espada, Morales, Orgilés, Piqueras & Carballo, 2013a). Studies show that the gender is obviously important in trading during the sexual encounter and it will define which sexual practices will prevale (Ehrhardt & Wasserheit, 1991, cit. in Camargo, Giacomozzi, Wachelke & Aguiar, 2010).

This subject seems to cause a greater interest in knowledge about HIV/AIDS among girls than among boys.

Regarding the level of knowledge and socio-demographic variable considered: number of failures, it appears that students with less number of failures have higher knowledge about HIV/AIDS compared to students who have a greater number of failures. Aspect kept in the test-retest.

As for the attitudes concerning the HIV/AIDS and the connection with socio-demographic variables, with regard to the attitudes of teenagers in relation to HIV/AIDS and age, the correlation is very low, which indicates that the variable age has no influence on the attitudes of teenagers in relation to HIV/AIDS.

Contrary to the results of the current study, the research by Uribe, Orcasita & Vélez (2010) with adolescents and young Colombians concludes that, as we age, there is a reduction of knowledge, positive attitudes, susceptibility and self-efficacy in relation to HIV/AIDS. The authors suggest that interventions with adolescents should be according to age, gender, education level and socioeconomic status.

This finding is verified in Portuguese and international studies, stressing that there is less tendency in using condoms as the age advances (Reis & Matos, 2008; Adefuye et al., 2009; cit. in Gomes & Nunes, 2011).

A study conducted in Venezuela, with a sample of adolescents aged 13-18 years old assessed the influence of age on risky sexual behavior. Adolescents aged 13-15 years old have a higher capacity to deny a proposal to have sex, show concern in the use of condoms and how to get it, question the partner about risky sexual conducts and concepts such as marriage and fidelity. Communication with parents on the subject of sex is also more common in younger when compared with 16-18 year-old adolescents (Herrera, 2012).

Another more recent study carried out in Portugal by Ramiro, Reis, Matos, Diniz, Ehlinge & Godeau (2014) also corroborates the results. The authors make a comparison between primary school students, high school and university students (average 16 of age) on the prevention concerning sexually transmitted infections, over the three levels of education, with

a sample of 4,751 students. They concluded that college students have knowledge, more positive attitudes, but, in return, have less safe sexual behaviors. The youngest have shown to have more protected sexual conducts. These results indicate that the protective behaviors are abandoned over time and that sex education should be implemented before adolescents become sexually active.

As to gender and teenager's attitudes towards HIV/AIDS, girls have a slightly higher knowledge in key factors, and they also have more appropriate attitudes towards HIV/AIDS compared to boys.

As for the number of failures and attitudes of teenagers in relation to HIV/AIDS, adolescents with the highest number of failures show, in the main factors, a less protected attitude towards their sexuality compared to students who have only one failure or have never failed. This finding is supported by the study carried out by Uribe, Orcasita & Vélez (2010) which mentions that, in most scales on HIV/AIDS, as education levels get higher, the scores on the scales given by adolescents decrease. It was found that students with a lower level of education got better scores in positive attitude level and in the level of self-efficacy concerning HIV/AIDS, compared to students with a higher education degree.

A study involving 1129 students in Havana, capital of Cuba, aims to identify the connection between lifestyle and certain inappropriate behaviors in adolescents with low academic performance, thus, comparing high grades and low grades in adolescents.

Students with poor school performance had sex before the age of 14, frequently changed partner and did not use condoms. Students who have been successful had adverse behaviors such as: watch too much television, little time of sleeping and others, but when it comes to the sexual sphere they had protected conducts (Valdés et al., 2010).

- Concerning the sexual behaviors in relation to HIV/AIDS and their relationship to sociodemographic variables:

With regard to sexual conduct in relation to HIV/AIDS and gender it is concluded that the results are different in most of the risk variables among female and male adolescents, revealing differences in sexual behaviors.

Several researchers consider that gender differences can be an obstacle in sexual behavioral changes considered of risk (Logan, Staton & Leukefeld, 2001).

There are gender differences in sexual behavior on certain factors. Therefore, as far as knowledge is concerned, it appears that girls show a slightly higher score in the main forms of HIV transmission and in the knowledge about risk behaviors where there is contact with saliva.

As for the attitudes towards HIV/AIDS, we can see that the girls had a slightly higher score concerning the use of condoms as well as in the attitude towards protection conducts when facing the existence of an obstacle and attitude towards the HIV detection test. Contrary to the current results regarding the use of condoms, a Portuguese study carried out by Ferreira & Torgal (2008) points out that there are no significant differences in gender in the use of condoms.

As regards to people with HIV/AIDS, in our study boys had a score higher than girls. Regarding sexual conducts, there is a slightly higher percentage of boys who have already had sex compared to girls; a higher percentage of girls claim to have used a condom during first intercourse. A similar percentage of both sexes finds it easy to get condoms and believes that the friends of their age use condoms during sexual intercourse.

A high percentage of boys considers that their colleagues never use condoms during sexual intercourse. A slightly higher percentage of boys frequently uses condoms compared to girls. A considerable percentage of girls chooses to use the contraceptive pill. A significant percentage of boys had sex in the last 6 months every day, compared to girls. Also in this line, other studies report that boys have more partners than girls and start their sexual activity earlier (Ferreira & Torgal, 2011).

There are several explanations to arrive at an understanding of some gender differences in sexual behavior. Studies indicate that it is the kind of love invested with passion, commitment and unity that makes the individual think of the partner free from any behavior that might endanger both their health concerning HIV (Costa & Lima 1998 cit. in Santos & Amâncio, 2002). Usually the girl romanticizes the experienced feeling and wants a commitment based on love, while the boy is more focused on body sensations. This is an explanation based on the double standard hypothesis and can be the basis of gender differences related to sexual behavior (Alferes, 1997).

Other research shows that women who have a higher possibility of negotiating safe sexual behaviors with their partner belong to a higher social status and are usually younger (Szasz et al., 2008, cit. in Carmona, 2011). This finding was observed in other cultures such as Portugal (Aboim, 2006, Torres, 2000 cit. in Carmona, 2011), France (Beltzer et al., 2008 cit. in Carmona, 2011), some Andean countries (Bozon et al., 2009 cit. in Carmona, 2011) and Chile. Relationships characterized by a strong component of masculinity and romance increase the probability of risky sexual conducts (Larrañaga, Yubero & Yubero, 2012).

Another study conducted in Spain with university students aimed to evaluate the connection between gender and sexuality. The results indicate the influence of gender in

sexual attitudes centered on the rejection of contraception, especially condoms (Larrañaga et al., 2012).

However, current studies indicate that sexual behavior is similar among both sexes and girls are having sexual behaviors similar to those of boys. Previous studies have revealed a more reserved behavior by girls and a more liberal behavior by boys in relation to sexuality. It seems that, nowadays, the tendency is the equality of behaviors, which is observed in similar economic, social and educational contexts (López, 2004; Navarro-Pertusa, Reig-Ferrer, Barberá & Ferrer, 2006; García-Vega, Robledo, Fernández & Rico 2010, cit. in García-Vega, Robledo, García & Izquierdo, 2012).

With regard to sexual practices under the influence of alcohol and other drugs, the percentage is similar in both sexes, concerning alcohol, but it differs significantly in the use of drugs. Boys use them more than girls in their sexual practices.

As for the type of sexual practices, vaginal intercourse is practiced more by girls than by boys, while boys practice more anal intercourse, but with less significant values compared to vaginal intercourse. Regarding the number of partners, less than 25% of teenagers claim to have had more than one partner. With respect to anxiety in health, there are significant differences in the perception of disease signs and body changes in girls, compared to boys. In the perception of the health/disease and reaction to a serious illness, the values are similar in both sexes.

With respect to sexual behavior regarding HIV/AIDS and the number of failures, there are significant differences in different sexual conducts, both in relation to adolescents who have never failed and to adolescents who have failed more than once, whether it is in healthy behaviors or risk behaviors.

In relation to health concerns (health anxiety), certain behaviors and unhealthy lifestyles usually arise at this time of life (Andino, 1999) and in relation to sociodemographic variables, in this case gender, the female adolescents have a higher perception of signs of disease and body changes compared to male adolescents, reinforcing this greater perception in the retest phase. A study conducted in Spain on gender differences in self-perceived health and quality of life related to health in adolescents is in line with our results. In general, girls have a more negative self-perception of their health (both physical and emotional), but, on the other hand, they characterize their friendships and the school environment in a more positive way (Galárraga, Lopez & Rajmil, 2009). Girls usually have more physical and psychological complaints than boys (Leal, 2006; Matos & Carvalhosa, 2004, 2006 cit. in Santos, 2008).

In general, boys report a better quality of life in the physical well-being area and girls in all that relates to socialization. However, as age advances, the quality of life is lower in the studied dimensions: physical and psychological well-being, relationships with parents / autonomy, social support and peers and finally the school environment (Urzúa, Corté, Prieto, Veja & Tapia, 2009).

In our study, the age of the adolescents has no influence on the perception of health/disease, reaction to a serious illness and perception of signs of disease and body changes.

As for the number of failures and anxiety in health, significant differences are not found.

As can be concluded, this assumption is rejected, since there is the influence of sociodemographic variables on knowledge, attitudes, sexual behaviors concerning HIV/AIDS, and concerns about anxiety in health in Portuguese adolescents.

Conclusions:

Considering the results obtained, we present the following conclusions:

1. Concerning the adolescents' knowledge of HIV/AIDS.

- Teenagers' knowledge about the ways of transmission of HIV/AIDS is below average;
- Teenagers' knowledge about risk behaviors when there is contact with saliva is below average.

Knowledge about HIV/AIDS and connection to sociodemographic variables:

The knowledge showed by students is invariant with age. As for the gender, it is denoted that girls have a little higher knowledge of this subject than boys.

Students with fewer failures have higher knowledge of HIV/AIDS compared to students who have more failures.

2. As for the attitudes towards HIV/AIDS in adolescents:

- Most teenagers think it is easy to get condoms, despite considering the price high. The proportion of teenagers who are embarrassed to buy condoms is identical to those who are not ashamed of doing it;
- As for the attitude towards condom use, the values presented are below average, suggesting a negative attitude towards condom use by adolescents;

- Regarding the attitude towards people with HIV/AIDS, the values presented also indicate some prejudice towards people infected with the virus (value close to the lower limit);
- With regard to the attitude towards protection conducts when facing an obstacle, there are few teenagers who make a correct decision about the practice of safe sex (value at the lower limit);
- Teenagers do not show great concern about the implementation of the HIV detection test, being this value below the average.

Attitudes about HIV/AIDS and connection to sociodemographic variables:

The age of the teenagers has no influence on their attitudes, while the gender already has some implications. It appears that, although the values are low, girls have slightly higher scores than boys.

In the dimensions: attitude towards condom use, attitude towards protection behaviors when facing the existence of an obstacle and attitude towards the HIV detection test, students with the highest number of failures have a less healthy attitude towards sexual behaviors, compared to students who have failed only once or have never failed. In the dimension attitude towards people with HIV/AIDS, students with more failures have a more favorable behavior with regard to contact with the affected people.

3. Teenagers' sexual conducts:

- Half of the teenagers from the study have already had sexual intercourse;
- They started their sexual activity at the age of 15-16;
- During first sexual intercourse, 19.6% of those surveyed did not use a condom;
- As to the frequency with which colleagues use condoms during sexual intercourse, 21.2% always used it;
- Most adolescents consider themselves heterosexual;
- As to the number of partners in the last six months, it varies from 1- 15, though 75% of teens consider having one partner and the other part more than one;
- As to the frequency of sexual intercourse, 10.6% deemed to have it every day and 22.1% once a month or two to three times a month;
- Concerning the sexual practices, most adolescents mentioned vaginal intercourse, followed by oral sex, anal sex and finally the mutual masturbation;
- In sexual intercourse with penetration, the most used protection methods are the condoms, followed by the contraceptive pill and finally no protection method. These

data suggest that teenagers are more concerned with avoiding the birth than with sexually transmitted diseases. This aspect may be due to the fact that couples consider that they have a stable relationship and, therefore, they are not taking a risk and choose to use the contraceptive pill;

- Regarding sexual intercourse under the influence of alcohol and other drugs, it denotes that this combination lies on alcohol, then cannabis, synthetic drugs and finally cocaine;

Sexual behaviors and their connection to sociodemographic variables:

In what concerns gender, we notice an association in most of the factors. There are differences in the perception that adolescents have about the use of condoms during their friends' sexual intercourse. A smaller percentage of girls believe that their colleagues have never used condoms and, on the other hand, a higher percentage of boys believe that their colleagues have never used condoms in their sexual relations.

As for the frequency of sexual intercourse in the last six months, girls had a percentage slightly higher than boys in the dimension having sex once or twice a week and more than three times.

As for the sexual practices, the percentage of girls practicing vaginal intercourse is higher compared to the percentage of boys.

As for the practice of anal intercourse, the percentage is lower in girls compared to the group of the boys.

Concerning the contraception methods, a slightly higher percentage of boys uses condoms compared to girls. The contraceptive pill is mentioned by the majority of girls compared to boys.

Concerning sexual intercourse under the influence of drugs and alcohol, there is a higher percentage of boys practicing sex under the influence of cannabis and hallucinogens. As for alcohol, there is a slightly higher percentage of girls having sex under the influence of alcohol compared to boys. There is an association between the number of failures and the beginning of sexual activity. Teens that have already started their sexual activity tend to accumulate more failures. This result is explained only by the age of the adolescents, as an older teen is more likely to have had sexual practices.

With regard to the age of first sexual intercourse, most of the adolescents who have never failed began their sexual activity at the age of 16. The majority of the students who failed five times had their first sexual experience with 14 years old.

As for the use of condom on the first sexual intercourse, the percentage is slightly higher in students who have never failed.

Concerning the ease access to condoms, the percentage is slightly higher in students who failed five times, compared to those who have never failed.

As for the perception of the use of condoms by friends of the same age in sexual intercourse, most of the students who failed five times consider that friends do not use condoms, while students who have never failed consider that friends use condoms more in their sexual relations.

Students who have more failures have had sex (mutual masturbation, vaginal intercourse, anal intercourse or oral sex) more frequently in the last six months, compared to colleagues with less or no failures.

As for the frequency of sexual intercourse in the last six months in students who have never failed, they claim to have sexual intercourse once a month. However, students who failed five times have a higher percentage on the dimensions having intercourse twice or three times a month, three or more times a month and nearly every day.

Regarding the type of sexual intercourse, students who have more failures have a higher percentage in the practice of oral sex, while their colleagues who have never failed have a higher percentage in the practice of vaginal intercourse, mutual masturbation and oral sex.

On the use of contraception, in general, both adolescents who have failed and the ones who have never failed use condoms, with a slight increase in their use in students who failed five times.

The use of certain drugs during sex differs according to the number of failures. The use of cannabis or hallucinogenic in the sexual practice appears more frequently among students with four or more failures. Of the five students who reported using synthetic drugs in the sexual act, two have failed three times and one has failed once, which justifies the conclusion that there is a tendency for students with more failures to use these substances. As for the sexual practice under the influence of alcohol, this is more evident in the students who failed more.

4. Anxiety in health:

- Teenagers have a perception of health / disease significantly below average;
- Teenagers' reaction when facing a serious disease is significantly below average;

- The perception of signs of disease and body changes is also below average in the group of the surveyed adolescents.

Anxiety in health and connection to sociodemographic variables:

The results are invariant to the age of adolescents.

As to gender, this has no influence on the perception of health/disease nor in the reaction to a serious illness, but the perception of signs of disease and body changes are more important for girls than for boys.

The number of failures has no influence on health anxiety in adolescents.

Therefore:

- Adolescents who have more knowledge about HIV/AIDS have healthier attitudes towards their sexuality;

- This knowledge has no influence on health anxiety or on the perception of health/disease;

- The sexual behavior of adolescents and their risk behaviors are not related to anxiety in health;

- The academic performance has a significant effect on risky sexual conducts, however, in this study, we cannot generalize that the lowest academic performance corresponds to greater risky sexual behaviors;

- Although it was not rated, most of the adolescents in this study have married parents and a significant percentage of them characterizes the relationship as non-existent. It is known that a fragmented family structure may lead the adolescents to have risky sexual behaviors.

Limitations and future lines of research:

This thesis provides relevant information for technicians or experts involved in the intervention and health promotion and sexual health, in particular in adolescents, based on the knowledge of sexual information that teens have, their attitudes, the knowledge of their sexual conducts and their health concerns, specifically in the transmission of HIV/AIDS. This information was obtained through a battery of tests, which shall be useful in Portugal, contributing to increase the repertoire of tests in this area, in particular, and health psychology in general. We consider this battery of tests an asset as it diagnoses, in an

extensive and accurate way, the information, attitudes and sexual practices that adolescents have towards HIV/AIDS.

However, we must point out some limitations in this study:

- The sample is regional. It would be important to adapt it to continental Portugal;
- The instrument is quite long, with too many items, which can harm concentration levels and cause some lack of motivation, reducing the instrument's reliability;
- In the second phase, many teenagers have lost the motivation to answer the questionnaire and many of them did not answer it at all;
- Difficult accessibility of the sample, taking into account the subject's sensitivity;
- In academic performance, only the number of failures was analyzed.

As for the future lines of research:

- Analyze the connection between the consumption of alcohol/drugs and the association with certain types of sexuality;
- As for sociodemographic variable "family structure" (divorced /married parents), the connection with the other variables was not carried out, and it would be interesting to observe its influence, as in works published by Carratalá et al., (2013), that proved the influence of this variable in attitudes towards safe sex and AIDS.

Probably, in future studies, it would be appropriate to increase the number of items to properly assess the meaning of the family structure for adolescents.

- Parental influence in the first sexual intercourse and sexuality;
- Peer influence on sexual behavior and on the use of alcohol / drugs;
- Analyze, evaluate the environment where the teenager lives, since it influences the attitudes of prevention towards HIV/AIDS (Almeida et al., 2005).

In spite of the limitations of this investigation, the present study demonstrates in depth the sexual behavior of adolescents today, as well as risky sexual behaviors that make them vulnerable to HIV/AIDS. This research brought contributions to the validation of scales and the importance of preventive and effective continuous interventions in the triangle adolescent/ family/ school, facing HIV/AIDS. In this context, it is believed that this research provides relevant information for those who are involved in the intervention and health promotion in the area teenagers' risky sexual conducts.

Final thoughts:

Because there are no validated instruments in the field of HIV/AIDS in Portuguese adolescents, the first major step of this study was the measurement of these instruments to the adolescent population of the Autonomous Region of Madeira.

The instruments have demonstrated adequate psychometric properties and allowed to obtain data that provide evidence of the risks that adolescents are taking and the need to continue to invest in prevention.

AIDS is manifested substantially seven to ten years after HIV infection. It appears that the majority of cases corresponds to individuals that were infected in adolescence or early youth.

Sexual education has a strong political and social component associated with several strategies, paradigms and ideologies. The positive results of the aspects mentioned above are usually observable in safe sexual behavior by adolescents.

Sexual education is not fully carried out in important institutions, such as school and family. This translates into feelings of fear and guilt experienced by the teenager which leads him to search for information in less reliable sources (Lins et al., 1988 cit. in Camargo & Ferrari, 2009).

Even if teenagers have relatively easy access to information, its assimilation is not successful. There is a great number of factors that contribute to this obstacle, including adolescence itself and all the psychological changes it carries, especially the feeling of omnipotence and egocentrism lived during this stage of life.

This study affirms the need to continue promoting preventive behaviors in order to correct risky behavior already acquired or initiate healthy sexual behaviors. For this, it is necessary to take into account a number of variables present in this investigation that play a leading role in the adoption of appropriate sexual behaviors, such as age, gender, family structure, academic performance (cognitive ability), the level of knowledge on this issue, the attitude towards HIV/AIDS, the assessment of sexual behavior and the perception of health.

Other variables may converge, such as the assessment of the family structure and of vulnerability to risk and the motivation for change; situational factors that may be involved in the implementation of this behavior/change, such as social norms, peer pressure (peer group), the influence of the partner, as well as the content of the information that is transmitted and the author of the information (Cruzeiro et al., 2010). It is essential to include all the variables and continue to investigate this phase that is not only biological, psychological or social, but

also related to family, in order to develop and improve more and more preventive programs and instruments on HIV/AIDS in the search for better results.

For the various reasons exposed, the path is arduous and includes the search for creative alternatives that may reach the thinking, the behavior and its assimilation and crystallization of safe sex attitudes by the teen, culminating in a sexuality as healthy as possible.





REFERÊNCIAS





Referências

- Aberastury, A. (1983). *Adolescência*. (2ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas
- Abramowitz, J. S., Olatunji B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38(1), 86-94.
- Alarcão, M. (2002). *(Des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Albuquerque, R. (2013). O que moldou as famílias portuguesas desde 1864. *O Público* 13/02/2013.
- Alferes, V. (1997). *Encenações e Comportamentos Sexuais – para uma Psicologia Social da Sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Almeida, A., Silva, C., & Cunha, G. (2005). Os adolescentes e o VIH/sida: estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao VIH/sida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(2), 105-112.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andino, N. (1999). Salud e estilos de vida saludables de los y las jóvenes y adolescentes. *Working Papers Serie*, 12.
- Andrade, L., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação da ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 285-290.
- Antón, F., & Espada, J. P. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 25(2), 344-350.
- Antón, J. (2013). *Análisis de factores de riesgo para la transmisión del VIH/sida en adolescentes. Desarrollo de un modelo predictivo*. (Tese de Doutoramento em Psicologia da Saúde, Universidade Miguel Hernández).
- Antunes, F. (2011). *Manual sobre a Sida*. Lisboa: Edições Francisco Antunes.
- Aries, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC- Livros técnicos e científicos editora S.A.
- Arreola, A., Rivera, L., Guzmán, M., Escorza, F., Gutiérrez, G., Hernández, M., & Juárez, E. (2012). Actitud hacia el uso del condón y autoeficacia en la prevención del VIH/sida en estudiantes de psicología de la UAEH. *Revista Científica Eletrónica de Psicología ICSa-UAEH*, 13, 1870-5812.

- Avery, L., & Lazdane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(S2): S54-S66. doi: 10.3109/13625187.2010.533007
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19, 1-2.
- Barros, H. (2007). *Sida*. Lisboa: QN - Edição e Conteúdos.
- Batista, M., & Oliveira, S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Psic: publicação da Vector Editora*, 6(2), 43-50.
- Bauermeister, A., Zimmerman, A., Caldwell, C., Xue, Y., & Gee, G. (2010). What predicts sex partner age differences among African American youth? A longitudinal study from adolescence to young adulthood. *The Journal of Sex Research*, 47, 330–344. doi: 10.1080/00224490903015850
- Baxter, A., Scott, M., Vos, T., & Whiteford, H. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 10, 1-14.
- Beaglehole, R., Bonita, R., & Kjellstrom, T. (2003). *Epidemiologia básica*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Bellis, M., Hughes, K., & Lowey, H. (2002). Healthy nightclubs and recreational substance use from a harm minimisation to a healthy settings approach. *Addictive behaviors*, 27, 1025–1035.
- Bersamin, M., Todd, M., Fisher, D. A., Hill, D. L., Grube, J. W., & Walker, S. (2008). Parenting practices and adolescent sexual behavior: a longitudinal study. *Journal of Marriage and Family*, 70, 97-112.
- Borges, A., Manso, D., Tomé, G., & Matos, M. (2008). Ansiedade e *coping* em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 26(4), 551-561.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As Mil Faces da Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brasil, L.S., Mitsuli, R.E., Pereira, A.M.B., & Alves, R.N. (2000). Mudanças e comportamento sexual dos adolescentes decorrentes do surgimento da sida no contexto social. *Análise Psicológica*, 18(4), 465-483.
- Brêtas, J.S.R., Ohara C.V.S., Jardim, D.P., & Muroya, L.R. (2009). Conhecimento sobre DST/sida em estudantes adolescentes. *Revista Escola de Enfermagem*, 43(3), 551-7.

- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 27, 208-14.
- Brown, L., Hadley, W., Stewart, A., Lescano, C., Whiteley, L., Donenberg, G., & DiClemente, R. (2010). Psychiatric disorders and sexual risk among adolescents in mental health treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 590-597. doi: 10.1037/a0019632
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Carmen, E., (...), Sureda, P., & Torres, M. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Camargo, B., Giacomozzi, A., Wachelke, J., & Aguiar, A. (2010). Relações amorosas, comportamento sexual e vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/aids. *Saúde e Sociedade*, 19(2), 36-50.
- Camargo, E., & Ferrari, R. (2009). Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciência Saúde Coletiva*, 14(3), 937-946.
- Canavarró, M., Simões, M., Pintassilgo, A., & Ferreira, A. (2008). Estudos psicométricos da versão portuguesa (de Portugal) do instrumento de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da organização mundial de saúde (*WHOQOL-HIV*). *Psicologia, saúde & doenças*, 9(1), 15-28.
- Cardoso, A., Gonçalves, C., Pascoalinho, D., Gil, C., Ferreira, A., Bártolo, I., & Taveira, N. (2003). Um caso de sida seronegativo. *Medicina Interna*, 10(3), 153-156.
- Carmo, R., Cantante, F., & Carvalho, M. (2010). *Desigualdades como problema: que políticas?* Observatório das desigualdades.
- Carmona, M. (2011). ¿Negocian las parejas su sexualidad? significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual. *Revista Estudios Feministas*, 19(3), 801-821.
- Carratalá, E., Espada, J., & Orgilés, M. (2013). Conocimientos y actitudes hacia el VIH/sida: diferencias entre adolescentes españoles con padres casados y divorciados. *Salud Mental*, 36(5), 387-391.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedad. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 20-23.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2008). Division of adolescent and school health. *Bringing High-Quality HIV and STD Prevention to Youth in Schools*.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2011). *Sexual risk behavior: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention*.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2014). Youth risk behavior surveillance - United States, 2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(4), 1-168.
- Chilton, M. (2007). *La alimentación y el bienestar de jóvenes estadounidenses de madres mexicanas, centroamericanas y caribeñas*. Amérique Latine. Histoire e Mémoire. Les Cahiers ALHIM. 14/2007: Femmes latino-américanes et migrations.
- Collins, C., Alagiri, P., & Summers, T. (2002). *Abstinence Only vs. Comprehensive Sex Education: What are the arguments? What is the evidence?* AIDS Research Institute University of California, San Francisco.
- Costa, J. (2010). *Uso do preservativo em adolescentes*. Espaço Aberto. Faculdade de Medicina de Lisboa. Retirado de www.fm.ul.pt.
- Crawford, M., & Popp, D. (2003). Sexual double standards: A review and methodological critique of two decades of research. *The Journal of Sex Research*, 40(1), 13-26. doi: 10.1080/00224490309552163
- Crujo, C., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais- ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 576-582.
- Cruz, J., Vilaça, M., Sousa A., Gomes, A., Melo, B., Araújo, M., (...) & Ruivo, M. (1997). Prevenção do VIH e da sida nos adolescentes e jovens adultos: Investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2(2), 279-304.
- Cruzeiro, A., Souza, L., Silva, R., Pinheiro, R., Rocha, C., & Horta, B. (2010). Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso do preservativo em adolescentes. *Ciências de Saúde coletiva*, 15(1), 1149-1158.
- Cui, P., & Zack, F. (2013). Trends in health-related quality of life among adolescents in the United States, 2001–2010. *Preventing Chronic Disease*, 10, 120-334. doi: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120334>
- Dávila, M., Tagliaferro, A., Bullones, X., & Daza, D. (2008). Nivel de conocimiento de adolescentes sobre VIH/SIDA. *Revista Salud Pública*, 10(5), 716-722.
- Departamento de Doenças Infeciosas (2013). Unidade de Referência e Vigilância Laboratorial Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Infecção VIH/SIDA: a

- situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012. *Documento SIDA: Edição INSA, IP*,144.
- Dias, S.F (2005). *Contributo para o conhecimento dos comportamentos sexuais nos adolescentes; promoção de saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA*. (Tese de Doutoramento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Portugal).
- Donenberg, G., Bryant, F., Emerson, E., Wilson, H., & Pasch, K. (2003). Tracing the roots of early sexual debut among adolescents in psychiatric care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(5), 594–608. doi:10.1097/01.CHI.0000046833.09750.91
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Revista Oficial do Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente*, 2(2), 6-7.
- Erikson, E. (1973). *Dimensions of a New Identity*. New York: W.W. Norton, Inc.
- Erikson, E. (1987). *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Espada, J.P, Guillén-Riquelme, Morales, A., Orgilés, M., & Sierra, J. C. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atención Primaria*. doi: 10.1016/j.aprim.2014.03.007.
- Espada, J.P, Huedo- Medina, T., Orgilés, M., Secades, R., Ballester, R., & Remor, E. (2009). Psychometric properties of the HIV/AIDS knowledge scale for spanish adolescents (HIV-KS). *Health and addictions/ Salud y Drogas*, 9(2), 149-164.
- Espada, J.P. (2009). *Cuestionario de Conductas Sexuales*. Documento no publicado. Alicante: Universidad Miguel Hernández.
- Espada, J.P. (n.d.). *Técnicas y programas de intervención psicológica en vih/sida*. Universidade Miguel Hernández.
- Espada, J.P., & Quiles, M.J. (2002). *Prevenir el sida. Guía para padres y educadores*. Madrid: Ediciones pirâmide.
- Espada, J.P., Ballester, R., Huedo-Medina, T. Secades-Villa, R., Orgilés, M., & Martínez-Lorca, M. (2013b). Development of a new instrument to assess AIDS-related attitudes among Spanish Youngsters. *Anales de psicología*, 29(1), 83-89. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.132301>
- Espada, J.P., Martínez, J., & Medina, M. (2000). Intervención con drogodependientes de alto riesgo: estrategias de reducción de daños. Fundación ACOSPA contra el Sida. *Revista Española de Drogodependencias*, 25(1), 32-48.

- Espada, J.P., Méndez X., Griffin, K.W., & Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 21-29.
- Espada, J.P., Morales, A., Orgilés, M., Piqueras, J. A., & Carballo, J. L. (2013a). Comportamiento sexual bajo la influencia del alcohol en adolescentes españoles. *Adicciones*, 25(1), 55-62.
- Espada, J.P., Quiles, M. J., & Méndez, F. (n.d.). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. Universidad de Murcia.
- Evans, O. (2013). Sex Education, not the age of consent, needs revision. *Epigram Comment*. University of Bristol Independent Student Newspaper.
- Feijoo, A. (2011). *MLS, adolescent sexual health in Europe and the U.S. - Why the difference?* Retirado de www.advocatesforyouth.org.
- Fernandes, A., Gonçalves, M., Machado, A., Hayashida, M., Gir, E., Donadi, E., & Rodrigues, M. (2005). Maior sobrevida em pacientes com marcadores imunogenéticos de rápida progressão para a AIDS: subsídios para a assistência de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 229-234.
- Fernandes, H. (2007). *O bem-estar psicológico em adolescentes. Uma abordagem centrada no florescimento humano*. (Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, Vila Real).
- Fernandes, L. (2007). *Viver com a dose diária em Portugal: Análise sobre o acesso e adesão dos utilizadores de droga que vivem com VIH em tratamento retroviral*. Lisboa: Abraço-Associação de Apoio a Pessoas com VIH/Sida.
- Ferreira, M., & Torgal, M. (2011). Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. *Revista Escola de Enfermagem*, 45(3), 589-95.
- Ferreira, S.H.T., & Farias A.M. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 227-234.
- Figueiredo, M. (2010). *A relação escola-família no pré-escolar: contributos para uma compreensão*. (Tese de mestrado em Psicologia da educação e intervenção comunitária, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto).
- Frank, A. (2013). *O Diário de Anne Frank*. (3º Ed. - Versão definitiva). Lisboa: Editora livros do Brasil.
- Galárraga, V. R., Lopez, A.S., & Rajmil, L. (2009). Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 433-439.

- García-López, L.J., Olivares, J., Hidalgo, M.D, Beidel, D.C., & Turner, S.M. (2001). Psychometric properties of the social phobia and anxiety inventory, the social Anxiety scale for adolescents, the fear of negative evaluation scale and the social avoidance distress scale in an adolescents spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 23(1), 51-59.
- García-Vega, E., Robledo, E., García, P., & Izquierdo, M. (2012). Sexualidad, anticoncepción, y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Internacional Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.
- Gaspar, T., & Matos, M. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes versão portuguesa dos instrumentos kidscreen-52*. Fundação para a Ciência e a Tecnologia/MCES Faculdade de Motricidade Humana/UTL Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT-LA/UNL. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. KIDSCREEN©/CE Health Behaviour in School-aged Children/Organização Mundial de Saúde. Edição. Aventura Social e Saúde, Lisboa.
- Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/sida em adolescentes migrantes. *Psicologia, saúde & doenças*, 7(2), 299-316.
- Gomes, A., & Nunes, C. (2011). Caracterização do uso do preservativo em jovens adultos portugueses. *Análise Psicológica*, 29(4), 489-503.
- Gomes, C. (2013). *Portugal é o terceiro país europeu com maior taxa de novos casos de sida*. Retirado de <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/portugal-e-o-terceiro-pais-europeu-com-maior-taxa-de-novos-casos-de-sida-1614132>
- Gomes, F.A. (2004). *Paixão, Amor e Sexo*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Gonçalves, S. (2007). *O desempenho escolar via uma abordagem de descoberta de conhecimento em base de dados*. (Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga).
- Gouveia, P. (2008). *Um olhar sobre o comportamento sexual e a virgindade na adolescência. Estudo comparativo*. (Tese de Mestrado, Instituto de Psicologia Aplicada, Lisboa).
- Grilo, A.M. (2001). Temáticas centrais implicadas na vivência da infeção por VIH/sida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 101-118.
- Grmek, M. (1994). *História da Sida*. Lisboa: Relógio de Água.
- Guttmacher Institute (2013). *Facts on americanteens sexual and reproductive health*. Outubro de 2013. Retirado de <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf>

- Hall, S. G. (1904). *Adolescence its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*. New York: D. Appleton and company.
- Herrera, L. (2012). *Sexo y edad en las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 13 a 18 años*. (Proyecto de Investigación Programa de Licenciatura en Psicología como un requisito parcial para obtener el título de Licenciado en Psicología, Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”).
- Idele, P., Gillespie, A., Porth, T., Suzuki, C., Mahy, M., Kasedde, S., & Luo, C. (2014). Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents: current status, inequities, and data gaps. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 66(2), 144-153.
- Inglés, C., Piqueras, J., García-Fernández, J., García-López, L., Delgado, B., & Ruiz-Esteban, C. (2011). Gender and age differences in cognitive, psychophysiological and behavioural responses of social anxiety in adolescence. *Psychology in Spain*, 15(1), 80-86.
- Instituto Nacional de Estadística. (2007). *Estatísticas demográficas 2005*. Editor Instituto Nacional de Estadística, I.P.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2014). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2013*. Retirado de http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2448/3/INSA-Relatorio_Infecao_HIV-SIDA_2013.pdf
- Jacofsky, M., Santos, M., Patel, S., & Neziroglu, F. (2013). *Pathological, abnormal anxiety. Anxiety Disorders*. Bio Behavioral Institute, edited by C.E. Zupanick, Psy.D. and Mark Dombeck, Ph.D.
- Jacqueline, E., Darroch, P., Susheela S., Jennifer J., Frost, F., & Study Team. (2001). Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: The roles of sexual activity and contraceptive use. *Family Planning Perspectives*, 33(6), 244-281.
- James, S. (2008). Aumento de sexo anal entre adolescentes. *American Journal of Public Health*.doi: 10.2105/AJPH.2007.123752
- Jardim e Jardim, V., Nominato, L., Ghetti, P., Lauriano, M., Gadêlha, T., Schmith, P., Marques, V., & Abreu, A. (2013). O conhecimento e o uso de preservativo por adolescentes: estudo comparativo em uma escola particular e pública. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, 8(1), 8-13.
- Jones, P. (2004). *Viver com hemofilia*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Hemofílicos.

- Júnior, R., & Winsterstein, P. (2010). *Ensaio sobre a teoria social cognitiva de Albert Bandura*. Parte II: reciprocidad triádica, modelación y capacidades humanas fundamentales. Buenos Aires: *Revista Digital*.
- Justino, D., Pascueiro, L., Franco, L., Santos, R., Almeida, S., & Batista, S. (2014). *Atlas da Educação. Contextos Sociais e Locais do Sucesso e Insucesso. Portugal 1991/2012*. Lisboa: Editor cesnova.
- Kamps, B.S., & Hoffman, C. (2006). *HIV Medicine*, 395-480.
- Kornblit, A., Diz, A., Di Leo, P., Camarotti, A., & Adaszko, D. (2005). *Salud y Enfermedad desde la Perspectiva de los Jóvenes. Un Estudio en Jóvenes Escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina: Documentos de trabajo, 45.
- Larrañaga, E., Yubero, S., & Yubero, M. (2012). Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *Summa Psicológica UST*, 9(2), 5-13.
- Lepre, R.M. (2003). *Adolescência e construção da identidade*. Retirado de <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=395>
- Logan, T.K., Staton, M., & Leukefeld, C. (2001). Hyperfemininity, HIV risk behavior, and victimization among college aged females. *Salud y drogas*, 1(2), 161-168.
- Lomba, L., Apóstolo J., Mendes F., & Campos, D. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos noturnos. Quem são e que comportamentos adotam. *Revista Toxicodependências*, 17(1), 3-14.
- Lomba, L., Apostolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M., & Mendes, F. (2008). Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra, *Revista Toxicodependência*, 14(1), 31-41.
- Longmore, M. A., Eng, A. L., Giordano, P. C., & Manning, W. D (2009). Parenting and adolescents' sexual initiation. *Journal of Marriage and Family*, 71, 969-982.
- Lynda B., & Ransdell, k. (2001). Using the PRECEDE-PROCEED Model to Increase Productivity in Health Education Faculty. *The International Electronic Journal of Health Education*, 4, 276-282.
- Macchi, M.S., Benítez, A., Corvalán, C., Nuñez, D., & Ortigoza P. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(2), 206-217.

- Marchand, H. & Pinto, H. (1997). *Família: Contributos da Psicologia e das Ciências da Educação*. Lisboa: Educação em Portugal.
- Marinho, S., Anastácio, Z., & Carvalho, G. (2011). *Desenvolvimento e implementação de projetos de Educação Sexual: análise das dimensões biológica, psicológica e social da sexualidade*. (Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga).
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais*. Lisboa: Fundamentos teóricos, Software, Rolo & Filhos II, SA.
- Marques, A. (2012). *Atitudes dos adolescentes face à sexualidade: algumas variáveis intervenientes*. (Tese de Mestrado de Educação para a Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu).
- Marques, A., & Cruz, M. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 32-36.
- Marques, C. (2009). Os homens não são iguais e todas as mulheres não são iguais: Representações dos jovens sobre sexualidade. Working Paper, 76. Retirado de <http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP76Marques.pdf>.
- Martínez, M., Reinoso, C., Nápoles, I., Valdéz, E., Tamayo, S., & Ávila, N. (2010). Actitudes frente al VIH/SIDA en estudiantes de la escuela Simón Rodríguez, Estado Bolívar, Venezuela. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(3), 242-252.
- Martins, A. T., Nunes, C., Muñoz-Silva, A., & Sánchez-García, M. (2008). Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *Psicologia*, 39(1), 7-13.
- Matos, C. (1996). Percursos da identidade: Processos transformadores. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 11, 23-33.
- Matos, C. A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., & Reis, M. (2012). *Aventura Social e Saúde*. A Saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC-Health Behavior 2010. Editor Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UN.
- Medeiros, T. M. (2000). *Adolescência: Abordagens, investigações e contextos de desenvolvimento*. Lisboa: Edição Direção Regional de Educação.
- ME-GTES. (2007) Ministério de Educação, grupo de trabalho de Educação Sexual (ME-GTES). *Educação para a saúde nas escolas: relatório final*.
- Meyer J., & Meyer, P. (2010). *Reliability, series in understanding statistic*. New York: Oxford University Pres.

- Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6(4), 136-142.
- Ministério da Saúde. (n.d.). *SOS vida, evolução clínica do VIH*. Retirado de <http://www.antidrogas.com.br/mostrasosvida.php?c=28>
- Monteiro, M., & Vasconcelos-Raposo, J. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/sida: um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 125-136.
- Morales, A., Espada, J., Carballo, J., Piqueras, J., & Orgilés, M. (2015). Short health Anxiety Inventory: Factor structure and psychometric properties in Spanish adolescents. *Journal of Health Psychology*, 20(2), 123-131.
- Motta, D. (2010). *Uma análise da adolescência ao longo da História*. FAPERJ - Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro. Retirado de https://www.faperj.br/boletim_interna.phtml?obj_id=6100
- Mulye, T., Park, M., Neson, C., Adams, S., Irwin, C., & Brindis, C. (2009). Trends in Adolescent and Young Adult Health in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 45, 8-24.
- Oliveira, J., & Silvestre, A. M. (2002). História natural da infeção pelo HIV - Departamento de Doenças Infeciosas. *Em O HIV no mundo lusófono: III Congresso Virtual HIV/AIDS*, 14 outubro - 29 novembro 2002. Hospitais da Universidade de Coimbra Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, J.H.B. (2002). *Psicologia da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ollis, D., Harrison, L., & Maharaj, C. (2013). *Sexuality, education, matters. Preparing pre-service teacher to teach sexuality education*. Deakin University. Retirado de http://www.deakin.edu.au/__data/assets/pdf_file/0004/252661/sexuality-education-matters-april-2013-online.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Retirado de www.who.int/substance_abuse/publications/en/neuroscience.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009). *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Centro de Prensa. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011). *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Nota descritiva N°345. Centro de Prensa Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013). *10 datos sobre el VIH/SIDA*. Retirado de <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>

- Organização Mundial de Saúde OMS (2014). Mais de dois milhões de adolescentes vivem com VIH/Sida. *Diário Digital com Lusa*.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J., Carballo, J., & Piqueras, J. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitária. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 5(2), 115-120. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.01.005
- Osonwa, O. K, Adejobi, A. O, Iyam, M. A., & Osonwa, R. H. (2013). Economic status of parents, a determinant on academic performance of senior secondary schools students in Ibadan, Nigeria. *Journal of Educational and Social Research*, 3(1), 115-122.
- Pechansky, F., Szobot, C., & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 14-17.
- Pedrola, J., & Rodríguez, C. (1994). Sida y comportamientos preventivos el modelo PRECEDE. *Revista de psicologia general y aplicada*, 47(2), 151-157.
- PEPFAR & Global AIDS. (2013). The global HIV/AIDS crisis today. Janeiro de 2014. Retirado de <http://www.aids.gov/federal-resources/around-the-world/global-aids-overview/>.
- Pérez, G., Tobom, E., Mesa, S., Bustamante, A., & Montoya, C. (2012). Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín (Colombia). *Adicciones*, 24(4), 347-354.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Piaget, J. (1967). *Seis estudos de Psicologia*. Rio de Janeiro: Companhia Editora Forense.
- Pineda, L., Díaz, A., Orbegozo, L., & Rodríguez, A. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 31, 155-195.
- Pontes, A. (2011). *Sexualidade: vamos conversar sobre isso? Promoção do desenvolvimento psicosexual na adolescência: Implementação e avaliação de um programa de intervenção em meio escolar*. (Dissertação de Doutoramento em Ciências de Saúde Mental, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto).
- Pratta, E.M.M., & Santos, M. A (2007). Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico dos seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 247-256.

- Programa Conjunto das Nações Unidas (ONUSIDA) (2013). *ONUSIDA, Informe sobre la Epidemia Mundial de Sida 2013*.
- Ramiro, L. (2013). *A educação sexual na mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes*. (Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação, Especialidade Educação para a Saúde, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa).
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M., Diniz, J., Ehlinger, V., & Godeau, E. (2014). Sexually transmitted infections prevention across educational Stages: Comparing middle, high school and university students in Portugal. *Creative Education*, 5, 1405-1417. doi: 10.4236/ce.2014.515159.
- 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*, 29(1), 11-21.
- Rebouças, F. (n.d.). *SIDA na Adolescência*. InfoEscola Navegando e Aprendendo. Retirado de <http://www.infoescola.com/doencas/aids/>
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M., & Diniz, J. (2012). Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 105–114.
- Remoaldo, P.C., Sousa, P., Boas, M. A., & Santos, J. (2004). Hipotecando o futuro- caso das doenças sexualmente transmissíveis no noroeste português. *Ciências Sociais e Humanidades*, 16, 149-167.
- Ribeiro, M., & Fernandes, A. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. *Psicologia Saúde & Doenças*, 10(1).
- Richards, J. (1993). *Sexo, Desvio e Danação. As minorias na Idade Média*. Inglaterra: Jorge Zahar Editor.
- Rodrigues, C. (2011). *Aspetos neuropsicológicos dos transtornos de ansiedade na infância e adolescência: um estudo comparativo entre as fases pré e pós tratamento medicamentoso*. (Dissertação de Mestrado em Ciências, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Rodríguez, A. (2005). *Evaluación de Factores Psicosociales de Riesgo para la Infección por el VIH/Sida en Adolescentes Colombianos*. (Tesis doctoral, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada, España).
- Rosa, J.L. (1998). Ansiedade, sexo, nível socioeconómico e ordem de nascimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11(1), 59-70.

- Sá, M. J. (2004). Demência da SIDA. Em Lecour, H. & Sarmento e Castro, R. (Eds.), *Infeção VIH/SIDA, 2.º Curso de Pós-Graduação*. (21-228). V. N. Famalicão: Editores.
- Saavedra, L., Nogueira, C., & Magalhães, S. (2010). Discursos de jovens adolescentes portugueses sobre sexualidade e amor: Implicações para a educação sexual. *Rede de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica. Educação & Sociedade*, 31(110), 135-156.
- Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M.C., & Clark, D.M. (2002). The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32, 843-853. doi:10.1017/S0033291702005822
- Santos, D. L. P. N. (2010). *Desenvolvimento sócio-moral: Raciocínio dos adolescentes sobre o consumo de substâncias ilícitas*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa).
- Santos, H., & Amâncio, L. (2002). Género e etnicidade face à sexualidade e à sida - uma perspetiva psicossociológica. *Atas do Colóquio Internacional "Família, Género e Sexualidade nas Sociedades Contemporâneas"* da Lisboa, Associação Portuguesa de Sociologia.
- Santos, O. (2008). *Comportamentos de saúde e comportamentos de risco em adolescentes do ensino secundário: Ligações com a família, amigos e envolvimento com a escola*. (Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Porto).
- Sapienza, G., & Pedromónico, M.R.M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10, 209-216.
- Schenker, M., & Minayo, M.C.S. (2005). Fatores de risco e proteção para o uso de drogas na adolescência. *Temas Livres, Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717.
- Schmidt, M., Souza, L., Rusch, S., Pereira, F., & Silva, R. (2009). *Prevalência e fatores associados ao transtorno de ansiedade generalizada em adolescentes*. X Salão de Iniciação Científica – PUCRS.
- Seruya, M.T. (2013). *A proximidade parental e a disrupção escolar percecionada*. (Dissertação de mestrado EM Psicologia Educacional, ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa).
- Sierra, J., Zubeidat, I., & Parra, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 6(2), 472-517.

- Silva, A., & Deus, A. (2004). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. *Análise Psicológica* 2(XXIII), 151-172.
- Silva, C.P. (n.d). *Família: Transformações na Família*. Via Jus. Retirado de <http://www.viajus.com.br/>
- Simionato, M.A.W., & Oliveira, R. (2003). Funções e transformações da família ao longo da história. In *I Encontro Paranaense de Psicopedagogia*. Maringá.
- Simões, C., Matos, M., & Batista-Foguet, J. (2008). Saúde e felicidade na adolescência: Fatores individuais e sociais associados às percepções de saúde e de felicidade dos adolescentes portugueses. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2).
- Soto Mas, F., Marin, J.A.L., Papenfuss, R. L., & León, A.G. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), 335-341.
- Soto, L., Torres, I., Arévalo, M., Cardona, J., Sarria, A., & Polanco, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 71-88.
- Strecht, P. (2001). *Preciso de Ti*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Surveillance Report. (2011). HIV/AIDS. *Surveillance in Europe*. Retirado de www.euro.who.int
- Taquette, S., Vilhena, M., & Paula, M. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Revista da Sociedade de Medicina*, 37(3), 210-214.
- Tavira, L., & Atouguia, J. (2006). *Infeções sexualmente transmissíveis*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Tomé, G. (2011). *Grupo de pares, comportamentos de risco e a saúde dos adolescentes portugueses*. (Dissertação de Doutoramento em Ciências de Educação, Especialidade Educação para a Saúde, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa).
- Torres, D. (2011). *Conhecimentos de infeções sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos numa amostra de 359 adolescentes do 8º ao 12º ano de escolaridade*. (Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Fernando Pessoa, Porto).
- United Nations Children`s Fund (UNICEF) (2002). HIV/AIDS Education: A gender perspective, tips and tools. New York.

- United Nations Children`s Fund (UNICEF) (2011). *Situação Mundial da Infância 2011. Adolescência uma Fase de Oportunidades*. Retirado de http://www.unicef.pt/18/Relatorio_SOWC_2011.pdf
- United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2012). *Unaidsworld AIDS day report. Global reports Unaidsworld 2012. Chegando a Zero, estratégia do UNAIDS/ONUSIDA 2011-2015*.
- United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2014). *UNAIDS report shows that 19 million of the 35 million people living with HIV today do not know that they have the virus. Getting to zero*.
- Uribe, A., Orcasita, L., & Vélez, T. (2010). Factores de riesgo para la infección por V.I.H./Sida en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 11-24.
- Urzúa, A., Cortés E., Prieto, L., Veja, S., & Tapia, K. (2009). Autoreporte de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados. *Revista Chilena Pediatría*, 80(3), 238-244.
- Valdés J., Abreu, C., Alfaro A., Collado, A., Roche, R., & Sosa, D. (2010). Hábitos o comportamientos inadecuados y malos resultados académicos en estudiantes de secundaria. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(3), 280-290.
- Varela, P. (2007). *Ansiosamente*. (3ª Ed.) Lisboa: Edições a esfera dos livros.
- Veronesi, R. (1991). *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. Co-editores: Roberto Focaccia Reynaldo Dietze. 8ª edição. Guanabara, Koogan. Capítulo 30, 228-245.
- Vila, H., Pinzón, J., Pinzón, L., & Manrique T. (2002). Los adolescentes y el sida. Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 54(2), 152-7.
- Vinagre, M., & Lima, M. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 73-81.
- Weinhardt, L. S., & Carey, M. P. (2000). Does alcohol lead to sexual risk behaviour? Findings from event-level research. *Annual Review of Sex Research*, 11, 125-157.
- Weitof, G., & Rosén, M. (2005). Is perceived nervousness and anxiety a predictor of premature mortality and severe morbidity? A longitudinal follow up of the Swedish survey of living conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 794-798. doi: 10.1136/jech.2005.0333076
- Wiklund, M., Malmgren-Olsson, E.B., Öhman, A., Bergström, E., & Fjellman-Wiklund, A. (2012). Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived

- stress, anxiety and gender – a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*, 12, 854-993. doi:10.1186/1471-2458-12-993
- Winnicott, W.D. (1993). *A família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, Ltda.
- World Health Organization (WHO) (2002). *The world health report 2002 - Reducing Risks. Promoting Healthy Life*. Retirado de <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- World Health Organization (WHO) (2009). *Young people, sexual and reproductive health and HIV*. Bulletin of the World Health Organization. Retirado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/11/08-059915/en/>
- World Health Organization (WHO) (2012). *Health Policy for Children and Adolescents, n. 6*. World Health Organization, Regional Office for Europe. Social Determinants of Health and well-being Among People. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report From the 2009/2010 Survey.
- World Health Organization (WHO) (2013). *Adolescents falling through gaps in HIV services*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/hiv-adolescents-20131125/en/#>
- World Health Organization (WHO) (2014). *Adolescents: health risks and solutions*. Fact sheet n°345, updated May 2014. Janeiro de 2015. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>
- Youth Risk Behavior Survey YRBS (YRBS) (2014). *Youth Risk Behavior Survey*. Trends in the Prevalence of Sexual Behaviors and HIV Testing National YRBS: 1991-2011. Retirado de http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/us_sexual_trend_yrbs.pdf





ANEXO 1

BATERIA DE INSTRUMENTOS



CONSENTIMENTO INFORMADO



Una Universidad pública con excelencia acreditada.

Para Pais e Encarregados de Educação

Assunto: *Participação num estudo sobre a avaliação das condutas sexuais de risco e VIH*

Venho pelo presente, solicitar autorização para que o seu educando participe num estudo efetuado no âmbito de uma tese de Doutoramento na área da Psicologia da Saúde, pela psicóloga Sibília Reis.

Tendo em conta que a Sida é uma doença que está cada vez mais a aumentar é importante compreender se os jovens possuem os conhecimentos/informação mais adequados no que se refere à prevenção e se estão a ter comportamentos sexuais seguros. Os adolescentes e jovens adultos são grupos que são pouco estudados no que se refere a este tema.

Esta iniciativa irá realizar-se em determinadas aulas e tem uma duração de cerca de 30-45 minutos. Solicita-se aos participantes, escolhidos de forma aleatória, que respondam em dois momentos distintos a dois questionários relacionados com o objetivo do estudo.

Nota: Para mais esclarecimentos, poderá contactar Sibília Reis do Centro de Saúde da Nazaré, sibilia.reis@gmail.com.

A Psicóloga

Sibília Reis

Eu, _____ (Encarregado de Educação) do aluno _____ do _____ ano de escolaridade, turma, _____, escola _____.

- Autorizo o meu educando a participar no estudo.
 Não autorizo o meu educando a participar no estudo.

O Encarregado de Educação



BATERIA DE INSTRUMENTOS

Este teste tem como objetivo conhecer melhor as suas opiniões e comportamentos relacionados com a sexualidade. Agradeço a sua participação no preenchimento dos questionários. A sua participação é voluntária e as suas respostas totalmente confidenciais.

É importante responder individualmente sem partilhar as suas respostas com os colegas. Se tiver alguma dúvida, por favor, faça sinal e o responsável pelo questionário ajudá-lo-á na sua questão. Depois de ter terminado, levante a mão e ser-lhe-á fornecido um envelope para introduzir o questionário. Por favor responda com sinceridade.

CÓDIGO: escreva 3 últimos números do n. de telemóvel (ou fixo) e 3 últimos números da D.N.

3 Últimos números do n. de telemóvel (ou n.fixo)			3 Últimos números da D.N.		

Obs.: As suas respostas são confidenciais.

VIRE A PÁGINA QUANDO LHE INDICAREM

Escola:

Agrupamento:

Concelho:

Idade:

Sexo: Masculino Feminino

Situação familiar:

Pais casados

Pais separados ou divorciados

Que idade tinha quando os seus pais se separaram? _____

Com quem vive habitualmente? _____

Como avalia a relação atual dos seus pais?

Muito Boa Boa Regular Má Muito Má Inexistente

Pais vivem juntos como um casal de fato

Pai ou mãe solteiro(a)

Órfão de um pai ou ambos

Rendimento escolar:

Indica o número de vezes que reprovou: _____

Indica o número de muito insuficientes (0-5) obtidos na última avaliação: _____

Indica o número de insuficientes (6-9) obtidos na última avaliação: _____

Indica o número de suficientes (10-13) obtidos na última avaliação: _____

Indica o número de bons (14-17) obtidos na última avaliação: _____

Indica o número de muito bons (18-20) obtidos na última avaliação: _____

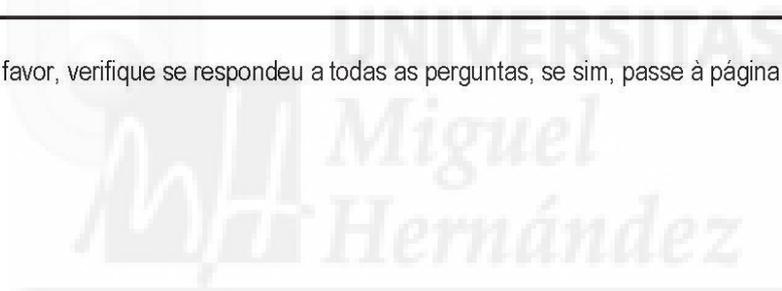
INFORMAÇÕES

Por favor assinale verdadeiro ou falso em cada questão. Se não souber a resposta assinale o ponto de interrogação.

	Verdadeiro	Falso	?
1. A SIDA é causada por um vírus chamado "VIH" -----○	○	○	○
2. "SIDA" são as siglas para o "Síndrome de Imunodeficiência Adquirida" -----○	○	○	○
3. "VIH" significa "Vírus de Imunodeficiência Humana" -----○	○	○	○
4. Existem diferentes tipos de VIH. -----○	○	○	○
5. Portugal é um dos países europeus mais afetados pela SIDA. -----○	○	○	○
6. VIH só é encontrado no sangue de pessoas infetadas. -----○	○	○	○
7. A principal via de transmissão do VIH é através das relações sexuais. -----○	○	○	○
8. Os animais domésticos podem transmitir o vírus da Sida. -----○	○	○	○
9. Pode contrair o VIH através do consumo de drogas, sem se injetar? Por exemplo, tomar pastilhas, fumar charros ou "snifar" cocaína -----○	○	○	○
10. Pode uma mulher grávida seropositiva transmitir o VIH para o seu filho? -----○	○	○	○
11. Os seropositivos, podem transmitir o vírus da Sida, mesmo que não estejam doentes. -----○	○	○	○
12. O VIH é transmitido através de secreções vaginais, sêmen e sangue. -----○	○	○	○
13. O VIH é transmitido através do ar. -----○	○	○	○
14. É perigoso partilhar alimentos ou água com pessoas seropositivas ou infetadas com a Sida. -----○	○	○	○
15. É aconselhável não visitar um seropositivo para não transmitir o VIH. -----○	○	○	○
16. Beber de um copo que foi utilizado por uma pessoa seropositiva acarreta riscos. -----○	○	○	○
17. Utilizar uma casa de banho pública constitui risco de transmissão do VIH. -----○	○	○	○
18. Lavar a sua roupa com a roupa de um seropositivo ou infetado pela Sida implica riscos de contrair a doença. -----○	○	○	○
19. Ao receber uma transfusão de sangue pode contrair o VIH. -----○	○	○	○
20. Os mosquitos podem transmitir o vírus da Sida. -----○	○	○	○
21. Existe o risco de contrair o VIH ao partilhar seringas contaminadas. -----○	○	○	○
22. O VIH afeta o sistema imunológico. -----○	○	○	○
23. O vírus da Sida afeta todas as células do corpo humano. -----○	○	○	○
24. O período de janela imunológica dura uma semana. -----○	○	○	○
25. O período de janela imunológica é o tempo que leva o organismo a produzir anticorpos após a transmissão do VIH. -----○	○	○	○
26. As pessoas que foram infetadas pelo VIH passam por um período assintomático de 6 meses. -----○	○	○	○
27. Fatores psicológicos como o stress ou a depressão influenciam significativamente a evolução dos sintomas. -----○	○	○	○
28. O anel vaginal e o DIU são métodos eficazes para prevenir a Sida. -----○	○	○	○
29. Um casal heterossexual tem menos risco de contrair o VIH do que um casal homossexual. -----○	○	○	○
30. As pilulas contraceptivas são eficazes na prevenção da transmissão do VIH nas relações sexuais. -----○	○	○	○
31. Quando você tem um parceiro estável desaparece o risco de contrair o VIH nas relações sexuais. -----○	○	○	○
32. O uso correto do preservativo é um método eficaz para evitar a transmissão do VIH. -----○	○	○	○

- | | Verdadeiro | Falso | ? |
|---|------------|-------|---|
| 33. O preservativo feminino é tão eficaz como o preservativo masculino para evitar a transmissão do vírus da Sida. -----○ | ○ | ○ | ○ |
| 34. Praticar relações sexuais sem o uso do preservativo é uma prática de alto risco. -----○ | ○ | ○ | ○ |
| 35. Dar um beijo (com troca de saliva) a um seropositivo, constitui um risco de transmissão do VIH. --○ | ○ | ○ | ○ |
| 36. Abraçar um seropositivo e beijá-lo na face constitui risco de transmissão do VIH. -----○ | ○ | ○ | ○ |
| 37. Praticar o coito interrompido é uma forma segura de praticar sexo sem risco de infeção pelo VIH. ○ | ○ | ○ | ○ |
| 38. A deteção do VIH consegue-se através de uma análise de sangue.-----○ | ○ | ○ | ○ |
| 39. É possível saber se há infeção pelo VIH no dia seguinte, após um comportamento de risco. ----○ | ○ | ○ | ○ |
| 40. Com uma amostra de saliva, é possível saber se uma pessoa tem VIH. -----○ | ○ | ○ | ○ |
| 41. O teste mais utilizado para detetar o VIH é o ELISA. -----○ | ○ | ○ | ○ |
| 42. O teste de deteção do VIH deve ser completamente anónimo. -----○ | ○ | ○ | ○ |
| 43. Tratamentos médicos atuais podem reduzir a quantidade de VIH no organismo. -----○ | ○ | ○ | ○ |
| 44. Atualmente existe uma vacina contra a infeção pelo VIH. -----○ | ○ | ○ | ○ |
| 45. Infeções e doenças que aparecem devido a um enfraquecimento do sistema imunológico pela ação do VIH, são chamadas de "doenças oportunistas". -----○ | ○ | ○ | ○ |
| 46. DST são as siglas para "doenças sexualmente transmissíveis".-----○ | ○ | ○ | ○ |
| 47. Doenças sexualmente transmissíveis têm cura. -----○ | ○ | ○ | ○ |
| 48. Gonorreia e clamídia são duas doenças comuns sexualmente transmissíveis. -----○ | ○ | ○ | ○ |

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas, se sim, passe à página seguinte.



CASIPR

Leia cada uma das seguintes frases e assinale a opção que corresponda. Não há respostas certas ou erradas.

	Totalmente em desacordo	Em desacordo	De acordo	Totalmente de acordo
1. Acredito que o preservativo é um método eficaz para prevenir a Sida. -----○	○	○	○	○
2. Estaria disposto(a) a usar o preservativo numa relação sexual com penetração. -----○	○	○	○	○
3. Quem anda com preservativos revela promiscuidade. -----○	○	○	○	○
4. Ao ter uma relação sexual, repara que não tem preservativos está disposto(a) a interrompê-la para obtê-los e continuar a relação sexual. -----○	○	○	○	○
5. Estou disposto(a) a levar preservativos se se proporcionar uma relação sexual. -----○	○	○	○	○
6. Estou disposto(a) a afirmar perante o meu grupo de amigos(as) que sou a favor do uso do preservativo. -----○	○	○	○	○
7. Penso mal de um amigo(a) que costuma andar com preservativos. -----○	○	○	○	○
8. Estou disposto(a) a manter uma relação sexual com penetração e sem preservativo com o meu parceiro(a), praticando coito interrompido. -----○	○	○	○	○
9. Estou disposto(a) a defender em público o uso de preservativos. -----○	○	○	○	○
10. Se meu parceiro for seropositivo, eu estaria disposto(a) a praticar sexo com penetração utilizando o preservativo-----○	○	○	○	○
11. Usar preservativos retira a espontaneidade e prazer à relação sexual. -----○	○	○	○	○
12. Sinto vergonha de comprar preservativos numa farmácia ou supermercado -----○	○	○	○	○
13. Penso que o preço do preservativo é elevado-----○	○	○	○	○
14. Se o meu parceiro dispensar o preservativo, tentaria convencê-lo(a) a usá-lo-----○	○	○	○	○
15. Se o meu parceiro quiser praticar sexo sem proteção, recusaria ter uma relação sexual-----○	○	○	○	○
16. Medidas de controlo da natalidade é da responsabilidade da mulher-----○	○	○	○	○
17. Para mim seria um problema ter que propor o uso de preservativo numa relação sexual. ○	○	○	○	○
18. Eu prefiro que o meu parceiro(a) proponha o uso de proteção antes de ter uma relação sexual. -----○	○	○	○	○
19. Uma relação sexual só é satisfatória quando há penetração. -----○	○	○	○	○
20. Se antes da relação sexual, eu percebo que não tenho preservativos, faço por praticar sexo seguro. -----○	○	○	○	○
21. Eu acho que o sexo é mais divertido se eu beber álcool. -----○	○	○	○	○
22. Se alguém tem Sida é porque andou à "procura" -----○	○	○	○	○
23. Sinto-me incomodado(a) se alguém na minha turma tiver Sida -----○	○	○	○	○
24. Uma pessoa que contrai uma doença sexualmente transmissível é porque teve relações sexuais com muitas pessoas-----○	○	○	○	○
25. Estou disposto(a) a beijar o rosto de uma pessoa seropositiva. -----○	○	○	○	○
26. Se tivesse um amigo infetado com VIH, provavelmente me distanciaria dele(a). -----○	○	○	○	○
27. Estaria disposto a realizar testes de Sida, se tivesse comportamentos de risco. -----○	○	○	○	○
28. Recomendaria a um amigo(a) fazer o teste de VIH para detetar a doença, se este(a) tivesse tido práticas de risco. -----○	○	○	○	○

CCS

Já teve relações sexuais? (coito ou sexo oral) SIM NÃO

Se respondeu sim, em caso de praticar coito ou sexo oral: Quantos anos tinha quando o fez pela primeira vez? _____

Usou preservativo nessa primeira relação? SIM NÃO

Considera que é fácil adquirir preservativos? SIM NÃO

Acha que os amigos da sua idade utilizam preservativos nas relações sexuais deles? SIM NÃO

Com que frequência acha que os seus colegas usam preservativos nas relações sexuais deles?

Sempre Quase Sempre Às vezes Nunca

Tem relações sexuais com pessoas do mesmo sexo?

Sempre Muitas Vezes Poucas Vezes Nunca

Considera-se: Heterossexual Bissexual Homossexual

Tem tido relações sexuais (masturbação mútua, coito vaginal, coito anal ou sexo oral) nos últimos 6 meses?

SIM NÃO

***** Se respondeu NÃO à última pergunta, passe à página seguinte *****

Com quantas pessoas teve relações sexuais nos últimos 6 meses? _____

Com que frequência manteve relações sexuais nos últimos 6 meses?

1 vez por mês 2 ou 3 vezes/mês 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana Quase todos os dias

Que tipo de relações sexuais mantém?

Coito vaginal Coito anal Sexo oral Masturbação mútua

Nas suas relações sexuais com penetração usa um dos seguintes métodos de proteção?

Nenhum método de prevenção de doenças ou de natalidade.

Preservativo. Se marcou esta caixa, indica qual a percentagem de vezes que utilizou este método de proteção nas suas relações sexuais (faça um círculo na percentagem que mais se aproxima):

0% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 75% 80% 85% 90% 100%

Pílula contracetiva. Se marcou esta caixa, indique qual a percentagem de vezes que utiliza este método de proteção nas suas relações sexuais (faça um círculo na percentagem que mais se aproxima):

0% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 75% 80% 85% 90% 100%

Outros métodos (Indique quais):

Alguma vez manteve relações sexuais sob o efeito de...?

Cannabis (Charros) Álcool Cocaína Drogas Sintéticas (pastilhas) Alucinogénios (cogumelos) Nenhuma das anteriores

SHAI

A Ansiedade na Saúde

Abaixo encontrarás uma série de grupos de afirmações. Lê atentamente cada grupo, e assinala qual a afirmação de cada grupo que melhor descreve os teus sentimentos nos últimos seis meses.

Marca a tua resposta em cada grupo de afirmações colocando um círculo no número que aparece ao lado da afirmação que desejas assinalar. Não há respostas certas ou erradas, por favor responde com sinceridade.

1. Por favor seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Eu não me preocupo com a minha saúde
 2. Ocasionalmente, eu preocupo-me com a minha saúde
 3. Eu passo muito tempo preocupando-me com a minha saúde
 4. Passo a maior parte do tempo preocupando-me com a minha saúde.
-

2. Por favor seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Noto menos sintomas de alguma doença / dores que a maioria das pessoas (da minha idade)
 2. Noto muitos sintomas de alguma doença / dores, como a maioria das pessoas (da minha idade)
 3. Noto mais sintomas de alguma doença / dores que a maioria das pessoas (da minha idade)
 4. Estou ciente todo o tempo de sintomas de alguma doença / dores no meu corpo
-

3. Por favor seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Normalmente eu não estou ciente das sensações ou mudanças corporais
 2. Algumas vezes estou ciente das sensações ou mudanças corporais
 3. Tenho frequentemente consciência das sensações ou mudanças corporais
 4. Estou constantemente ciente das sensações ou mudanças corporais
-

4. Por favor seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Resistir a pensamentos de doença nunca é um problema
 2. Na maioria das vezes posso resistir a pensamentos de doença
 3. Eu tento resistir a pensamentos de doença, mas muitas vezes sou incapaz de fazê-lo
 4. Os pensamentos de doença são tão fortes que nem sequer tento resistir-lhes.
-

5. Por favor seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Normalmente, não tenho medo de ter uma doença grave
 2. Às vezes tenho medo de ter uma doença grave
 3. Muitas vezes tenho medo de ter uma doença grave
 4. Tenho sempre medo de ter uma doença grave
-

6. Por favor seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Eu não tenho imagens (mentais) de mim mesmo/a estando doente
2. Às vezes, eu tenho imagens (mentais) de mim mesmo/a estando doente
3. Muitas vezes, eu tenho imagens (mentais) de mim mesmo/a estando doente
4. Constantemente tenho imagens (mentais) de mim mesmo/a estando doente

7. Por favor seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Não tenho nenhuma dificuldade em afastar da minha mente os pensamentos sobre a minha saúde
 2. Às vezes eu tenho dificuldade em afastar da minha mente os pensamentos sobre a minha saúde
 3. Muitas vezes eu tenho dificuldade em afastar da minha mente os pensamentos sobre a minha saúde
 4. Nada pode afastar da minha mente os pensamentos sobre a minha saúde
-

8. Por favor seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Sinto-me aliviado/a permanentemente se o meu médico me diz que não tenho nada de errado
 2. A princípio sinto-me aliviado /a, mas às vezes as preocupações regressam
 3. A princípio sinto-me aliviado/a, mas as preocupações sempre voltam mais tarde
 4. Não me sinto aliviado/a se o meu médico me diz que não tenho nada de errado
-

9. Por favor seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Se eu ouvir falar de uma doença, eu nunca penso que a tenho
 2. Se eu ouvir falar de uma doença, às vezes eu acho que a tenho
 3. Se eu ouvir falar de uma doença, muitas vezes eu acho que a tenho
 4. Se eu ouvir falar de uma doença, eu sempre acho que a tenho
-

10. Por favor seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Se eu tenho uma sensação ou mudança corporal, raramente pergunto-me o que significa
 2. Se eu tenho uma sensação ou mudança corporal, com frequência pergunto-me o que significa
 3. Se eu tenho uma sensação ou mudança corporal, eu sempre pergunto-me o que significa
 4. Se eu tenho uma sensação ou mudança corporal, devo saber o que significa
-

11. Por favor seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Geralmente apercebo-me que tenho um risco muito baixo de desenvolver uma doença grave
 2. Geralmente apercebo-me que tenho um risco baixo de desenvolver uma doença grave
 3. Geralmente apercebo-me que tenho um risco moderado de desenvolver uma doença grave
 4. Geralmente apercebo-me que tenho um risco elevado de desenvolver uma doença grave
-

12. Por favor seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Nunca penso que tenho uma doença grave
 2. Às vezes penso que tenho uma doença grave
 3. Muitas vezes penso que tenho uma doença grave
 4. Normalmente penso que estou seriamente doente
-

13. Por favor seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Se eu notar uma sensação corporal inexplicável, não me é difícil pensar em outras coisas
2. Se eu notar uma sensação corporal inexplicável, às vezes é difícil pensar em outras coisas
3. Se eu notar uma sensação corporal inexplicável, muitas vezes, é difícil pensar em outras coisas
4. Se eu notar uma sensação corporal inexplicável, é sempre difícil pensar noutras coisas

14. Por favor selecione **apenas uma** das seguintes opções:

1. A minha família / amigos diriam que eu não me preocupo o suficiente com a minha saúde
 2. A minha família / amigos diriam que eu tenho uma atitude normal em relação à minha saúde
 3. A minha família / amigos diriam que eu me preocupo demasiado com a minha saúde
 4. A minha família / amigos diriam que eu sou hipocondríaco
-

15. Por favor selecione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Mesmo se eu tivesse uma doença grave, seria capaz de desfrutar muito de outras facetas da minha vida
 2. Mesmo se eu tivesse uma doença grave, seria capaz de desfrutar um pouco outras facetas da minha vida
 3. Se eu tivesse uma doença grave, seria quase completamente incapaz de desfrutar de outras facetas da minha vida
 4. Se eu tivesse uma doença grave, seria completamente incapaz de desfrutar de outras facetas da minha vida
-

16. Por favor selecione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Se eu desenvolvesse uma doença grave, haveria uma probabilidade alta da medicina moderna ser capaz de me curar
 2. Se eu desenvolvesse uma doença grave, haveria uma probabilidade moderada da medicina moderna ser capaz de me curar
 3. Se eu desenvolvesse uma doença grave, haveria uma probabilidade muito baixa da medicina moderna ser capaz de me curar
 4. Se eu desenvolvesse uma doença grave, não haveria nenhuma possibilidade da medicina moderna ser capaz de me curar
-

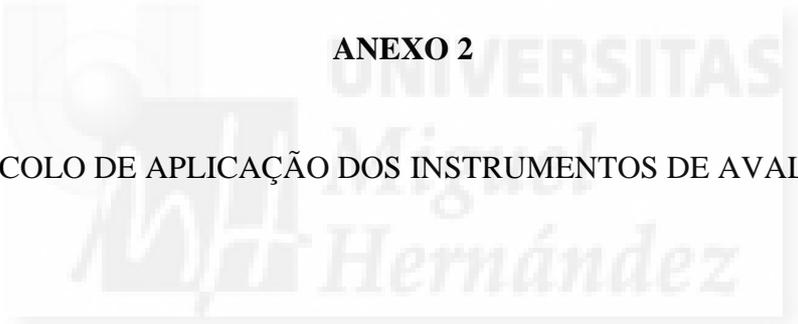
17. Por favor selecione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Uma doença grave arruinaria alguns aspetos da minha vida
 2. Uma doença grave arruinaria muitos aspetos da minha vida
 3. Uma doença grave arruinaria quase todos os aspetos da minha vida
 4. Uma doença grave arruinaria todos os aspetos da minha vida
-

18. Por favor selecione **apenas uma** das seguintes opções:

1. Se eu tivesse uma doença grave, não sentiria que teria perdido a minha dignidade
 2. Se eu tivesse uma doença grave, sentiria que teria perdido um pouco da minha dignidade
 3. Se eu tivesse uma doença grave, sentiria que teria perdido bastante a minha dignidade
 4. Se eu tivesse uma doença grave, sentiria que teria perdido totalmente a minha dignidade
-





ANEXO 2

PROTOCOLO DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO



PROTOCOLO PARA OS AVALIADORES

1. Descrição dos Instrumentos de Avaliação
2. Instruções Gerais da Aplicação



PROJETO: Adaptação de uma bateria de testes sobre o conhecimento, atitudes, condutas sexuais e ansiedade na saúde associado ao VIH/sida em adolescentes, para a população portuguesa de âmbito escolar.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: José Pedro Espada Sánchez.



DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

As avaliações deste projeto de investigação basearam-se na administração de uma bateria de provas de avaliação, compostas pelos seguintes questionários e escalas:

- **Questionário sociodemográfico** (elaborado *ad hoc*).
- **Escala de conhecimentos sobre o VIH/sida** (HIV-KS; Espada *et al.*, 2009).
- **Escala de atitudes face ao VIH/sida e práticas de risco** (HIV-AS; Espada *et al.*, 2013).
- **Questionário de Condutas Sexuais** (CCS, Bersamin *et al.*, 2008; Longmore *et al.*, 2009).
- **Escala de Ansiedade na Saúde** (SHAI; Salkovskis, *et al.*, 2002).





QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Este questionário recolhe dados sociodemográficos que se consideram relevantes para o estudo e estão organizados da seguinte forma:

- Dados de identificação sobre a escola que frequenta, o agrupamento e o concelho (freguesia ou cidade).
- Idade e sexo.
- Dados relevantes sobre a situação familiar e a religião.
- Rendimento académico: baseado no número de vezes que reprovou, o número de muito insuficientes, o número de insuficientes, o número de suficientes, o número de bons e o número de muito bons obtidos na última avaliação.

Para dar resposta a este questionário, o estudante deve responder nos espaços para o efeito e marcando com uma cruz no quadrado correspondente.

ESCALA DE CONHECIMENTOS SOBRE VIH/SIDA (HIV-KS)

Questionário composto por 48 itens, que avalia o grau de informação que os estudantes possuem relativamente ao VIH/sida, tratando diversas áreas, como:

- Conhecimentos gerais sobre o VIH.
- Vias de transmissão.
- Efeitos do VIH sobre o organismo.

O formato de resposta dicotómica apresenta as opções de “verdadeiro” e “falso”. O estudante deve escolher uma opção de resposta para cada item, marcando com uma cruz no círculo correspondente.

ESCALA DE ATITUDES FACE AO VIH/ SIDA E PRÁTICAS DE RISCO (HIV-AS)

Questionário composto por 28 itens, que avalia a atitude face ao VIH e sida, a utilização do preservativo e a adoção de condutas sexuais de risco frente ao VIH. Mais especificamente, as áreas avaliadas são:

- Atitude face à utilização do preservativo.
- Perceção de obstáculos na utilização do preservativo.
- Atitude face às pessoas com VIH/sida.
- Atitude em relação às provas de deteção do VIH.

O formato de resposta é uma escala graduada tipo Likert com quatro possíveis opções: “Totalmente em desacordo”, “Em desacordo”, “De acordo”, e “Totalmente de acordo”. O estudante deve escolher uma opção de resposta para cada item, marcando com uma cruz no círculo correspondente.

QUESTIONÁRIO DE CONDUTAS SEXUAIS (CCS)

O CCS permite avaliar as condutas sexuais próprias dos estudantes e é composto por 13 itens. Concretamente, questiona acerca de:

- Idade do início da atividade sexual e utilização do preservativo no primeiro contato sexual.
- Perceção da utilização do preservativo, tendo em conta a comparação com os seus colegas.
- Orientação / preferência sexual.
- Tipo de relações sexuais praticadas.
- Número de parceiros sexuais, práticas sexuais e a sua frequência durante os últimos seis meses.
- Frequência da utilização de métodos de proteção nas relações sexuais.
- Ter relações sexuais sob o efeito de álcool/drogas.

Este questionário combina respostas de alternativa múltipla (ex.: tipo de prática sexual) e de resposta aberta (ex: idade da primeira relação sexual). Os estudantes respondem nos espaços indicados, correspondentes a cada item. No questionário, após a primeira parte referente ao início das relações sexuais, se o estudante respondeu negativamente ao item “Tem tido relações sexuais nos últimos 6 meses?”, significa que finaliza o CCS e passa à frente.

ESCALA DE ANSIEDADE NA SAÚDE (SHAI)

O SHAI avalia a percepção da saúde/doença, a reação perante uma doença grave e percepção de sinais de doença e alterações corporais.

A escala é composta por 18 questões e cada questão tem 4 itens e o estudante escolhe um deles, assinalando a sua resposta com um círculo ou cruz.





INSTRUÇÕES GERAIS DE APLICAÇÃO

MATERIAIS

- - Bateria de questionários.
- - Lápis ou esferográficas.
- - Envelopes.

HORÁRIO

De forma geral, é necessário à volta de 70 minutos, aproximadamente (ver tabela) para a administração das provas. É importante que o avaliador se apresente na aula 10 minutos antes, por forma a organizar tudo antecipadamente e agilizar o processo de avaliação.

ORIENTAÇÕES DADAS DURANTE A ADMINISTRAÇÃO

1. Apresentação breve do avaliador e o motivo da avaliação. É indicado o nome e a instituição de procedência. Durante a explicação, é salientado que o objetivo do estudo é “conhecer melhor as opiniões e os comportamentos sobre a saúde e a sexualidade” e também que os alunos teriam de voltar a responder num segundo momento, passado um mês impreterivelmente, à mesma bateria de testes.
2. Ordem de guardar tudo o que existe nas mesas, excetuando um lápis ou esferográfica.
3. Entrega da bateria de questionários, indicando que não a abra até que o avaliador indique. Entrega da bateria, que está agrafada, e por ordem, a cada aluno. Afastar as mesas entre os alunos para que não copiem as respostas e evitar que falem durante a aplicação.
4. Leitura em voz alta e explicação das instruções expostas na primeira página do caderno, avaliação e preenchimento correto do “código” (exemplificando, se necessário).

5. Uma vez preenchidos os códigos, e verificado, pelo avaliador que estão corretos, é indicado aos estudantes que podem passar à página seguinte e começar a responder às perguntas (reforçar, várias vezes, o caráter anónimo do estudo e a importância de não deixar nenhuma questão em branco, exceto em alguns itens em que há essa possibilidade, como no caso do questionário “CCS”).
6. Durante a aplicação, o avaliador ocupa-se de manter a turma em silêncio (para assegurar que as respostas dos estudantes são dadas pelo próprio) e pode esclarecer alguma questão, se surgir, não podendo, de forma alguma, influenciar as respostas dos estudantes.
7. Controlar o ritmo do processo, para que seja ágil e não exceda o tempo cedido pelas escolas durante a aplicação. Cada aluno responderá ao seu ritmo aos questionários.
8. Após a aplicação, convém evitar que os alunos se levantem logo. É-lhes recordado que devem levantar a mão, indo o avaliador ao seu encontro. O avaliador comprova se o código está completo, entrega ao aluno um envelope para introduzir o caderno no interior e fecha-o. É importante que os estudantes permaneçam sentados até terem entregado o envelope.

DISTRIBUIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Momento 1		Momento 2	
Ordem dos Instrumentos	Duração aprox. (min)	Ordem dos Instrumentos	Duração aprox. (min)
HIV-KS	20	HIV-KS	20
HIV-AS	15	HIV-AS	15
CCS	5		
SHAI	20	SHAI	20
*TOTAL	60'		55'

*Tempo máximo aproximado.