



Departamento de Ciência e Tecnologia – DCT da Universidade de Cabo Verde
Mestrado em Saúde Pública

Cooperação Internacional UNESP – Universidade Estadual Paulista - Brasil
Campus de Botucatu - Faculdade de Medicina

Conhecimento de estudantes Universitários sobre a transmissão das IST/VIH-SIDA e o uso do preservativo

Valentina Oliveira Fernandes Lopes da Silva

Orientadora: Prof.^a Dra. Elen Lodeiro Castanheira

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento

Cabo Verde
2014

Departamento Ciência e Tecnologia – DCT da Universidade de Cabo Verde
Mestrado em Saúde Pública

Cooperação Internacional UNESP – Universidade Estadual Paulista - Brasil
Campus de Botucatu - Faculdade de Medicina

Conhecimento de estudantes Universitários sobre a transmissão das IST/VIH-SIDA e o uso do preservativo

Valentina Oliveira Fernandes Lopes da Silva

Orientadora: Prof.^a Dra. Elen Lodeiro Castanheira

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento

Dissertação apresentada à Universidade Pública de Cabo Verde em parceria com a Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elen Lodeiro Castanheira

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento

Sumário

Introdução: A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana é um flagelo das sociedades modernas, que acarreta enormes custos sociais, económicos e pessoais. Têm sido utilizados fundos públicos e comunitários em acções de prevenção e educação populacional.

Objectivos: proceder a uma descrição do conhecimento e comportamento sexual dos universitários e a frequência do uso do preservativo **Método:** Estudo transversal com uso de questionário estruturado autoaplicável, onde participaram 893 estudantes universitários provenientes da Universidade privada Jean Piaget da Ilha de Santiago, Cabo Verde.

Resultados: O perfil predominante dos adolescentes investigados foi ser do sexo feminino, solteiro, católico maioritariamente sem renda individual mensal, e coabitando com os familiares. Quanto aos comportamentos sexuais, verificou-se que a idade média da primeira relação foi de 16,5 anos e destes mais de 50% dos universitários referiram não ter usado preservativo na sua primeira relação. Dos sexualmente activos, mais de metade 56,3% não usou preservativo no seu último contacto sexual. Apenas 4,6% afirmam já ter tido alguma IST, apesar da elevada frequência de múltiplos parceiros (41,4% referem 3 ou mais parceiros na vida e 67,1%, 1 a 2 no último ano). No que concerne ao nível de conhecimento verificou-se que os sujeitos da pesquisa apresentaram um grau de conhecimento sobre IST/VIH/SIDA, inferior ao que se esperaria do seu grau de escolaridade pois a média de acerto foi de 64% e mediana de 61,9%. Assim, percebe-se que a implementação da saúde sexual e reprodutiva na adolescência e nas universidades deve ser considerada uma acção prioritária para eliminar os riscos a que os jovens estão propensos.

Palavras-chaves: Conhecimento, Atitude, Comportamento, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Jovens Adultos, Uso do Preservativo.

Abstract

Introduction: Infection with the human immunodeficiency virus is a scourge of modern societies, which entails enormous social, economic and personal costs. Public and Community funds have been used in fire prevention and population education. **Objectives:** To undertake a description of sexual behavior and knowledge of university and frequency of condom use

Method : Cross-sectional study using self-administered structured questionnaire in which 893 college students from private Jean Piaget University of Santiago Island, Cape Verde participated .

Results: The predominant profile of adolescents was investigated be female, single, Catholic mainly without individual monthly income, and living with a family. With regard to sexual behavior, it was found that the average age of first intercourse was 16.5 years and of these more than 50 % of students reported not having used a condom in their first sexual relationship. Of sexually active, more than half 56.3 % did not use condom in their last sexual contact. Only 4.6% report ever having had any STIs, despite the high frequency of multiple partners (41.4 % reported 3 or more lifetime partners and 67.1 %, 1-2 last year). Regarding the level of knowledge it was found that the subjects showed a degree of knowledge about STI / HIV / AIDS, lower than would be expected from their schooling as the average accuracy was 64% and median 61 9%. Thus, it can be seen that the implementation of sexual and reproductive health in adolescence and universities should be considered a priority action to eliminate the risks that young people are prone.

Keywords: Knowledge, Attitude, Behavior, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Young Adults, Condom Use.

Lista Siglas

ACS – Análise Clínicas e Saúde Pública

APA – Administração Pública e Autárquicas

APF – Associação Planeamento da Família

ARQ - Arquitectura

BBV – Vírus Hepatite B

BIO - Biologia

BVS – Biblioteca Virtual da Saúde

CCO – Ciências da Comunicação

CDC – Centers Diseases Control (Centro Norte-Americano de Prevenção e Controle das Doenças)

CED – Ciências da Educação e Práxis Educativas

CFA – Ciências Farmacêuticas

CNEPS – Comité Nacional de Ética em Pesquisa para Saúde

DIR – Direito

DP – Desvio Padrão

ECC – Engenharia de Construção Civil

EGE – Economia e Gestão

ENF – Enfermagem

ESI – Engenharia de Sistemas Informática

FIS – Fisioterapia

FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População

HPV – Vírus do Papiloma Humano

HSV – Vírus Herpes Humano

IDRS II – Segundo Inquérito Demográfico da Saúde Reprodutiva

IGE – Informática de Gestão

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LILACS – Literatura Latini-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

PSI – Psicologia

PubMed – Nacional Library of Medicine

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SOC – Sociologia

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SSO – Serviço Social

TRD – Tradução e Interculturalidades

TUR – Gestão Hotelaria e Turismo

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA

UniPiaget – Universidade Jean Piaget de Cabo Verde

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

Agradecimentos

À Professora Doutora Elen Castanheira, minha orientadora, pela sua paciência, sabedoria e apoio em todos os momentos da construção desse trabalho.

À Professora Doutora Cristiane Murta Nascimento pela ajuda na contracção do banco de dados e tratamento dos dados pela SPSS.

À Universidade Jean Piaget de Cabo Verde pela autorização e incentivo à formação, e apoio académico.

A todos os estudantes que participaram da pesquisa pela disponibilidade e colaboração.

A todos os colegas professores da Uni Piaget pelo apoio e disponibilidade na aplicação dos questionários.

À todas as pessoas que directa e indirectamente apoiaram-me nesta pesquisa.

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha querida filha Aryana Lopes da Silva pela paciência, amor e carinho demonstrado e aos meus pais Ovídio e Marcelina Fernandes.

Conteúdo

Introdução.....	13
1.1 Justificativa.....	19
1.2 Problema (Pergunta).....	20
1.3 Objectivos.....	20
1.4 Estrutura do trabalho	21
Capítulo 2: A juventude e a Vulnerabilidade às IST/VIH/SIDA	22
1 Adolescente e o Jovem adulto.....	22
1.1 Jovem universitário.....	24
2 Os Adolescentes e os jovens e a Sexualidade	25
3 Vulnerabilidade da juventude às IST/SIDA.....	26
4 Prevenção da infecção pelas IST/ VIH/SIDA no Jovem Adulto	29
4.1 Métodos Anticoncepcionais	31
4.1.1 Preservativo	32
Capítulo 3: Aspectos metodológicos.....	35
1 Tipo de Pesquisa	35
2 Local da Pesquisa.....	36
3 Sujeito da Pesquisa.....	36
4 Critérios de inclusão e exclusão.....	37
5 Instrumento	37
6 Procedimentos.....	38
7 Aspectos éticos.....	38
8 Análise estatística.....	38
Capítulo 4: Apresentação dos resultados.....	40
1 Características sociodemográficas	41
2 Perfil de actividades sexuais	43

3	Atitudes e Comportamento	44
4	Conhecimento	46
5	Nível de conhecimento.....	49
6	Análise uni variada.....	49
Capítulo 5:	Discussão	54
1	Perfil sociodemográfico	54
2	Actividade sexual	55
3	Comportamento.....	58
4	Conhecimento	61
Conclusão		66
Bibliografia.....		70
Anexo.....		86
Questionário.....		87
Alunos matriculados na UniPiaget		91
Termo de consentimento		92

Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos alunos que responderam ao questionário segundo cursos de graduação, Uni Piaget, Praia, 2013.....	40
Tabela 2 - Características sociodemográficas, universitários da UniPiaget, Praia, Cabo Verde 2013.	42
Tabela 3 - Distribuição das variáveis relativas ao perfil de actividades sexuais, universitários UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.....	43
Tabela 4 - Distribuição das frequências relativas a atitudes e comportamentos sexuais, conforme escala Likert, entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.	45
Tabela 5 - Proporção de respostas atribuídas como Verdadeiro (V) ou Falso (F) entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.	46
Tabela 6 - Proporção de conceitos erróneos e de desconhecimento sobre VIH/SIDA entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.	47
Tabela 7 - Distribuição do conhecimento por grupos de acerto	49
Tabela 8 - Análise uni variada entre itens do Dados Sociodemográficos e o Uso do preservativo sempre entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013	50
Tabela 9 - Análise uni variada entre itens da Actividade Sexual e o Uso do preservativo sempre entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.....	50
Tabela 10 - Análise uni variada entre itens do Dados Sociodemográficos e o Uso do preservativo na última relação sexual entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.	52
Tabela 11 - Análise uni variada entre itens da Actividade Sexual e o Uso do preservativo na última relação sexual entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.	52

Introdução

A prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em que pese todo conhecimento existente sobre o comportamento epidemiológico dessas doenças e suas principais formas de transmissão, mantém-se como um desafio actual para a Saúde Pública, dada as dificuldades em implementar medidas que impliquem alteração do comportamento sexual, um dos principais focos de acções preventivas.

Para introduzirmos essa questão mais ampla, iremos fazer uma primeira aproximação das características das doenças alcunhadas como IST. Alguns desses agravos são milenarmente conhecidos e em sua maioria possuem diagnósticos e tratamentos bem estabelecidos desde meados do século XX, excepção feita à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), cuja emergência se deu de forma epidémica nos anos 80.

As IST são afecções transmitidas de um indivíduo ao outro, principalmente pelo contacto sexual (Bedin, Michelotti, Silva, Oliveira Neto & Zancanaro, 2009) mas que podem ser transmitidas também, de mãe para filho, antes ou durante o parto, ou por transfusão de sangue contaminado (Naves, Merchan-Hamann & Silver, 2005), e que possuem diversas etiologias, podendo ser causadas por bactérias, vírus ou fungos.

As IST podem ser classificadas de diferentes formas. Em relação à disponibilidade de recursos terapêuticos podem ser divididas em dois grupos, o de IST “curáveis” como sífilis,

cancro mole, donovanose, candidíase, gonorreia, infecção por clamídia e tricomoníase, e o de IST “não-curáveis” como herpes genital, infecção por vírus do papiloma humana (HPV, do inglês *human papiloma virus*), vírus da hepatite B (HBV) e infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) (Bastos, Bonfim, Fernandes, Figueiredo & Kalckmann, 2009).

Existem actualmente cerca de 30 diferentes tipos de IST, consoante o microrganismo, nomeadamente: bacterianas, em que a infecção pode ocorrer por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e *Treponema pallidum*; virais onde a infecção pode dever-se ao vírus da hepatite B (HBV), VIH, vírus herpes humano (HSV-1 e -2) ou vírus do papiloma humano (HPV); e ainda transmitidas por fungos como a infecção por *Trichomonas vaginalis* (World Health Organization [WHO], 2013).

A SIDA foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de San Francisco, que apresentaram sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (antes referido como *Pneumocystis carinii*) e comprometimento do sistema imune, os quais, sabemos, hoje são características típicas da SIDA, tendo-se estendido posteriormente não apenas às minorias étnicas, toxicodependentes e heterossexuais, como chegou a ser inicialmente apontado, mas à toda população que entre em contacto com vírus, especialmente por meio de práticas sexuais e mecanismos de transfusão sanguínea (Galvão, 2000).

A SIDA tende a se manifestar após longo período de infecção assintomática. O VIH se caracteriza por pertencer à classe dos retrovírus, e por apresentar significativas taxas de morbimortalidade. Dada a elevada susceptibilidade à infecção, a SIDA foi difundida pelo mundo como uma pandemia, cuja distribuição etária tende a concentrar-se em adultos jovens. Esses fatos, a cronicidade, frequência de complicações, elevada disseminação e ausência de tratamento que possibilite a cura, justificam a necessidade da implementação de acções direccionadas a prevenção e ao controle dessa doença (Santos, 2007).

A infecção pelo VIH representa um fenómeno global e dinâmico cuja ocorrência depende de uma rede complexa de determinantes políticos, económicos, sociais e culturais. O percentual de infecções na adolescência torna-se mais significativo se considerarmos que a SIDA se

manifesta entre sete a dez anos após a infecção pelo VIH. Logo, supõe-se que parte significativa das notificações da faixa etária de 25 a 29 anos corresponda a indivíduos que se infectaram na adolescência ou no início da juventude.

Dentre os factores associados com estas doenças, é possível destacar a baixa idade das primeiras relações sexuais, variabilidade de parceiros, o não uso do preservativo e uso abusivo de álcool e outras drogas, desigualdade de género e a pobreza que, junto com a imaturidade biopsicossocial, à baixa escolaridade e ao não reconhecimento dos direitos dos adolescentes e jovens, são factores que têm contribuído de forma significativa para o aumento das IST/SIDA (Quinlivan *et al.*, 2012).

Contrariamente às outras IST, cujo tratamento era há muito conhecido, a SIDA provoca a morte, o que dá grande transcendência à doença. A epidemia da SIDA e as taxas de incidência das outras IST têm oscilado nos últimos 30 anos. As campanhas de promoção do uso do preservativo como símbolo do sexo seguro, conduziram ao aumento dos comportamentos sexuais protectores, principalmente entre os homossexuais homens, e consequentemente a uma diminuição da infecção por VIH e subsequentemente da SIDA nos EUA nos anos 80 e 90 (CDC, 2001). Essa mudança de comportamento pode também ter contribuído para uma menor prevalência das restantes IST, considerando o mesmo meio de transmissão (maioritariamente através de contacto sexual) e os grupos mais vulneráveis, alvos prioritários de intervenção (WHO, 2002). Em simultâneo a indústria farmacêutica tem desenvolvido fármacos cada vez mais eficazes no combate à infecção por VIH, retardando a progressão para SIDA, e permitindo assim que esta se torne uma doença crónica.

Ora, a mudança da percepção da infecção por VIH/SIDA de doença aguda para crónica, associa-se a uma percepção de risco mais baixa (Figueiras, Marcelino & Ferreira, 2009), o que tende a levar a um menor cuidado individual, diminuindo a utilização do preservativo. Ainda para os autores supracitados a cronificação da doença e o aumento da sobrevida, tem levado ao progressivo investimento no tratamento dos que vivem com SIDA em países com uma política de tratamento universal e gratuito como o Brasil e Cabo Verde, diminuindo relativamente a importância estratégica e financeira das acções de prevenção voltadas à difusão de práticas sexuais mais seguras.

A população de jovens tem sido identificada na literatura internacional como importante grupo populacional que apresenta um risco aumentado para as IST (Hearst & Chen, 2004) e por esse motivo são considerados como prioridade das campanhas de prevenção pela Organização das Nações Unidas - ONU (Paiva *et al.*, 2008).

O interesse no tema está relacionado à associação entre comportamento na primeira relação sexual e o estabelecimento de padrões comportamentais que podem permanecer por toda vida e à identificação de que o início da vida sexual por pessoas muito jovens seria um factor de risco para gravidez na adolescência e aquisição de ITS, incluindo o VIH/SIDA (Kaestle, Halpern, Miller, & Ford, 2005).

O comportamento contraceptivo na juventude apresenta uma dinâmica própria, em que o perfil de uso de métodos anticoncepcionais modifica-se conforme o tipo de relacionamento afectivo amoroso estabelecido entre os parceiros, ou seja, se é eventual, recente ou estável (Pirota & Schor, 2004).

Pela Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2001, os Estados membros comprometeram-se a assegurar que 95% dos jovens dos 15 aos 24 anos de idade tenham, em 2010, um conhecimento correcto do VIH (indicadores de conhecimento).

Contudo, em 2007 apenas 40% dos jovens e 36% das jovens eram capazes de reconhecer as principais ideias erradas sobre a transmissão do VIH e apontar correctamente as formas de prevenir a transmissão do vírus (WHO, 2008).

Segundo estimativas da WHO e UNAIDS, 35,3 milhões de pessoas viviam com o VIH no final de 2012. Nesse mesmo ano, cerca de 2,3 milhões de pessoas foram infectadas e 1,6 milhões de pessoas morreram de causas relacionadas com a SIDA. A África Subsaariana é a região mais afectada, com cerca de 1 em cada 20 adultos vivendo com VIH; 69% de todas as pessoas que vivem com VIH vivem nesta região (WHO, 2013).

Em Cabo Verde, à semelhança do que acontece na Europa e no mundo, podemos considerar que os indivíduos infectados com IST são cada vez mais heterogêneos, sendo os adolescentes e adultos jovens um dos grupos mais afectados.

Segundo dados do Ministério da Saúde de Cabo Verde, em 2011, foram registados 399 casos novos de indivíduos afectados no país com 60 óbitos. Observa-se uma discreta diminuição do número de casos notificados em relação a 2010 (detectados 411 novos casos) e no mesmo período foram efectuados mais de 20 mil testes. (Ministério da Saúde, 2012).

A faixa etária mais acometida é dos 31-40 anos com 110 casos, Praia foi o conselho onde mais se diagnosticou casos novos com 172 notificações seguidas, por Santa Catarina e São Vicente com 71 e 56 novos casos respectivamente (Ministério da Saúde, 2012) e o número de casos de VIH/SIDA acumulados até 2010 é de 3.299, com 727 óbitos (Ministério da Saúde, 2011).

Cabo Verde continua a ser o país lusófono que tem menor prevalência de casos de SIDA. Segundo os dados do recente relatório do Programa das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (UNAIDS) o nosso país contava com 0,5% de prevalência em 2001 (1.300 casos) e 0,2% em 2012 (menos de 1.000 casos) (UNAIDS, 2012). Contudo existem dois subgrupos considerados de maior risco que são os profissionais trabalhadores do sexo (prevalência: 5,3% e os usuários de droga endovenosas (prevalência: 3,6%). O principal modo de transmissão é a via sexual que representa mais de 80% dos casos notificados.

Constata-se ainda uma mudança do perfil dos novos casos de infecção pelo VIH. Dos casos notificados em Cabo Verde em 2012, 18,8% (n=75) ocorreram em jovens entre os 21-30 anos, e a maioria (n=57) era do sexo feminino, sendo a via sexual o principal meio de transmissão (Ministério da Saúde, 2012).

Segundo Santos e Oliveira (2007) a vulnerabilidade dos jovens à epidemia envolve diferentes aspectos como a iniciação sexual precoce, necessidade de aceitação e inserção em grupos sociais, aumento no consumo de álcool e outras drogas e questões de género. Os mesmos autores salientam ainda que o ingresso no ensino superior corrobora com o aumento da vulnerabilidade dos jovens, pois muitos deles consideram-se suficientemente informados, a

ponto de não perceberem seu risco de adquirir o VIH. Por outro lado os jovens parecem ter menor preocupação com a aquisição de IST do que com a prevenção da gravidez, mesmo quando bem informados, o que evidencia o carácter complexo da vulnerabilidade à infecção pelo VIH a ser considerado durante as práticas de prevenção (Santos & Oliveira, 2009; Dessunti & Reis, 2007).

A investigação das vulnerabilidades dos jovens à infecção, considerando-se a relação entre os aspectos individuais, sociais e programáticos envolvidos, reconhece a determinação social da doença e busca identificar suas causas mais complexas. Assim, transcende a análise da infecção pelo VIH sob a perspectiva de “grupos de risco”, que fortalecia a óptica individualista e culpabilizante da infecção, contemplando aspectos como falta de conhecimentos, coacção sexual, transmissão vertical, falta de garantia de direitos sexuais e reprodutivos, carência de acções de prevenção, entre outros aspectos (Sánchez & Bertolozzi, 2007; Vidal, Braga, Silva & Pinheiro, 2009).

Ayres *et al.* (2003) definem vulnerabilidade como os diferentes graus e naturezas de susceptibilidade de indivíduos e colectividades à infecção, adoecimento e morte pelo VIH, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos, individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.

Considerando a maior vulnerabilidade individual dos jovens e as características da difusão da SIDA, com maior difusão entre adultos jovens, torna-se interessante conhecerem aspectos da vulnerabilidade de jovens universitários à infecção pelo VIH.

Outro motivo a ser levado em consideração é que os jovens têm iniciado cada vez mais cedo as suas actividades sexuais (Aquino *et al.*, 2003).

O esforço de formação dos jovens e adolescentes merece uma atenção especial. Segundo Cardoso (2005), “num mundo caracterizado por tanta e tão diversificada informação [...], não observamos grandes modificações dos comportamentos. Os jovens e menos jovens continuam a expor-se a riscos altamente publicitados [...] Como explicar estas discrepâncias, estes paradoxos? Um crescente excesso de informação e uma profunda falta de conhecimento. É

um erro considerar informação como sinónimo de conhecimento. O problema está na transformação da informação em conhecimento” (Cardoso, 2005, p. 135).

Esta transformação ocorre através da formação, de uma formação intelectual, afectiva, emocional e cívica, que tenha em consideração as características desta faixa etária. “É preciso ensinar a separar a boa informação da má e encontrar pedagogos que saibam ajudá-los a incorporar nos seus hábitos e estilos de vida de forma a transformá-la em conhecimento. Deste modo, talvez seja possível inverter, ou, pelo menos, minimizar a tão flagrante ignorância em matérias de risco comportamental e estilos de vida” (Cardoso, 2005, p. 135).

1.1 Justificativa

A Universidade é um *setting* de actuação privilegiado nos jovens, por acolhê-los durante grande parte do seu tempo, funcionando como espaço de partilha e de aprendizagem. Permite deste modo a obtenção de uma amostra de estudo mais homogénea e diferente da população geral com a mesma faixa etária. O presente estudo de investigação apresenta então como grupo alvo a população de jovens universitários.

Uma vez que em Cabo Verde ainda não são muitos os estudos que pesquisem o relacionamento sexual dos jovens, uso de métodos anticoncepcionais e em particular a associação com a protecção contra infecções sexualmente transmissíveis (uso do preservativo) e que se debruçaram sobre esta população (jovens universitários), resolvemos, por meio da presente investigação, contribuir para que seja possível aceder, de forma aproximada, àquilo que os jovens universitários da Praia sabem e que atitudes e comportamentos exibem relativamente práticas sexuais mais seguras, numa perspectiva de identificar condicionantes que fazem aumentar o risco de aquisição do IST/VIH/SIDA e assim obter elementos para a promoção da saúde sexual entre os jovens.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde de Cabo Verde (2012) os jovens são a faixa etária mais afectada infectada pelo VIH/SIDA, que permanece hoje como um problema de saúde pública e implica, por isso, a necessidade de mudança nas estratégias preventivas dirigidas a esta população que deve resultar da não utilização de práticas sexuais mais seguras, especialmente do não uso de preservativos. Para melhorar a efectividade das

estratégias de prevenção entre os jovens importa compreender quais os factores (não racionais e racionais) que estão na origem deste comportamento de risco e o modo como interagem. Assim, o presente trabalho pretende ver a relação entre alguns determinantes para o uso do preservativo e avaliar o comportamento que leva a exposição de risco, correlacionando-o com o nível de conhecimentos face ao VIH/SIDA desta população.

As conclusões poderão, depois, servir para alicerçar o desenho de programas de prevenção mais específicos, mais dirigidos, e, por isso, com um potencial de eficácia maior. Dessa forma, esperamos juntar-nos a todos aqueles que procuram sustentar a propagação deste verdadeiro flagelo.

1.2 Problema (Pergunta)

Compreender o que leva os Universitários da Praia, Cabo Verde a usar ou não o preservativo nas relações sexuais, ou seja, quais os determinantes do uso de preservativos nesse grupo?

1.3 Objectivos

- *Objectivo geral:*
 - Caracterizar o conhecimento e o comportamento sexual dos universitários e a frequência de uso do preservativo em uma universidade de Cabo Verde.
- *Objectivos específicos:*
 - Caracterizar a actividade sexual dos universitários,
 - Descrever o conhecimento dos Universitários relativo ao VIH/SIDA,
 - Caracterizar os comportamentos sexuais e factores (atitudes, embaraço e conhecimentos) que facilitam e/ou dificultam o uso do preservativo,
 - Identificar comportamentos que podem colocar os universitários em risco de infecção.

1.4 Estrutura do trabalho

O nosso estudo encontra-se dividido em VI capítulos incluindo a introdução e conclusão.

Na introdução tentamos fazer uma contextualização e apresentação da situação do IST/VIH/SIDA no mundo em geral e em Cabo Verde em particular e também descrevemos nossos objectivos gerais e específicos.

A seguir procedemos à fundamentação teórica (Cap II), baseada no estado da arte, onde se tentou explorar as especificidades da sexualidade nos adolescentes e jovens adultos, e as IST assim como factores importantes na utilização do preservativo durante a interacção sexual.

O capítulo Cap III é relativo ao método, onde se caracteriza a amostra, tal como os procedimentos realizados no decorrer do estudo.

Tratando-se de um projecto de investigação, serão apresentados os resultados esperados, análises estatísticas a utilizar (Cap IV) e discussão (Cap V) dos nossos resultados com a literatura e outros estudos.

O texto termina com uma breve conclusão acerca dos pontos essenciais do projecto tal como possíveis limitações e impotância do estudo e indicações para investigações futuras.

Capítulo 2: A juventude e a Vulnerabilidade às IST/VIH/SIDA

1 Adolescente e o Jovem adulto

A delimitação da adolescência como uma fase diferenciada entre a infância e a vida adulta é resultado de uma construção social e histórica das sociedades ocidentais, podendo assim assumir diferentes significados. O processo de globalização tende a aproximar contemporaneamente o sentido atribuído às diferentes etapas da vida humana, mas essa aparente homogeneização deve ser vista com cuidado ao nos voltarmos para diferentes sociedades concretas. Podemos percorrer sumariamente diferentes delimitações da adolescência.

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa da “Porto Editora” a adolescência é “período final do desenvolvimento humano entre o início da puberdade e o estado adulto” (Costa e Melo, 1999). Apesar de a definição ser directa e simples, ela esconde, no entanto, um período rico em complexidade, prenhe de profundas mudanças bio fisiológicas, psicológicas, intelectuais e sociais que irão colocar o indivíduo perante uma nova forma de se encarar a si próprio e a tudo o que o rodeia (Alfaro *et al.*, 2000).

Estudos de base fisiológica e psico comportamentais apontam que o início da puberdade situa-se, em média, à volta dos 10,5 anos nas raparigas e 11,5 anos nos rapazes, e se prolonga por 3 a 4 anos (Masters *et al.*, 2000), e nesta fase o adolescente vê-se confrontado com bruscas mudanças físicas, consubstanciadas no início da maturação do sistema reprodutor e no aparecimento dos caracteres sexuais secundários que metamorfoseiam rapidamente o corpo, emprestando-lhe novas formas, tamanhos e funções que conduzem, necessariamente, a uma profunda revisão da imagem corporal – a representação mental que temos do nosso corpo – que construímos durante a infância (Masters *et al.*, 2000).

É suposto durante esta fase, e de acordo com os seus valores, o adolescente relacionar-se com os outros, aprender a expressar afecto, amor e intimidade, equilibrando as suas necessidades com as do parceiro. Ora esta aproximação ao outro, conjuntamente com a maturação sexual, necessidade de experimentação, impulsividade e factores socioculturais, predispõem ao início das relações amorosas (Costa, 2008; Pereira *et al.*, 2010), culminando em muitos casos no começo da actividade sexual (Anastácio, 2010; Pinguart, 2010).

Segundo estudos desenvolvidos nos Estados Unidos, experimentar alguns comportamentos sexuais é habitual nesta fase, mas a actividade sexual é, em geral, limitada. Os rapazes que se tornam sexualmente activos durante a adolescência iniciam, tipicamente, as relações sexuais coitais durante este período (13 e 14 anos), mas, na maior parte das vezes, adiam a actividade sexual regular até se aproximarem da maturidade biológica (16 a 17 anos) (Masters *et al.*, 2000).

Ainda segundo os estudos de Masters *et al.* (2000) a adolescência pode ser dividida em três fases: *Fase I: Início da Adolescência* cujo início se situa, em média, à volta dos 10,5 anos nas raparigas e 11,5 nos rapazes. *A Fase II: A adolescência intermédia*, habitualmente situada entre os 15 e os 17 anos, e a *Fase III: Final da adolescência*, a partir, em geral, dos 18 anos, a maturidade física está totalmente adquirida e é a fase de transição para jovem adulto.

Não é fácil estabelecer uma idade para definir o período de jovem adulto, para Seeley *et al.* (2005), a idade adulta é dividida em três períodos, sendo um deles, o período da juventude que vai dos vinte aos quarenta anos.

Segundo a WHO (2011) o termo “juventude” implica que indivíduo tenha uma idade entre os 15 e os 29 anos. No período entre 15 e os 20 anos predominam os aspectos do desenvolvimento psicossocial. O jovem adulto se encontra entre 20-29 anos, mas pode se prolongar até a faixa etária entre os 30-35anos (WHO, 2011).

De acordo com Potter e Perry (2005) “O período jovem se encontra entre os últimos anos da adolescência e meados ao final dos trinta anos de idade”.

Segundo os autores acima mencionados, a idade adulto jovem é definida como um período compreendido entre o final da adolescência e os trinta a trinta cinco anos. A variabilidade da definição desse período reflecte como os diferentes modos de viver em sociedade, seu modo de produção de bens e valores redefine o significado social do ser jovem e o período cronológico que o representa.

1.1 Jovem universitário

Quando o jovem chega ao ensino superior, tende a experimentar uma certa insegurança relativa ao novo papel e momento de vida que acaba de assumir. Possui expectativas positivas em relação à sua nova vida e são quase sempre partilhadas com a família e amigos, com um certo orgulho. Porém, às vezes, estas expectativas pode dar lugar a vivências de sofrimento, sobretudo nos jovens universitários deslocados da sua área de residência, ou seja, a euforia motivada pelo ingresso pode dar lugar a tristeza e à saudade da família, dos amigos, da casa e do local onde se vivia. Além disso, a transição do ensino secundário para o ensino superior é marcada por diversas exigências a nível pessoal, social e académico que podem trazer tensões para o jovem universitário (Pinheiro, 2003)

Nessa fase ocorrem mudanças no sentido de uma maior mobilidade e emancipação, uma maior autonomia face à família, na gestão dos recursos económicos mas também, na resposta às solicitações internas (dos desejos, aspirações e do desenvolvimento em geral dos jovens adultos) e externas (da sociedade e do mercado de trabalho) (Pinheiro,2003).

Sendo o Ensino Superior uma instituição de carácter social, considera-se que o mesmo deveria apoiar-se na cooperação e no trabalho de equipa entre prestadores de cuidados de saúde indivíduos, famílias e grupos da comunidade. Desta forma, as Instituições de Ensino Superior podem desempenhar um papel fundamental e primordial na adaptação do jovem universitário a seu novo papel como na promoção e prevenção da saúde sexual e reprodutiva (Pinheiro, 2003).

2 Os Adolescentes e os jovens e a Sexualidade

Os jovens são um grupo em que se observa um crescente risco biológico, psicológico e social em relação ao VIH/SIDA. Assim, como função de uma expressão normativa do desenvolvimento da maturação e do comportamento social, os jovens sentir-se-ão motivados a envolverem-se em actividades sexuais e noutros comportamentos, como experimentar drogas, o que os fazem portadores de uma maior vulnerabilidade às IST e Sida, e que pode levá-los a exposições de maior risco de contacto com o VIH (Lopes, 2004; Pombo, 2003).

A sexualidade tem sido definida como um domínio da actividade humana dependente da aprendizagem e que deve ser compreendida como produto de diferentes cenários, e não apenas como derivada do funcionamento bio psíquico dos sujeitos (Heilborn, 2006). O aprendizado constitui-se na familiarização de representações, valores, papéis de género, rituais de interacção e de práticas, presentes na noção de cultura sexual (Heilborn, 2006).

Segundo Paiva (2006) a sexualidade é “algo atravessado por diferenças de poderes e hierarquias, valores e culturas, contextos políticos e económicos, diferenças entre grupos da mesma geração e de diferentes gerações, raças e etnias, preferências e culturas homo ou hetero-eróticas.

Stuar e Laraia (2001), definem a sexualidade como o desejo de contacto, calor, carinho ou amor. Segundo esses autores essa definição inclui olhar, beijar, auto prazer e produção de orgasmo mútuo.

Os jovens hoje estão expostos a uma enorme fonte de informação e modelação sobre sexo – pais, amigos, meios de comunicação social, Internet, etc. –, mediatiza o impacto da educação sexual formal recebida na escola, tornando difícil perceber quais os efeitos que resultaram de uns e de outros. A forma de encarar as relações sexuais mudou consideravelmente nas últimas décadas, sendo cada vez maior a tendência para se aceitar as relações sexuais antes do casamento e as relações homo efectivas. Esta tendência tem variado com as épocas e os países, evidenciando-se assim o carácter essencialmente histórico, social e cultural das atitudes e comportamentos face à sexualidade (Reiss, 2001; Crawford & Popp, 2003).

Este fato pode ser observado no estudo de Belo e Silva (2004), que apontaram que a média de idade da primeira relação sexual entre jovens no Brasil foi de 15 e 16 anos e segundo Tavares *et al.*, (2011) em Cabo Verde a situação é parecida pois os rapazes iniciam a vida sexual em média ao 14 e as meninas com 15 anos. Apesar dessa precocidade no tocante ao início das relações sexuais, em Cabo Verde o acesso à informação parece ser através de campanhas publicitárias nos média, livros, amigos e colegas de escola e familiares, porém poucos são os que conseguem processar e tirar a informação adequada antes de seu primeiro contacto sexual sobre planeamento familiar ou métodos contraceptivos. (Tavares *et al.*, 2011)

3 Vulnerabilidade da juventude às IST/SIDA

O referencial teórico-prático da vulnerabilidade ao VIH – em seus componentes, individual, social e programático (Ayres *et al.*, 2003) – legitima-se, progressivamente, no campo da saúde pública, tanto no âmbito da pesquisa como da intervenção, destacando-se como relevante ao enfrentamento da epidemia da SIDA a partir de concepções que procuram superar o estigma e o preconceito.

Segundo Ayres *et al.* (2003) a vulnerabilidade pode ser resumida, justamente, como esse movimento de considerar a probabilidades de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas colectivos, contextuais, que acarretam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Porém diferenças sociais acabam por configurar diferentes formas de vulnerabilidades à infecção pelo VIH e, por conseguinte, à SIDA. Avaliar a vulnerabilidade significa: “ (...) avaliar objectivamente as diferentes oportunidades que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu quotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor oportunidade de protecção diante do problema” (Ayres, 1999).

Ayres (1999) afirma que este termo surgiu como uma tentativa de compreender as possibilidades que uma pessoa ou grupo tem de se infectarem pelo vírus da AIDS. Ela se divide em dois aspectos: individual e colectiva.

Com base na periodização de Mann e Tarantola (1996) sobre as fases da epidemia da SIDA, Ayres *et al.* (1999) reconstituem a trajectória da noção de risco para a vulnerabilidade, bem como seu significado teórico e prático para a saúde pública. Simultaneamente à importância do estudo dos *factores de risco* pela epidemiologia na década de 80, essa terminologia sofreu drásticas distorções na grande mídia, de modo que emergiram ideias como *grupo de risco* e *comportamento de risco* associados a leituras preconceituosas dos grupos populacionais inicialmente mais atingidos. As primeiras respostas programáticas à epidemia foram marcadas pela ênfase na culpabilização individual, ou seja, a responsabilidade por contrair o vírus era de cada um, daqueles que tinham práticas “arriscadas” e que, por sua vez, deveriam ser “orientados” para que, também individualmente, reduzissem seus comportamentos de risco.

Na década de 90, o posicionamento diante da epidemia ainda era expresso segundo a visão que definia "os" homossexuais, trabalhadores do sexo e usuários de drogas como os grupos de risco. Esta construção simbólica sobre a SIDA estigmatizava as pessoas que viviam com VIH/SIDA. Pode-se observar, por exemplo em países como o Brasil, que o estigma afastava milhares de brasileiros da sensibilização para a prevenção, em especial as brasileiras, pois, embora vulneráveis à infecção pelo VIH, não podiam se perceber como "promiscuos" e "mal comportados", merecedores de tanto isolamento injustificado e discriminação (Paiva, Peres & Blesa, 2002).

Com efeito, teve início o debate em reacção ao enfoque individualista, cujo cerne era a ideia de risco individual, no qual o conceito de vulnerabilidade teve fundamental participação. Análises da epidemia começavam a mostrar que o VIH se distribuía entre os povos conforme o grau de “coerções e recursos de natureza cultural, económica, política, jurídica e até policial, desigualmente distribuídos entre géneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias.” (Ayres *et al.*, 1999).

A partir da década de 90, a SIDA já era uma realidade mundial atingindo mais fortemente as regiões mais pobres. Cresce na literatura a percepção da centralidade da vulnerabilidade social frente ao VIH/SIDA associado aos contextos de pobreza, desigualdade e exclusão social, possibilitando reflectir sobre perspectivas expressivamente mais complexas do que a atribuição da responsabilidade individual (Paiva *et al.*, 2002).

O quadro da vulnerabilidade em termos de seu conteúdo propositivo e sua dimensão prática – a incorporação nos programas de saúde, sua capacidade de disparar revisão e mudanças no campo das acções de prevenção e cuidado – tem merecido atenção nos últimos anos. Entretanto embora a “linguagem” da vulnerabilidade tenha sido incorporada em documentos e directrizes – respaldados pela produção científica e pelos movimentos sociais por reivindicações de direitos –, sua incorporação tem sido difícil no trabalho prático, diário, dos trabalhadores e serviços de saúde por motivos de diversas ordens, complexos e carentes de aprofundamento. Seria necessário detalhar como actuar nos três planos interdependentes, que determinam uma maior ou menor vulnerabilidade de indivíduos e colectivos ao VIH, conforme proposto por Mann, Tarantola e Netter (1993).

Segundo Ayres *et al.* (1999), a vulnerabilidade individual consiste em três pressupostos: i) Qualquer indivíduo é passível de contaminação de acordo com seus valores pessoais e recursos preventivos em determinada época de sua vida; ii) Quanto maior o amparo social e assistência à saúde que os indivíduos dispuserem menor a morbidade, invalidez e morte; iii) Questões de ordem cognitiva, comportamental e social afectam directamente a vulnerabilidade individual.

A vulnerabilidade colectiva se divide em programática e social. A primeira consiste nas acções do Estado pelos seus programas de prevenção à SIDA, que fazem uma ligação entre os planos individual e social. São muitos os critérios para a avaliação destas acções. Segundo Ayres *et al.* (1999) a vulnerabilidade social é avaliada por muitos indicadores sociais elaborados pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD), a partir de oito índices se definem critérios para a classificação da vulnerabilidade entre alta, média e baixa. São eles: acesso à informação; gastos com serviços sociais e da saúde; mortalidade antes dos cinco anos; situação da mulher; índice de liberdade humana; relação entre despesas militares e gastos com educação e saúde e índice de desenvolvimento humano.

Segundo a UNAIDS (2008) Os jovens são particularmente vulneráveis às IST's e consequentes problemas de saúde porque: falta-lhes conhecimento sobre como prevenir as IST's; têm menos capacidade para procurar informação adequada ou tratamento devido à ignorância, medo, timidez ou inexperiência; quanto mais cedo os jovens iniciarem a actividade sexual, maior a probabilidade estatística de terem um número de parceiros sexuais mais elevado ao longo da vida, aumentando também consequentemente a possibilidade de contrair IST's.

Ainda existem outros factores de elevado risco para os jovens são: ter relações sexuais desprotegidas (sem preservativo); ter vários parceiros sexuais (ou alterações de parceiros sexuais); ter um parceiro que tem outros parceiros sexuais; ter antecedentes pessoais de uma qualquer IST; ter um parceiro com antecedentes de IST; consumir drogas ou álcool numa relação sexual ocasional; ter parceiro que consome drogas ou álcool.

4 Prevenção da infecção pelas IST/ VIH/SIDA no Jovem Adulto

A principal forma de evitar a propagação das ITS e o próprio VIH/SIDA, é através de partilha de informação, conhecimentos actuais sobre a doença e os mecanismos preventivos que podem e devem ser adoptados a fim de prevenir a contaminação, e que possam se afectar em práticas sexuais mais seguras.

Visto ainda não existir a cura ou uma vacina para o VIH/SIDA, as prevenções primária e secundária devem surgir na linha da frente da resposta à doença. A prevenção primária consubstancia-se em intervenções para evitar o contágio, ou seja, a exposição ao vírus. A prevenção secundária é representada pelo diagnóstico precoce, ou seja, a identificação de seropositivos que ainda não estejam doentes e que podem se beneficiar pelo tratamento precoce, assim como evitar a exposição a novas contaminações e evitar a transmissão para terceiros (Pereira, 2006).

É facto que só a prevenção poderá evitar a morte de milhões de pessoas. Nos Estados Unidos, por exemplo, estima-se que os esforços de prevenção do VIH/SIDA, incluindo os programas de promoção do uso do preservativo, poderão ter salvado centenas de milhares de vidas. Outros benefícios reais, de transcendente importância, que decorrem da prevenção de infecções do VIH, dizem respeito à manutenção da produtividade do trabalhador e à diminuição da dor e do sofrimento (Fox, in Aids Portugal, 2002).

Proporcionar aos adolescentes e jovens o conhecimento relacionado com a prevenção de IST/VIH constitui, normalmente, o foco dos programas de prevenção de IST/VIH. O conhecimento acerca das IST/VIH/SIDA é o ponto de partida para ganhar consciência da vulnerabilidade perante elas e da sua gravidade (DiClemente *et al.*, 2002). As intervenções preventivas, devem ter em consideração que para se cumprir o objectivo de informar e formar os jovens, dever-se-á ajustar a intervenção à população à qual se dirige, para que os jovens e as famílias se identifiquem com ela.

A UNAIDS (2008) deixa orientações e intervenções pra reduzir as IST: aumentar o conhecimento sobre as IST em geral (por exemplo: promover estudos epidemiológicos em populações específicas classicamente relacionadas com a aquisição de IST: migrantes, sem abrigos, toxicod dependente, profissionais do sexo, homossexuais, adolescentes, jovens adolescentes e reclusos); promover conhecimento sobre IST por parte dos profissionais de saúde e do cidadão (por exemplo: disponibilizar informações sobre IST a nível do ensino básico, secundário e universitário, e consultas de planeamento familiar adequadas à idade ao nível educacional dos indivíduos a que se destinam; identificar áreas prioritárias de intervenção (por exemplo: avaliar a eficácia das diversas práticas utilizadas na vigilância e controlo das IST's e uniformiza-las); implementar um sistema nacional de vigilância

epidemiológica; aumentar o acesso aos cuidados de saúde reprodutiva (por exemplo: sensibilizar todos os prestadores de saúde que a atendimento aos jovens deve ser abrangente, deve incluir uma informação clara e adequada sobre saúde sexual e prevenção das IST, bem como garantir a confidencialidade de todos os casos clínicos).

Estas orientações devem ser colocadas em prática com urgência pois de acordo com as estimativas da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011) ocorrem anualmente cerca de 248 milhões de novos casos curáveis de IST nomeadamente: sífilis, gonorreia, candidíase e tricomoníase em idades compreendidas entre 15 e os 49 anos. Mais de 100 milhões de IST ocorrem anualmente em jovens com menos de 25 anos (UNAIDS, 2008).

4.1 Métodos Anticoncepcionais

Entre os indivíduos adolescentes, como em qualquer faixa etária a escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, visto que a facilidade de acesso à informação sobre a sexualidade não garante maior protecção contra as IST e gravidezes não planeadas (Campos, 2000).

O efectivo conhecimento sobre métodos anticoncepcionais pode ser uma contribuição aos indivíduos jovens na escolha do método mais adequado aos seus comportamentos sexuais e às suas condições de saúde, bem como a utilização correcta do método por eles escolhido. (Vieira, 2002).

O conhecimento acerca do uso de contraceptivos não está associado ao seu uso. Nos adolescentes esta relação se dá em função de vários aspectos, como idade da primeira relação sexual, a quanto tempo iniciou a sua vida sexual, acesso aos contraceptivos, estabilidade relacional entre o parceiro e a parceira, objecção feita ao uso de contraceptivos, desejo ou não de engravidar, além da dificuldade de comunicação com os pais sobre assuntos acerca da sua própria sexualidade (Almeida *et al.*, 3003).

O acesso a informação de boa qualidade e a disponibilidade de alternativas contraceptivas são aspectos importantes nos programas de planeamento familiar, destinados não apenas aos jovens, mas a toda a população. O inadequado conhecimento sobre métodos anticoncepcionais pode ser um factor de resistência à aceitabilidade e uso deles pelos jovens, deste mesmo modo um alto nível de conhecimento sobre os contraceptivos não determinará nenhuma mudança de comportamento se os mesmos não estiverem acessíveis à livre escolha dos jovens (Espejo *et al.*, 2003).

No ano de 2005 a prevalência de uso de algum tipo método anticoncepcional entre jovens cabo-verdianos na faixa etária dos 15 a 19 anos é de 50,6% (INE,2007).

Ainda de acordo com o relatório do Ministério da Saúde de Cabo Verde, a prevalência de algum tipo de método contraceptivo no ano de 2011 diminui para 35,2% em relação ao ano de 2010, sendo a pílula (31,8%), o preservativo masculino (28,1%) e o anticoncepcional injectável (24,1%) os mais utilizados. (Ministério da Saúde, 2012).

Os factores que levam ao baixo uso do preservativo masculino geralmente são a falta de cooperação do parceiro na sua utilização; ter relacionamento estável; não ter múltiplos parceiros sexuais; conhecer o parceiro e usar outro método contraceptivo (Santos, 2005).

4.1.1 Preservativo

O preservativo é tão antigo quanto os documentos escritos e pictográficos nos permitem recuar na sua origem, ainda que seu significado e difusão se diferenciem ao longo da história, seu uso sempre esteve relacionado a transmissão sexual de algum agente e/ou à reprodução. Há indícios da sua presença nas Civilizações Cretense, Egípcia Chinesa e Romana (Lopes, 2003). Porém, o seu uso moderno, como medida essencialmente preventiva da transmissão de doenças por via sexual, reporta-se ao Renascimento. Em 1564, o anatomista e cirurgião Gabrielle Fallopio descreve uma cobertura de linho para a glande que era capaz de evitar a infecção gallica (sífilis). Em 1700 fabricava-se preservativos de bexigas de animais ou de peles finas. O preservativo masculino (*condom*), produzido no início da era moderna, usou-se

fundamentalmente para evitar as IST, porém a sua utilidade como contraceptivo era reconhecida (Vidal, 1991).

Quatro meta-análises realizadas entre 1993 e 2002 revelaram que a taxa de segurança do preservativo oscila entre 69 e 94%. Por outro lado, estudos efectuados com casais sero-discordantes demonstraram que o uso do preservativo reduz em 90% a probabilidade de transmissão do VIH durante o sexo com penetração. Deste modo, e de acordo com a WHO, “a melhor conclusão que se pode tirar desses estudos é que o uso do preservativo de forma correcta e consistente reduz o risco de transmissão do VIH em cerca de 90%. Esta taxa pode até ser maior com uma utilização irrepreensível do preservativo, mas nunca atinge os 100%” (UNAIDS, 2004).

Porém, a OMS/UNAIDS (2004) esclarece que uma eficácia de 90% não significa que a transmissão do VIH ocorra em 10% dos actos sexuais em que é usado o preservativo. O risco de transmissão é muito mais reduzido. Sendo o risco de transmissão quando se tem uma relação sexual sem preservativo é de 1:500. O risco passa a ser de 1: 5000 quando o preservativo é usado.

Face ao problema que consiste em o preservativo não ser 100% seguro, a OMS vem propondo um conjunto de medidas complementares, tais como:

- Abstinência (de qualquer actividade sexual ou de actividades sexuais de alto risco);
- Fidelidade (ter um só parceiro ou reduzir o número de parceiros);
- Uso do preservativo de forma correcta e consistente.

Ao conjunto destas três recomendações está convencionado chamar-se “ABC da Prevenção do VIH”, sendo “ABC” a sigla em inglês para “*Abstinence*”, “*Being Faithful*” e “*Condom Use*” (UNAIDS, 2004).

Uma revisão da literatura patrocinada pela UNAIDS (1997; *in* Grunseit e Aggleton, 1998), impulsionada pela crítica de alguns segundo a qual os programas vigentes de educação sexual e para o VIH/SIDA promoviam a promiscuidade, concluiu que apenas 3 estudos em 68 revelaram um aumento da actividade sexual associada ao facto de terem recebido educação sexual e para o VIH/SIDA, isto é, as críticas encontram muito pouco suporte na literatura

especializada. Esta mesma revisão demonstrou que o comportamento pode ser modificado através da educação sexual e para o VIH/SIDA, e que essas mudanças, quando ocorrem, são, na sua maioria, no sentido desejado.

Há, no entanto, segundo Castillo (2001), quem aconselhe cautela concluindo que a evidência recolhida é insuficiente para determinar se algum destes programas diminuía realmente as taxas de incidência da SIDA e outras IST, apesar de os resultados de alguns estudos sugerissem que se podia actuar eficazmente quanto ao adiamento da idade da primeira relação sexual, ou sobre o uso de métodos contraceptivos.

As dificuldades em aplicar o ABC da prevenção do VIH são grandes e ficam mais evidentes em sociedades onde a sensualidade, a exposição do corpo são valorizadas e a diversidade do exercício da sexualidade é expresso com maior liberdade, como em vários países da África, América Central e América do Sul. No entanto há trabalhos que apontam redução nas taxas de infecção em países de alta prevalência a partir da incorporação de comportamentos como maior tempo de abstinência sexual na ausência de um parceiro fixo e monogamia como é o caso do Uganda único país africano que inverteu o curso da epidemia importante. O seu esforço extraordinário de mobilização nacional reduziu a prevalência do VIH entre os adultos de cerca de 14%, no início da década de 90, para 8%, em 2000 (Centro de Informação das Nações Unidas, 2001). Sector da saúde o plano estratégico da Uganda para 2010-2015 aborda a sua política de aquisição e distribuição de contracepção para todos os homens e mulheres, mas especialmente se concentra em adolescentes (Nalwadda *et al.*, 2011). Aproximadamente 97% de todas as pessoas em idade reprodutiva estão familiarizados com pelo menos um método de contracepção em Uganda (UBOS, 2007).

Capítulo 3: Aspectos metodológicos

1 Tipo de Pesquisa

Foi realizado um estudo transversal, do tipo inquérito epidemiológico, dirigido a alunos de uma Universidade privada (Jean Piaget de Cabo Verde) da Cidade da Praia, Santiago, Cabo Verde.

Para a revisão bibliográfica foram consultados as bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed - base multidisciplinar norte-americana), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Biblioteca Digital de Teses e Dissertações* da Universidade de São Paulo USP e a *Biblioteca Virtual da Saúde* (BVS).

Os critérios de inclusão foram: produções científicas (artigos, teses e dissertações) publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola que abordassem o tema, com a utilização de combinações dos seguintes descritores e uni termos:

Descritores: *Condom* (preservativo); *Sexually Transmitted Diseases* (Infecções de Transmissão Sexual), *AIDS* (SIDA); *Health vulnerability* (vulnerabilidade em saúde).

Unitermos: university students (universitários); prevention (prevenção).

2 Local da Pesquisa

Segundo o Anuário do Ministério do Ensino Superior de Cabo Verde (2013) existem actualmente 9 Universidades em Cabo Verde. Na ilha de São Vicente encontramos 3, a Universidade do Mindelo, a Mindelo Escola Internacional de Arte (M_EIA), e a Universidade Lusófona Baltasar Lopes da Silva. Na ilha de Santiago existem 6 instituições de Ensino Superior, sendo 1 (uma) Pública (Universidade de Cabo Verde - UniCV) e 5 (cinco) Privadas (Universidade Jean Piaget de Cabo Verde - UniPiaget, Universidade de Santiago - Uni Santiago, Instituto Superior das Ciências Económicas e Empresariais - ISCEE, Instituto Superior das Ciências Jurídicas e Sociais – ISCJS e Universidade Intercontinental de Cabo Verde - UNICA).

A Universidade Jean Piaget de Cabo Verde - UniPiaget foi a escolhida como local do estudo por ser a primeira e mais antiga instituição de ensino, a actuar em Cabo Verde desde 2001. Ela é segunda maior em número de vagas para o ensino superior na Ilha de Santiago e apresenta uma maior diversidade de cursos (19 cursos diferentes), divididos em 4 grandes áreas do conhecimento: Ciências da Saúde e do Ambiente, Ciências Tecnológicas, Ciências Políticas da Educação e do Comportamento, Ciências Jurídicas e Económicas e Empresariais

A escolha baseou-se também no critério de viabilidade de realização da pesquisa, pela facilidade de acesso à Universidade e pelo interesse por parte dos responsáveis e dos docentes em colaborar.

Os dados foram recolhidos na Universidade Jean Piaget de Cabo Verde – polo da Praia durante o período lectivo de 2012-2013 entre os meses de Abril e Junho de 2013.

3 Sujeito da Pesquisa

Trata-se de um estudo dirigido ao conjunto dos estudantes da UniPiaget, constituído por alunos matriculados em 19 cursos de graduação (Anexo II).

Do total de alunos matriculados para o período lectivo de 2012-2013 – 1435 alunos - houve 82 desistências, passando para um total de 1353 alunos em atividade. Desse total, excluídas as

perdas e recusas, o universo final do estudo é composto por 893 (69,3%) estudantes da Universidade Jean Piaget de Cabo Verde – polo da Praia.

4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa alunos matriculados e cursando o 1º ao 5º ano, que estavam presentes nas aulas quando foi aplicado o instrumento e que aceitaram respondê-lo e com o termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado.

Não houve critério de exclusão. As perdas se deram por ausência, falta ou recusa: alunos ausentes no momento da aplicação especialmente alunos do 4º ano e alguns do 5º ano (394) que encontravam-se no estágio final, alunos desistentes (n = 82) e alunos faltosos mais os que se recusaram a responder (n = 66) (por se tratar de tema muito íntimo e/ou para não perder o intervalo das aulas), perfazendo um total de 542 perdas em relação ao número total de estudantes em actividade.

5 Instrumento

O questionário para a pesquisa compreende quatro partes: uma com questões sobre dados sociodemográficos, a segunda sobre actividade sexual, a terceira um teste de comportamento e por último um teste de conhecimentos sobre VIH/SIDA. É constituído por questões estruturadas, de autopreenchimento, pré-codificadas, anónimo, contendo um total 60 questões (Anexo I).

A primeira e segunda parte do questionário, referentes aos dados sociodemográficos e actividade sexual, foram por nós construídos com base na leitura de diversos documentos referentes à actividade sexual nos jovens contendo 8 e 11 questões respectivamente para a caracterização sóciodemográfica, compreendendo as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, naturalidade, residência, religião, ocupação actual, nível educacional dos pais, com quem vive e informações sobre as actividades sexuais.

O terceiro conjunto de questões é constituído por um Teste de comportamento elaborado com base no “Behavior Inventory” de Kirby (1998) e em pesquisas feitas sobre a sexualidade e

comportamentos. É composto 18 itens, com respostas organizadas por escala tipo Likert, com 5 gradações, que vão de discordo fortemente até concordo fortemente.

O Teste de Conhecimentos sobre VIH/SIDA baseado no teste de Koopman, C. e Reid, H. (1998). engloba 23 itens, com formato de resposta dicotômica (verdadeiro-falso, com três dimensões, respectivamente conhecimentos médicos e científicos, mitos sobre a transmissão do VIH e conhecimentos sobre comportamentos de risco e comportamentos preventivos.

6 Procedimentos

O estudo foi realizado entre Abril e Junho 2013. As informações sobre a pesquisa e o instrumento que estava sendo aplicado foram feitas pelo Professor que estava em sala de aula no momento da pesquisa, a partir de orientação e acordo prévio com os professores sobre o dia mais conveniente. Os questionários foram aplicados para auto-preenchimento voluntário dos alunos presentes nos últimos vinte a trinta minutos da aula, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

7 Aspectos éticos

A proposta do projeto foi registrada no Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) sendo submetida à apreciação e obteve parecer favorável, sob o nº 61/2012 estando de acordo com as normas éticas estabelecidas pelo Decreto-lei nº 26/2007 de 30 de Junho – B.O. nº 28, I SÉRIE Cabo Verde.

8 Análise estatística

Inicialmente foi feito um estudo piloto com 20 alunos para verificar a clareza e a sensibilidade do questionário e possibilitar seu aprimoramento. Após a análise do estudo piloto algumas perguntas foram reformuladas, elaborando-se o questionário definitivo.

Foi feita uma análise descritiva das variáveis nos quatro domínios estudados: características sócio demográficas, perfil de atividades sexuais, atitudes e comportamento, e conhecimento; e uma análise univariada onde foram utilizadas duas variáveis dependentes, uso de

preservativos na última relação sexual e o uso do preservativo sempre. Foram testadas como variáveis independentes: sexo, situação conjugal, situação de moradia, idade no início da atividade sexual, uso de preservativo na primeira relação sexual, número de parceiros no último ano, uso atual de outro método anticoncepcional, parceria fixa atual com intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e $p < 0,05$.

Capítulo 4: Apresentação dos resultados

Apresentamos a seguir a análise descritiva de 893 questionários nos quatro domínios estudados: características sociodemográficas, perfil de actividades sexuais, atitudes e comportamento e conhecimento.

A tabela 1 mostra a distribuição dos alunos de acordo com 19 cursos de graduação existentes na universidade.

Tabela 1 - Distribuição dos alunos que responderam ao questionário segundo cursos de graduação, Uni Piaget, Praia, 2013

curso	Freq.	Percent	Cum.
ACS	60	6.72	6.72
APA	21	2.35	9.07
ARQ	68	7.61	16.69
BIO	8	0.90	17.58
CCO	82	9.18	26.76
CED	28	3.14	29.90
CFA	29	3.25	33.15
DIR	64	7.17	40.31

ECC		69	7.73	48.04
EGE		116	12.99	61.03
ENF		18	2.02	63.05
ESI		125	14.00	77.04
FIS		27	3.02	80.07
IGE		35	3.92	83.99
PSI		79	8.85	92.83
SOC		19	2.13	94.96
SSO		33	3.70	98.66
TRD		4	0.45	99.10
TUR		8	0.90	100.00
-----+-----				
Total		893	100.00	

O curso de Economia e Gestão (EGE) e Engenharia de Sistemas e Informática (ESI) são os mais frequentados entre os estudantes que constituem o universo estudado (cerca de 27%). Esta percentagem indica o perfil da maior procura por formação académica dessa universidade – a maioria dos alunos frequenta o curso das áreas Económicas e das Tecnologias, muito valorizadas em função da era do *Business Administration –Management* (Gestão) e das TIC (Tecnologias de Investigação e Conhecimentos) . Os cursos das áreas biológicas, Biologia (BIO), Enfermagem (ENF) e Fisioterapia (FIS) reúnem o menor número de alunos, 53 alunos (6%).

1 Características sociodemográficas

Os 893 respondentes são universitários de ambos os sexos, sendo 56,8% (n=507) mulheres. A faixa etária com maior concentração é a dos 20-24 anos (59,9%), composta majoritariamente por solteiros (89,1%) e de religião católica (74,8%). Cerca de 82,5% dos estudantes não possuem trabalho remunerado e 48,7% deles ainda vivem com os pais (Tabela 2).

No que concerne ao nível de escolaridade do pai e da mãe, observamos que para os pais o nível básico (31%), secundário (36%) e superior (33%) estão representados praticamente na

mesma proporção, enquanto as mães concentram-se no ensino de nível básico em 45,5% dos casos. Relativamente ao município de residência a maioria dos inquiridos vive na Praia, representando 98,5% do total de participantes (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas, universitários da UniPiaget, Praia, Cabo Verde 2013.

Características	N	%
<i>Total</i>	<i>893</i>	<i>100</i>
Sexo		
Homem	386	43,2
Mulher	507	56,8
Idade (anos)		
<20	181	20,3
20-24	535	59,9
≥25	177	19,8
Estado civil		
Solteiro	796	89,1
Casado	97	10,9
Religião		
Católica	667	74,8
Protestante	68	7,6
Adventista 7º dia	31	3,5
Outras	20	2,2
Nenhuma	106	11,9
Ignorado	1	
Atividades profissionais		
Estudante	737	82,5
Estudante e trabalhador	156	17,5
Escolaridade do pai		
Ensino Básico	314	31,0
Ensino Secundário	269	36,0
Ensino Superior	246	33,0
Ignorado	147	
Escolaridade da mãe		
Ensino Básico	314	45,5
Ensino Secundário	204	29,6
Ensino Superior	172	24,9
Ignorado	203	
Município de residência atual		
Praia	880	98,5
Outros	13	1,5
Moradia em época de aulas		
Com os pais	435	48,7
Sozinho	78	8,7
Casa Própria	112	12,5
Lar de estudantes	42	4,7
Partilha casa com amigos	130	14,6
Outros	96	10,8

2 Perfil de actividades sexuais

Na Tabela 3 são apresentadas as variáveis relativas ao perfil de actividades sexuais. Aproximadamente 95% dos universitários referiram já ter iniciado a sua vida sexual (n=847). A média de idade de início foi 16,5 anos (DP = 1,9 anos). Aproximadamente 51,8% dos universitários referiram não ter usado preservativo na sua primeira relação.

Os respondentes referiram ser maioritariamente heterossexuais (99,3%), e atualmente sexualmente activos (83,6%). Quanto ao uso de contraceptivos, observou-se que 61,6% afirmam usá-lo atualmente. Apenas 4,6% afirmam já ter tido alguma IST, apesar da elevada frequência de múltiplos parceiros (41,4% referem 3 ou mais parceiros na vida e 67,1%, 1 a 2 no último ano).

Com relação ao último contacto sexual, 79% referiram que foi a menos de um mês. Observou-se ainda que uma grande parte 56,3% não usou preservativo no seu último contacto sexual. Ainda 64,3% referem ter parceiro um fixo mas é de salientar que 35,4% referem não ter o que propicia a relações sexuais ocasionais com maior frequência.

Tabela 3 - Distribuição das variáveis relativas ao perfil de actividades sexuais, universitários UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.

Características	N	%
<i>Total</i>	893	100
Início da atividade sexual		
Sim	847	95,1
Não	44	4,9
Ignorado	2	
Idade do início da atividade sexual		
<15	112	13,2
15-19	688	91,2
≥ 20	47	5,6
Uso de método contraceptivo na primeira relação sexual		
Sim	408	48,2
Não	439	51,8
Atividade sexual atual		
Sim	708	83,6
Não	139	16,4
Uso de método contraceptivo atualmente		

Sim	520	61,4
Não	327	38,6
Atividade sexual		
Com pessoas do sexo oposto	840	99,3
De ambos os sexos	6	0,7
IST na vida		
Sim	39	4,6
Não	808	95,4
Número de parceiros sexuais na vida		
1-2	268	31,6
3-5	351	41,4
≥ 6	228	26,9
Número de parceiros sexuais no último ano		
1-2	560	67,1
3-5	213	25,5
≥ 6	61	7,3
Número de parceiros sexuais no último mês		
1-2	692	92,4
3-5	51	6,8
≥ 6	6	0,8
Data do último contato sexual		
< 1 mês	644	79,0
≥ 1 mês	171	21,0
Ignorado	32	
Uso de preservativo no último contato sexual		
Sim	369	43,7
Não	476	56,3
Ignorado	2	
Parceiro/a fixo/a		
Sim	521	64,6
Não	285	35,4
Ignorado	41	

3 Atitudes e Comportamento

As questões sobre atitudes e comportamento, com resposta em escala Likert, procuram apontar a frequência de atitudes e concepções que orientam alguns comportamentos sexuais (Tabela 4).

Chama atenção a frequência relativamente baixa do uso de preservativos, “sempre ou quase sempre” em apenas 24,4% dos respondentes com vida sexual ativa; a baixa proporção de uso de preservativos “sempre ou quase sempre” com parceiros fixos; e a proporção da aceitação

de não usar preservativo diante da negativa do parceiro de 34,7%, quando agregamos as respostas “metade das vezes, habitualmente e sempre ou quase sempre”. Enquanto concepções/ percepções que orientam o comportamento sexual, é frequente a opinião de que o preservativo diminui o prazer, quase 70% consideram que sim, variando de “às vezes” à “sempre”. Um novo parceiro aumenta o uso de preservativo para 65,9% “sempre ou quase sempre”.

Tabela 4 - Distribuição das frequências relativas a atitudes e comportamentos sexuais, conforme escala Likert, entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.

Questões	Nunca*	Às vezes*	Metade das vezes*	Habitualmente*	Sempre*
Quando praticas relações sexuais com que frequência é que usas preservativo?	8,5	21,3	20,4	25,4	24,4
Quando teu (a tua) parceiro(a) não quer usar ou não te deixa usar preservativo, tens relações sexuais?	30,8	31,1	17,2	14,7	6,3
Consideras que o preservativo diminui o prazer?	32,1	21,2	20,4	12,3	14,0
Manténs relações sexuais com parceiros (as) ocasionais?	48,3	21,4	9,4	11,8	9,1
Quando tens relações sexuais com um(a) novo(a) parceiro(a), usas o preservativo?	5,3	6,0	11,7	12,3	64,7
Antes de decidir ter relações sexuais certificas-te que pelo menos um de vocês têm preservativo?	8,6	18,0	13,0	18,0	42,4
Nas relações sexuais com um(a) parceiro(a) <u>fixo</u> usas preservativo?	20,0	26,7	15,7	12,9	24,8
Tens o hábito de trazer preservativos consigo?	33,9	22,5	16,0	11,8	15,9
Quando tens desejo de transar o fazes independente de ter ou não preservativo?	30,1	25,0	17,6	17,4	10,0
Se for ter relações sexuais com <u>parceiros ocasionais</u> , costuma usar preservativo?	12,0	5,0	13,4	22,7	46,9
Pagas ou já pagaste (em dinheiro ou outra forma de remuneração) para ter relações sexuais?	95,8	1,5	0,4	0,4	1,9
Quando tens relações com uma (um) profissional do sexo costumás usar preservativo?	18,6	0,9	4,3	7,5	68,6
Costumas ter relacionamentos sexuais com pessoas do mesmo sexo que o teu?	97,6	1,7	-	-	0,7
Fazes uso de álcool?	48,5	26,2	15,9	7,4	2,0
Fazes uso de drogas como marijoana, cocaína ou outras?	87,9	10,2	1,6	0,2	0,1
Costuma ter relações sexuais com outras pessoas que não o seu parceiro fixo?	56,2	18,2	14,2	7,9	3,4
Costuma ter relações sexuais sem preservativo após o consumo de bebidas alcoólicas ou drogas?	66,2	23,2	5,8	3,4	1,3
O uso do preservativo pode ser prazeroso e	18,6	30,1	30,4	13,4	7,5

fazer parte do jogo amoroso?

4 Conhecimento

Na Tabela 5 podemos observar a distribuição das frequências atribuídas à Verdadeiro (V) ou Falso (F) a cada afirmativa apresentada com a intenção de avaliar o conhecimento sobre aspectos relacionados ao VIH/SIDA.

Tabela 5 - Proporção de respostas atribuídas como Verdadeiro (V) ou Falso (F) entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.

Questões	V	F	NS
Qualquer pessoa, independentemente do sexo e da raça, pode apanhar o VIH e contrair a SIDA.	93,0	4,3	2,7
A maioria das pessoas que contraem a SIDA, costumam curar-se.	3,7	78,5	17,8
Um bebé nascido de mãe portadora de VIH pode contrair a SIDA.	70,1	15,1	14,8
O VIH está presente no sémen.	34,7	19,3	46,0
Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA através de picadas de insectos.	11,2	64,6	24,2
A utilização do preservativo faz diminuir a probabilidade de se contrair a SIDA.	93,3	4,1	2,6
SIDA significa <i>Síndrome de Imunodeficiência Adquirida</i> .	74,2	12,3	13,4
As pessoas ficam muito doentes com SIDA poucos dias após terem sido infectados pelo VIH.	13,0	67,3	19,7
Não há inconveniente em se usar o mesmo preservativo mais do que uma vez.	17,6	72,3	10,1
Pode-se estar infectado com o VIH sem se estar doente com SIDA.	62,6	20,7	16,7
O preservativo reduz o prazer sexual.	38,5	45,0	16,5
A SIDA diminui a capacidade de resistência do organismo às doenças.	70,8	11,5	17,7
Contrair ou não a SIDA depende mais de se fazer ou não sexo seguro do ao grupo social a que se pertence.	49,3	24,7	26,0
Quando se tem um parceiro fixo não há risco de VIH/SIDA e por isso não precisa usar preservativo.	14,2	79,1	6,7
Foi recentemente desenvolvida uma vacina que imuniza as pessoas contra o VIH.	32,1	30,8	37,1
Mesmo com aspecto saudável, um(a) parceiro(a) infectado(a) pode transmitir o VIH.	82,2	10,5	7,3
Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, através de um golpe ou de uma ferida aberta.	52,5	27,5	19,9
Não há perigo de se apanhar o VIH e contrair a SIDA se se fizer sexo oral sem preservativo.	27,9	49,7	22,4
Fazer sexo anal sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras que há.	13,5	58,9	27,5
Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, ao dar sangue.	50,4	28,1	21,5
As pessoas que consomem álcool e outras drogas têm mais tendência para não praticar sexo seguro.	66,3	26,3	7,4
Nas relações homossexuais há mais chance de contrair SIDA independente de se usar ou não preservativo.	31,0	35,3	33,7

É seguro ter relações sexuais sem preservativo com pessoas que consome drogas injectáveis, desde que tu não te injectes.	7,1	82,3	10,6
--	-----	------	------

Merecem destaque algumas questões que chamam atenção pela proporção de conceitos errôneos e de desconhecimento da questão (Tabela 6).

Tabela 6 - Proporção de conceitos errôneos e de desconhecimento sobre VIH/SIDA entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.

ENUNCIADOS DAS QUESTÕES	% de conceitos errôneos*	% de desconhecimento**
O VIH está presente no sêmen	34,7	46,0
Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA a través de picadas de insectos	11,2	24,2
Não há inconveniente em se usar o mesmo preservativo mais do que uma vez.	17,6	10,1
A SIDA diminui a capacidade de resistência do organismo às doenças	11,5	17,7
Contrair ou não a SIDA depende mais de se fazer ou não fazer sexo seguro do que do tipo de grupo a que se pertence.	24,7	26,0
Não há perigo de se apanhar o VIH e contrair a SIDA se se fizer sexo oral sem preservativo	27,9	22,4
Fazer sexo anal sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras que há	13,5	27,5
Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, ao dar sangue	50,4	21,5
Nas relações homossexuais há mais chance de contrair SIDA independente de se usar ou não preservativo.	31,0	33,7

* Alternativa assinalada: "Falso" ou "Verdadeiro" em desacordo com a resposta correta

** Alternativa assinalada "Não Sei"

Conforme a Tabela 6 os seguintes itens chamam a nossa atenção: *O VIH está presente no sêmen* - relativamente a esta afirmação, é de destacar que a maioria dos inquiridos (46%) desconhece que o VIH pode-se encontrar no sêmen e 19,3% respondeu-a como falsa; *Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA através de picadas de insectos* - apesar de uma maioria de 64,6% saberem que não se apanha o VIH e nem se contrai a SIDA através da picada de insectos, parece ainda existir um certo grau de desconhecimento sobre o assunto entre os inquiridos pois 11,2% afirmam que sim e 24,2% responderam não saber; *Não há inconveniente em se usar o mesmo preservativo mais do que uma vez* - quanto a esta afirmação, a maioria (72,3%) demonstraram saber que o preservativo só deve ser usado uma única vez, o entanto temos que 10,1% afirmam não saber e cerca de 17,6% cogitam a possibilidade de se

usar o mesmo preservativo mais do que uma vez; *A SIDA diminui a capacidade de resistência do organismo às doenças* - dos inquiridos, 70,8% assinalaram como verdadeira a afirmação segundo a qual a SIDA diminui a capacidade do organismo face aos agentes patogénicos, no entanto uma percentagem significativa demonstraram desconhecimento (17,7%) e respondem a afirmação com falsa (11,5%); *Contrair ou não a SIDA depende mais de se fazer ou não sexo seguro do ao grupo social a que se pertence* - ainda que uma percentagem significativa possua a informação correcta (49,3%), é de relevar o facto de cerca 26% dos respondentes parecer desconhecer a relação entre comportamentos sexuais inseguros e infecção pelo VIH e 24,7% não concordarem; *Não há perigo de se apanhar o VIH e contrair a SIDA se se fizer sexo oral sem preservativo* - cerca de 49,7% responderam a afirmação como falsa, demonstrando que estão cientes dos riscos do sexo oral sem protecção, não obstante 27,9% crêem ser segura e 22,4% mostraram o seu desconhecimento; *Fazer sexo anal sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras que há* - embora a maioria dos respondentes (58,9%) pareça saber que o sexo anal desprotegido não é dos comportamentos sexuais mais seguros, é surpreendente que 27,5% desconhecem esse facto e mesmo que pequena (13,5%) afirmam que a prática é segura; *Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, ao dar sangue* - quase metade os inquiridos (50,4%) responderam como sendo verdadeira esta afirmação e demonstraram ter um conhecimento errado quanto ao risco de se contrair SIDA ao se dar sangue; *Nas relações homossexuais há mais chance de contrair SIDA independente de se usar ou não preservativo* - apenas 35,3% dos respondentes consideram falsa a afirmação, sugerindo que acreditam que a orientação sexual não é uma variável determinante na propagação do VIH, no entanto uma percentagem próxima 33,7% demonstram ter desconhecimento e cerca de 31% concordam com a afirmação.

Pode-se assinalar que embora a maioria tenha conhecimento sobre a suscetibilidade universal ao VIH - 94,5% das respostas reconhecem como verdadeiro que qualquer pessoa pode contrair o vírus e adoecer - e também tenham informação quanto à prevenção - 93,7% afirmam que o uso de preservativos diminui a probabilidade de contrair SIDA – o padrão de respostas aponta para um elevado grau de desconhecimento em relação às formas de transmissão, de prevenção e evolução da SIDA.

5 Nível de conhecimento

Quando consideramos o grupo IV do questionário “Teste de conhecimento” (AnexoI) como um todo, observamos que a mediana de acerto foi de 61,9% (mínimo de 23,8% e máximo de 100%). Vale assinalar que apenas 3 alunos tiveram 100% de acerto e que 22 erraram apenas 1 questão

Para se verificar o nível de conhecimento agrupamos as variáveis do grupo IV do questionário “Teste de conhecimento” (Anexo I). O agrupamento proposto foi o seguinte: Grupo 1 <50% acertos; Grupo 2 - 51-70% acertos; Grupo 3 -71-80% acertos; Grupo 4> 80% acertos. Somente 20,5% dos alunos conseguira mais de 80% de acertos e a grande maioria 351 (39,31%) alunos ficaram com uma percentagem de acerto entre os 51 à 70%.

Desde modo a Tabela 7 mostra o resultado obtido deste agrupamento.

Tabela 7 - Distribuição do conhecimento por grupos de acerto

grup_por_4	Freq.	Percent	Cum.
1	192	21.50	21.50
2	351	39.31	60.81
3	167	18.70	79.51
4	183	20.49	100.00
Total	893	100.00	

6 Análise uni variada

No sentido de verificarmos a associação entre a variável “Uso do preservativo sempre” e os itens do “Dados sociodemográficos” e “atividade sexual” e bem como a variável “Uso do preservativo na última relação” com os itens do “Dados sociodemográficos” e “atividade sexual” se relacionam, apresentamos a análise uni variada.

No sentido de verificarmos se um conjunto de itens seleccionados do Dados Socioemográficos (Tabela 8) e da Actividade Sexual (Tabela 9) se relacionam com o Uso do preservativo sempre, realizámos a análise uni variada. Somente a variável sexo apresentou associação com o uso de preservativo sempre ($p=0,011$). Observa-se que as meninas mostraram fazer menos uso de preservativo do que os rapazes. No que diz respeito aos outros itens considerados, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 8 - Análise uni variada entre itens do Dados Sociodemográficos e o Uso do preservativo sempre entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013

Variável	Uso de preservativo sempre				Valor de p
	Não		Sim		
	N	%	N	%	
Sexo					0,011
Homem	261	71,31	105	28,69	
Mulher	380	78,84	102	21,16	
Idade (anos)					0,201
<20	123	76,88	37	23,13	
20-24	397	76,94	119	23,06	
≥25	121	70,35	51	29,65	
Estado civil					0,939
Solteiro	571	75,63	184	24,37	
Casado	70	75,27	23	24,73	
Religião					0,259
Católica	476	74,26	165	25,74	
Outra	80	78,43	22	21,57	
Nenhuma	85	80,95	20	19,05	
Atividades profissionais					0,852
Estudante	527	75,72	169	24,28	
Estuda+trabalha	114	75,00	38	25,00	
Escolaridade do pai					0,893
Básico	165	76,39	51	23,61	
Secundário	193	74,52	66	25,48	
Superior	172	75,11	57	24,89	
Escolaridade da mãe					0,810
Básico	224	76,71	68	23,29	
Secundário	141	74,21	49	25,79	
Superior	126	76,36	39	23,64	
Moradia em época de aulas					0,589
Com os pais	306	75,56	99	24,44	
Sozinho	57	78,08	16	21,92	
Casa própria	89	79,46	23	20,54	
Outros	189	73,26	69	26,74	

Tabela 9 - Análise uni variada entre itens da Actividade Sexual e o Uso do preservativo sempre entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.

Variável	Uso de preservativo sempre				Valor de p
	Não		Sim		
	N	%	N	%	
Idade do início da atividade sexual					0,294
≤15	185	72,55	70	27,45	
16-17	277	78,03	78	21,97	
≥18	178	75,11	59	24,89	
Uso de método contraceptivo na primeira relação sexual					0,071
Sim	297	72,79	111	27,21	
Não	343	78,13	96	21,87	
Uso de método contraceptivo atual					0,520
Sim	389	74,81	131	25,19	
Não	251	76,76	76	23,24	
Atividade sexual					1,00
Sexo oposto	635	75,51	206	24,49	
Ambos sexos	6	85,71	1	14,29	
IST na vida					0,843
Sim	30	76,92	9	23,08	
Não	611	75,53	198	24,47	
Número de parceiros sexuais na vida					0,175
1-2	192	71,64	76	28,36	
3-5	274	78,06	77	21,94	
≥ 6	174	76,32	54	23,68	
Parceiro/a fixo/a atual					0,109
Sim	403	77,35	118	22,65	
Não	206	72,28	79	27,72	
Parceiro ocasional					0,865
Alguma vez	330	75,69	106	24,31	
Nunca	306	75,18	101	24,82	
Pagamento por sexo					0,072
Alguma vez	31	88,57	4	11,43	
Nunca	598	74,84	201	25,16	
Uso de álcool					0,595
Alguma vez	348	76,32	108	23,68	
Nunca	293	74,74	99	25,26	
Uso de drogas					0,429
Alguma vez	85	78,70	23	21,30	
Nunca	555	75,20	183	24,80	

Também foi investigada a associação entre o uso de preservativo na última relação sexual com as variáveis estudadas sobre atividade sexual. A Tabela 10 apresenta os dados sociodemográficos e a Tabela 11 as variáveis de atividade sexual. Observamos associação estatisticamente significativa em relação aos itens: *Sexo* ($p=0,011$) apesar da referência ao uso ter sido baixa os homens utilizam mais do que as mulheres; *Idade* ($p=0,029$) os jovens com idade entre os 20-24 mostraram fazer mais uso do preservativo na última relação sexual, o que diminui com o aumento da idade; *Escolaridade da mãe* ($p=0,045$) são os filhos de mães com

menos escolaridade (ensino básico) que menos fizeram uso na última relação; *Moradia em época de escola* ($p=0,036$) e *Número de parceiros sexuais no último ano* ($p=0,012$) os que tiveram até dois parceiros no último ano foram os que menos usaram preservativo na última relação. No que concerne aos outros itens considerados, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 10 - Análise uni variada entre itens do Dados Sociodemográficos e o Uso do preservativo na última relação sexual entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.

Variável	Uso de preservativo última relação				Valor de p
	Não		Sim		
	N	%	N	%	
Sexo					0,011
Homem	187	51,37	177	48,63	
Mulher	289	60,08	192	39,92	
Idade (anos)					0,029
<20	75	47,17	84	52,83	
20-24	297	57,78	217	42,22	
≥25	104	60,47	68	39,53	
Estado civil					0,000
Solteiro	407	54,12	345	45,88	
Casado	69	74,19	24	25,81	
Religião					0,208
Católica	349	54,62	290	45,38	
Outra	62	61,39	39	38,61	
Nenhuma	65	61,90	40	38,10	
Atividades profissionais					0,332
Estudante	385	55,56	308	44,44	
Estuda+trabalha	91	59,87	61	40,13	
Escolaridade do pai					0,278
Básico	109	50,46	107	49,54	
Secundário	146	56,59	112	43,41	
Superior	114	50,22	113	49,78	
Escolaridade da mãe					0,042
Básico	146	50,00	146	50,00	
Secundário	98	51,85	91	48,15	
Superior	101	61,96	62	38,04	
Moradia em época de aulas					0,036
Com os pais	215	53,48	187	46,52	
Sozinho	42	57,53	31	42,47	
Casa própria	77	68,75	35	31,25	
Outros	142	55,04	116	44,96	

Tabela 11 - Análise uni variada entre itens da Actividade Sexual e o Uso do preservativo na última relação sexual entre universitários da UniPiaget. Praia, Cabo Verde, 2013.

Variável	Uso de preservativo última relação				Valor de p
----------	------------------------------------	--	--	--	------------

	Não		Sim		
	N	%	N	%	
Idade do início da atividade sexual					0,232
≤15	136	53,33	119	46,67	
16-17	212	59,72	143	40,28	
≥18	128	54,47	107	45,53	
Uso de método contraceptivo na primeira relação sexual					0,000
Sim	173	42,61	233	57,39	
Não	303	69,02	136	30,98	
Uso de método contraceptivo atual					0,000
Sim	259	49,81	261	50,19	
Não	217	66,77	108	33,23	
Atividade sexual					0,477
Sexo oposto	471	56,21	367	43,79	
Ambos sexos	5	71,43	2	28,57	
IST na vida					0,189
Sim	18	46,15	21	53,85	
Não	458	56,82	348	43,18	
Número de parceiros sexuais na vida					0,770
1-2	153	57,52	113	42,48	
3-5	199	56,70	152	43,30	
≥ 6	124	54,39	104	45,61	
Número de parceiros sexuais no último ano					0,012
1-2	319	57,17	239	42,83	
3-5	129	60,56	84	39,44	
≥ 6	24	39,34	37	60,66	
Parceiro/a fixo/a atual					0,000
Sim	328	62,96	193	37,04	
Não	131	46,29	152	53,71	
Parceiro ocasional					0,831
Alguma vez	247	56,78	188	43,22	
Nunca	227	56,05	178	43,95	
Pagamento por sexo					0,152
Alguma vez	23	69,70	10	30,30	
Nunca	448	56,14	350	43,86	
Uso de álcool					0,602
Alguma vez	252	55,51	202	44,49	
Nunca	224	57,29	167	42,71	
Uso de drogas					0,554
Alguma vez	63	58,88	44	41,12	
Nunca	411	55,84	325	44,16	

Capítulo 5: Discussão

Em Cabo Verde são poucos os estudos que pesquisem o relacionamento sexual dos jovens, uso de métodos anticoncepcionais e em particular a associação coma protecção contra infecções sexualmente transmissíveis (uso do preservativo). Para o nosso conhecimento, este estudo é o primeiro relacionado ao uso do preservativo entre os universitários em Cabo Verde

1 Perfil sociodemográfico

Entre os jovens universitários investigados houve predomínio do sexo feminino, solteiro, católico, maioritariamente sem renda individual mensal, e coabitando com os familiares. A maioria de mulheres no ensino universitário da UniPiaget contrasta com o predomínio de mães com ensino básico entre esses estudantes e apontam a tendência de crescimento das mulheres com nível universitário também observada em outros locais com estrutura socio económica semelhante (Lopes *et al.*, 2006).

No concernente ao estado civil, há um predomínio de solteiros, 796 (89,1%) dos entrevistados, apontando a tendência actual dos jovens com acesso à universidade adiarem o casamento e priorizarem a formação profissional. Essa mesma tendência entre universitários foi observada em outros locais como no estudo de Pirota e Schor (2004) avaliando 952 estudantes universitários no Estado de São Paulo, foi relatado que 907 (95,3%) entrevistados eram solteiros. Em outro estudo realizado por Manrique-Abril e Dias (2007) com 764

estudantes universitários em uma universidade na cidade de Tunja, Colômbia, evidenciou-se que 725 (94,9%) dos entrevistados eram solteiros, corroborando os achados desta pesquisa. O predomínio de solteiros pode predispor a ocorrência de relacionamentos sexuais ocasionais, que se feita sem proteção, amplia o risco de aquisição de IST/SIDA.

A maioria dos sujeitos da pesquisa 435 (48,7%) apontou que não trabalhava, sendo a grande parte dependente da família para se manter na cidade em que residem. Já em estudo realizado por Alves e Lopes (2008) na cidade de São Paulo com 295 jovens universitários, 231 (78,3%) trabalhavam para complementar sua renda distanciando-se dos achados neste estudo.

O fato de residirem com família ou amigos é característico de cidades onde existem universidades públicas e há uma grande concentração de estudantes. Outros estudos apontam essa tendência de permanência na casa dos pais durante o período de estudos universitários como na pesquisa feita por Rocha (2010) com 363 adolescentes, realizada no Acre, verificou-se que 190 (52,6%) adolescentes coabitavam com os pais, enquanto 66 (18,2%) coabitavam apenas com a figura materna. Outro estudo realizado por Borges (2004) na cidade de São Paulo, com 383 adolescentes, 253 (66,3%) residiam com os pais o que vai de encontro com nosso estudo.

Com relação à religião, o catolicismo foi a mais amplamente difundida entre os universitários desse estudo, confirmando a referência a uma maioria de católicos entre os cabo-verdianos (INE, 2010).

2 Actividade sexual

Na literatura sobre adolescentes e jovens um dos indicadores mais usados no debate sobre a iniciação sexual tem sido a idade da primeira relação sexual (Schor, 1984, 1993; D'Oro, 1992; Berquó, 1999; Rua e Abramovay, 2001; PNDS, 2006).

No nosso estudo aproximadamente 95% dos universitários afirmaram já ter iniciado a sua vida sexual (n=847). A média de idade de início foi 16,5 anos (DP = 1,9 anos) e deste mais de 50% referiram não ter usado preservativo na sua primeira relação.

No estudo de Tavares *et al* (2012) realizado em 2007 na Ilha de Santiago, Cabo Verde, com amostra representativa de adolescentes entre 13 e 17 anos, a idade de início da vida sexual observada foi de 14 anos (DP= 2,0) entre os homens e 15 (DP= 1,6) entre as mulheres.

O nosso estudo também corrobora com dados do estudo Global Sex Survey (2005), realizado a mais de trezentos mil jovens de 41 países, a idade média para a primeira relação sexual situada entre os 16,5 e os 18 anos. No grupo de jovens com idades entre os 25 e os 34 anos, a primeira relação surgiu aos 17,9 anos e no grupo de jovens com idades entre os 16 e 20, a primeira relação foi em média aos 16,3 anos (Durex, 2005).

Em Cabo Verde de acordo com o IDSR II (2005), 11,4% das raparigas dos 15-19 anos declarou ter tido a primeira relação sexual antes dos 15 anos. Essa percentagem sobe para 32,2% nos rapazes do mesmo grupo etário e existe um fraco conhecimento e utilização de contraceptivos, tendo a utilização de um método contraceptivo na primeira relação sexual sido referida por apenas 20% de meninas e 18% dos rapazes. Esses resultados vão de encontro com os nossos resultados onde dos 95% que iniciaram a sua vida sexual apenas 51,8% deles usou preservativo na primeira relação. Segundo Longo (2002) a diminuição da idade de iniciação sexual sem protecção aumenta o risco a contaminação às IST/SIDA.

Quanto ao uso de contraceptivos, no nosso estudo observou-se que 61,6% afirmam usá-lo atualmente contudo 56,3% não usou preservativo no seu último contacto sexual. Este resultado mostrou-se ser inferior aos dados recolhidos no “Youth Risk Behavior Surveillance” (Eaton *et al.*, 2008), que demonstra que 61,5% dos estudantes afirmaram ter utilizado o preservativo na última relação sexual. No geral, a prevalência de ter usado foi maior entre os homens (68,5%) em relação às mulheres (54,9%) o que se assemelha aos nossos resultados que apesar da frequência de uso na última relação ser baixa nas mulheres mostrou-se ser mais baixa (39,9%) e nos homens (48,6%).

De acordo com INE, (2000) o conhecimento sobre algum tipo de método anticoncepcional entre os cidadãos de Cabo Verde era elevada, acima de 97% independentemente do sexo, estado conjugal e experiência sexual, também a prevalência do uso de algum tipo de contraceptivo era elevada, acima dos 75% entre homens e mulheres casados, sendo a pílula (42,5%, preservativo masculino (20,5%) e anticoncepcionais injectáveis (36,5%) os métodos

mais utilizados). Mas no entanto de acordo com o relatório do Ministério da Saúde de Cabo Verde, a prevalência de algum tipo de método contraceptivo no ano de 2011 diminuiu para 35,2%, sendo a pílula (31,8%), o preservativo masculino (28,1%) e o anticoncepcional injectável (24,1%) os mais utilizados (Ministério da Saúde, 2012).

Entre adolescentes de 15-19 anos, ainda de acordo com INE (2000), a prevalência de uso de contraceptivos era de 24%. No entanto, no ano de 2007 a prevalência de uso de algum tipo de método anticoncepcional entre jovens cabo-verdianos na faixa etária dos 15 a 19 anos aumentou para 50,6% (INE, 2007). Esse aumento na utilização de contraceptivos pode estar relacionado ao processo educativo sobre métodos anticoncepcionais nas escolas que vem se dando por meio da disciplina de Formação Pessoal e Social, além da distribuição regular de preservativos pelos órgãos públicos de saúde, entre outros fatores.

Por outro lado, nosso estudo contraria os resultados obtidos na pesquisa de Tavares *et al.* (2012) realizado com adolescentes de escolas secundárias da Ilha de Santiago. Esse autor observou que a maioria dos adolescentes (84,7%) declarou o uso de preservativo na primeira relação sexual e que possuíam alto nível de conhecimento (93%) dos métodos anticoncepcionais mais difundidos. Os resultados do presente estudo mostram que a maioria dos jovens universitários declara não ter usado preservativo na primeira relação.

O conhecimento acerca do uso de métodos anticoncepcionais não está directamente associado ao seu uso, varia em função da relação efectivo-sexual, ou seja se a relação for de namoro, portanto considera-se estável e em média há menor uso do preservativo se comparado com adolescentes em situação de não namoro (Castro, 2004).

No que diz respeito à frequência de práticas homossexuais apenas 7 (0,8%) responderam ter tido ou tem relações com pessoas do mesmo sexo, evidenciando o predomínio da heterossexualidade entre os jovens investigados. Apesar da homossexualidade ser um facto em África, ainda não é aceite como uma das expressões da sexualidade humana por certas culturas locais. Devido ao preconceito e como pretexto de preservação de valores culturais africanos, Cabo Verde não foge à regra. Ser homossexual declarado é motivo de preconceito e alguma rejeição social razão pela qual, muitos ainda não manifestam claramente a sua opção sexual. Este resultado se assemelha aos resultados de Feres *et al* (2001), em trabalhos feitos

com estudantes universitários no Brasil onde encontrou que 95,6% dos pesquisados referiram ser heterossexual enquanto que o restante estava dividido em homossexuais e bissexuais.

3 Comportamento

Analisando alguns estudos efectuados no âmbito da utilização inconsciente dos métodos contraceptivos e do preservativo, verificou-se que os jovens, no geral, utilizam de forma irregular a contracepção ou então não usam qualquer método expondo-se às IST/SIDA (Associação Planeamento da Família, 2012; Matos et al, 2011; Reis & Matos 2008; UNAIDS, 2008) o que também se verifica nos nossos resultados e chama atenção a frequência relativamente baixa do uso de preservativos, “sempre ou quase sempre” em apenas 24,4% dos respondentes com vida sexual activa o que mostra grande irregularidade no uso da contracepção.

Esta situação de irregularidade no uso do preservativo pode estar associada ao tipo de relacionamento. Nos casos de relação estável com parceiro fixo, a tendência é não usar o preservativo, ponto este verificado no nosso estudo, pois verificamos uma baixa proporção de uso consistente com parceiros fixos e um novo parceiro ou relações ocasionais aumentam o uso de preservativo para 65,9% “sempre ou quase sempre.

Dos jovens inquiridos no nosso estudo (41,4%) referem 3 ou mais parceiros na vida e 67,1% (560), 1 a 2 no último ano, embora chama a atenção que 42% (375) refiram um único parceria no último ano. O número de parceiros e a existência de parceiros ocasionais tendem a ser características do comportamento sexual dos jovens adultos. Os nossos resultados estão de acordo com estudos analisados, onde se observa uma forte tendência para que os jovens tenham relações sexuais esporádicas e com parceiros diferentes.

Os valores observados são superiores ao estudo feito por Eaton *et al*, (2008) com estudantes do ensino médio nos EUA que obteve uma taxa de 14,9% dos jovens que afirmaram ter tido quatro ou mais parceiros na sua vida sexual. Pode-se inferir que com a diminuição da média de idade para a primeira relação sexual e o início mais tardio de uma relação estável os jovens tendam a ter mais parceiros durante a sua vida.

Sieverdin *et al.* (2005) analisaram os resultados de um programa de educação para a saúde no estado de Califórnia (EUA), para jovens sexualmente activos, verificaram que 63% tinham tido dois ou mais parceiros sexuais, 47% não tinham usado preservativo e 18% tinham tido pelo menos uma IST. Estes resultados mostraram ser muito próximos dos nossos embora, apesar de elevada percentagem de frequência de múltiplos parceiros (41,4%) apenas 4,6% afirmaram ter já tido algum tipo de IST.

Estudos como os de Gabriela *et al.* (2012) e Wetherill *et al.* (2010) apontam à indisponibilidade de acesso aos preservativos e a razões relacionadas com a personalidade, como a procura de sensações sexuais parecem estar relacionadas com a prática de relações sexuais de risco e variância residual dos comportamentos sexuais preventivos.

Em Cabo Verde a oferta de preservativo é gratuito nos Centros de Saúde porém a baixa frequência de uso pode estar relacionada com personalidade, a procura de sensações sexuais pois nos nossos resultados é frequente a opinião de que o preservativo diminui o prazer, quase 70% consideram que sim, variando de “às vezes” à “sempre” ainda outra possível razão para o baixo uso pode estar associado ao papel da percepção da auto-eficácia enquanto competência comportamental para adopção e manutenção de comportamentos sexuais preventivos.

A Teoria da Auto-eficácia sugere o funcionamento da auto-regulação do comportamento individual (Bandura, 1977).

Bandura (1977), ainda levanta a problemática do indivíduo ser capaz de manter uma conduta consistente e coerente ao longo do tempo, seja através de normas e reforços externos, como através de normas e reforços auto-impostos. Esta capacidade de se auto-regular, acompanhada da convicção de que é capaz de realizar um dado comportamento, aumenta a possibilidade de que o indivíduo mantenha ou modifique o seu comportamento.

A auto-eficácia tem um importante papel na forma como aprendemos e mantemos novos comportamentos, estando para Bandura, sustentada por factores biológicos, socio-cognitivos e de comportamento (Rubio & Medina, 2002).

Estudos apontam que jovens com elevados níveis de auto-eficácia sexual (exemplo, negociar o uso do preservativo com um parceiro sexual) têm menos comportamento de risco e jovens com baixos níveis de auto-eficácia tendem mais frequentemente a realizar práticas sexuais de risco (Katz et al & Orr, 2000; Reissing, Lalibert & David, 2005).

No nosso estudo a proporção da aceitação de não usar preservativo diante da negativa do parceiro é de 34,7%, quando agregamos as respostas “metade das vezes, habitualmente e sempre ou quase sempre ou seja uma percentagem significativa tem baixos níveis de auto-eficácia (negociar o uso do preservativo com um parceiro sexual) o que indica que existe falta de comunicação directamente com o parceiro sobre as suas preocupações sexuais e negociações de protecção sexual, assegurando assim o seu uso (Bandura, 2007). Os nossos jovens mostraram ter dificuldades em recusar ter relações sem preservativo ou capacidade de convencerem o parceiro a usar o preservativo.

Desta forma, a percepção de auto-eficácia sexual é um factor que pode contribuir para que um jovem possa decidir ter relações sexuais seguras ou inseguras e apesar de os indivíduos saberem que os comportamentos sexuais seguros reduzem o risco de infecção, só os adoptam se acreditarem que são capazes de os desempenhar (Coulter, 2007).

Os estudos de Seth *et al.* (2010) defendem que para executar um comportamento sexual saudável o jovem necessita de melhores competências comunicacionais sexuais e uma percepção de prazer mais elevada, um maior suporte social e atitudes mais positivas acerca do uso de contraceptivos e do preservativo, o que sugere que as intervenções com adolescentes e jovens adultos devem ajudar a otimizar as competências comunicacionais, dirigir-se a aspectos motivacionais e ensinar os jovens a ter prazer em actividades sexuais protectoras (Reece, Herbenick, Hollub, Hensel, & Middlestadt, 2010).

Uma atitude que deveria ser orientada pelos profissionais de saúde e educação aos jovens é o diálogo entre os parceiros, esta atitude é fundamental para a preservação da saúde sexual (Neves, 2003).

Na transmissão sexual do VIH as relações de género, ou seja, um comportamento construído socialmente e marcado pela cultura para definir atitudes de homem e mulher, torna ambos mais frágeis e vulneráveis. Enquanto o que é culturalmente aceitável sinaliza uma cobrança de que o homem tenha que ser viril, a mulher tem que ser submissa, cria-se um contexto social que dificulta a negociação do sexo seguro, tornando-as mais vulneráveis à infecção pelo VIH (Neves & Gir, 2006).

Apesar das mulheres terem informação e conhecerem os riscos, elas não usam o preservativo em relacionamento estável devido à ausência de poder de decisão, pelas relações desiguais de género e pelas questões relacionadas à fidelidade conjugal (Hebling & Guimarães, 2004).

4 Conhecimento

Com os resultados, verificou-se que os sujeitos da pesquisa apresentaram um grau de conhecimento sobre IST/VIH/SIDA, inferior ao que se esperaria do seu grau de escolaridade pois a média de acerto foi de 64%. No entanto considerando-se que os jovens universitários têm um acesso privilegiado à informação, face a este resultado observa-se que ainda existe um longo caminho a percorrer no esclarecimento e na informação nessa população. Isso poderá levar a não o colocarem em prática quando se considera esse para o uso de mecanismos de autoprotecção, uma vez que o preservativo também não é usado por todos. Torna-senecessário sensibilizá-los para a relevância da temática da saúde sexual e reprodutiva e para as escolhas mais convenientes, decididas através de uma atitude responsável na contracepção.

A maioria dos alunos (78,5%) possui a informação correcta de que ainda não existe uma cura para a SIDA. O conhecimento da irreversibilidade e fatalidade da SIDA poderia levar a comportamentos mais protectores, em virtude do receio de poder vir a se infectado. No entanto, isto pode não corresponder a verdade. Num estudo feito por Amaro *et al.* (2004), foi observado que mais de metade dos portugueses e especialmente os jovens, não se identificam como estando em risco. Considera-se que sem a personalização do risco é muito difícil aos jovens manifestarem um padrão consistente de comportamentos protectores.

Apesar de uma grande parte mostrar saber que não existe cura para SIDA, temos uma percentagem considerável que errou 32,1% ou mostrou ter desconhecimento 37,1% facto este que nos deixa preocupados, pois os que têm essa percepção podem sentir-se confiantes e que não há necessidade de se preocupar o que poderá diminuir a atenção para a prevenção e aumentar o risco a infecções. Esta dúvida e desconhecimento poderá estar associado a de vez em quando se notícia na comunicação social que determinada vacina contra o VIH está sendo desenvolvida, levando-os, eventualmente, a crer que na existência de uma vacina.

Apesar da grande maioria (62,6%) ter afirmado que pode se estar infectado pelo VIH sem ter SIDA, torna-se interessante é que alguns dos nossos jovens erram por afirmam que um pessoa infectada com o VIH está doente com SIDA. Mesmo que uma pequena parte tenha errado, este valor sugere que poderá existir uma grande percentagem de jovens que confunde o VIH com a SIDA, explicação que vem na linha daquela que foi encontrada por Lopes (2004) no seu estudo com uma amostra representativa de alunos do ensino secundário de todo o Portugal.

A grande maioria dos jovens (70,8%) parecem ter conhecimento dos efeitos nocivos que o VIH produz no sistema imunitário, debilitando e diminuindo a capacidade deste para fazer frente aos agentes patogénicos que invadem o organismo.

O estudo mostra-nos que pode haver razões para alguma preocupação acerca dos conhecimentos que os jovens têm sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA. Apesar da grande maioria ter a percepção que o VIH é transmitido por material de uso endovenoso, transmissão vertical, sexual vaginal e que o uso do preservativo pode ajudar a combater a propagação da infecção, ainda existe alguma falta de conhecimento acerca do sexo anal e oral como forma de transmissão. Pois apenas 49,7% acertarem o item “*Não há perigo de se apanhar o VIH e contrair o SIDA se se fizer sexo oral sem preservativo*” e no item “*Fazer sexo anal sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras que há*” tivemos 13,5% de erro e 27,5% de desconhecimento. No entanto a maioria dos alunos demonstra conhecer o facto segundo o qual uma mãe portadora do VIH (transmissão vertical) pode transmitir o vírus ao bebé, bem como o facto de o sangue se assumir como o principal veículo de transporte do VIH. Já a percentagem relativamente elevada dos que não têm conhecimento de que o VIH se encontra no sémen (46%) poderia significar ou ignorância em relação aos fluidos onde

poderemos encontrar o vírus ou, eventualmente desconhecimento sobre o que é sémen, conceito pouco utilizado pelos jovens. Deste modo observou-se uma enorme falta de conhecimento e a presença de ideias enraizadas sobre os modos como o VIH não se transmite, o que está de acordo com outros estudos Euro barómetro (2003).

Outro ponto a ser destacado é que 93% dos jovens parecem conhecer a capacidade do preservativo para a prevenção do VIH. Contudo, , mais de 17% dos alunos cogitam a possibilidade de se usar o mesmo preservativo mais do que uma vez.

Percebe-se que apesar de toda a informação já veiculada sobre a SIDA, tanto sobre os benefícios preventivos e mesmo aquelas que amedrontam; o conhecimento adquirido sobre o vírus e o modo de transmissão ainda não permitiram aos jovens uma mudança de comportamento para o uso do preservativo. Aumentar o nível de informação sobre as vias de transmissão do VIH e sobre a necessidade de usar o preservativo não garante mudanças comportamentais, o que indica a necessidade dos programas preventivos contemplarem o contexto psicossocial do indivíduo e as diferenças de género (Antunes, Peres, Paiva, Stall & Hearst, 2002).

Uma reportagem da revista *Veja*, em edição especial, sobre os “jovens”, refere que nunca os jovens foram tão bem informados sobre sex, porém eles nem sempre levam a teoria à prática. Na reportagem, o psiquiatra Jairo Bauer aponta que os jovens não conseguem processar toda a massa de informações, ou seja, que a informação nem sempre se traduz necessariamente numa prática mais cuidadosa (Oliveira, 2001).

Onde parece que jovens inquiridos tem muita certeza (93 %), é que o VIH “não escolhe”, ou seja, não é a cor da pele ou a raça que determina quem é que está ou não exposto à infecção. No entanto, quando se fala da relação entre comportamentos sexuais individuais, grupos sexuais e infecção pelo VIH, os jovens já não reconhecem essa aleatoriedade, pois ainda que uma grande parte possua a informação correcta (49,3%), é de relevar o facto de mais de metade ter errado ou parece desconhecer a relação entre comportamentos sexuais inseguros e infecção pelo VIH, acreditando que o grau de vulnerabilidade ao VIH é determinado pelo grupo a que se pertence. É possível que estes associem o VIH/SIDA aos grupos de minoria social: toxicod dependentes e homossexuais considerados por muitos ainda com grupos de

risco, conceito este que dominou os discursos relacionados com antransmissão do VIH durante a primeira década da epidemia e que parece ainda estar vigente no seio dos nossos jovens mostrando assim um certo grau de desconhecimento que por sua vez pode fazê-los sentirem confiante, pois os que acham que não fazem parte destes grupos podem sentir-se fora de perigo.

Relativo ao consumo de álcool e drogas e o comportamento sexual dos jovens os resultados poderia indiciar que grande parte dos inquiridos (66,3%) estão cientes dos efeitos maléficos da bebida e das drogas sobre o comportamento (como a prática do sexo desprotegido e o envolvimento com mais de um parceiro sexual expondo-lhe ao risco de contágio de IST's e do VIH/SIDA), ainda sim cerca de um terço (33,7%) desconhece que o consumo de drogas psicoactivas poderá diminuir-lhes a capacidade para tomarem decisões comportamentais responsáveis apresentam comportamentos de risco, usando essas substâncias muitas vezes de forma descontrolada (Reis & Dessunti, 2007; Silva, Malbergier, Stempliuk, & Andrade, 2006).

Os nossos resultados vão de encontro com os dos autores supracitados. Observamos que 33,7% (quando agregamos os valores de sempre, habitualmente, metade as vezes e às vezes) afirmam ter relações sexuais sem preservativo após o consumo de álcool ou drogas o que ainda corrobora com diversos estudos (Eaton *et al.*, 2008; Labre, Earleywinw, Schiffman, Pederson, & Marriot, 2005; Wang *et al.*, 2009; Wang, Li, Stanton, Zhang & Fang, 2010).

Ainda outros estudos que mostram uma mesma tendência que o nosso foi de Santos (2011) realizado com 666 estudantes do ensino superior em Portugal onde cerca de 13% afirmaram ter tido relações depois de terem consumido álcool. Reis e Matos (2009) apresentaram um resultado próximo ao que encontramos, 31,4% dos jovens universitários mencionaram ter tido relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas.

Desta forma salienta-se que os comportamentos sexuais de risco são da responsabilidade de cada individuo que decide escolher um comportamento entre os vários possíveis, relacionados com os seus conhecimentos, comportamentos e crenças. Também depende da sua educação do meio socioeconómico e cultural. Por sua vez é preciso orientar e educar os jovens antes destes se depararem com tomadas de decisões acerca da sua sexualidade e comportamentos

sexuais de risco, o que implica trabalhar na aquisição de conhecimentos mas, também, de atitudes e valores importantes na prevenção da saúde sexual (FNUAP, 2005).

Conclusão

Acreditamos ter alcançamos os objetivos de nossa pesquisa, onde descrevemos o conhecimento dos Universitários bem como, caracterizar os comportamentos sexuais e factores (atitudes, embaraço e conhecimentos) que facilitam e/ou dificultam o uso do preservativo, identificar comportamentos que podem colocar os universitários em risco de infecção.

Da pesquisa feita em 893 alunos de ambos os sexos de uma universidade privada de Cabo Verde – Universidade Jean Piaget, permitiu-nos traçar o perfil sociodemográfico dos estudantes, pois os jovens investigados foram ser maioritariamente do sexo feminino, solteiro, católico, sem renda individual mensal, e coabitando com os familiares

Concluiu-se que o início das relações sexuais ocorrera em média aos 16,5 anos e destes mais de 50% referiram não ter usado preservativo na sua primeira relação. Dos sexualmente activos, mais de metade 56,3% não usou preservativo no seu último contacto sexual.

Resumidamente a análise dos conhecimentos aponta que os sujeitos da pesquisa não têm um nível de conhecimentos sobre IST/HIV/SIDA compatível com seu grau de escolaridade, existem lacunas informativas que chamam a nossa atenção, pois podem ser condicionantes que aumentam a vulnerabilidade à infecção às IST. Existe conhecimento sobre o uso de

preservativos como método de prevenção das IST e SIDA mas o seu uso não é frequente nas relações sexuais. Estes informam saber o que quer dizer SIDA mas, verificou-se pouco conhecimento e uma certa confusão entre o VIH e a SIDA, sobre as formas de transmissão e prevenção, como a crença na existência de vacina, o que é preocupante, e implica na necessidade de uma ação permanente voltada a esses jovens para esclarecimento sobre o assunto. Os alunos sabem da importância e eficácia do uso de preservativo em todas as relações e tem o conhecimento de como pode se prevenir de uma IST, mas mantém um perfil importante de vulnerabilidade ao se exporem a situações de risco.

Este grau de conhecimento inferior ao esperado pode ser o motivo para não colocarem em prática mecanismos de auto-proteção, uma vez que o preservativo não é usado pela maioria. Entretanto, não pudemos demonstrar a ocorrência de correlação entre nível de conhecimento e uso de preservativos, o que confirma dados de literatura que apontam que o nível de informação sobre os modos de transmissão do HIV, não garante mudanças de comportamento ou seja estar bem informado sobre a prevenção de IST/VIH/SIDA não garante que os jovens não realizem comportamentos que os possam colocar em risco de se infectar. Chama atenção a associação do não uso com um número menor de parceiros -1 ou 2 – no último ano, que ao lado das respostas que indicam a mudança de atitude diante de um parceiro fixo ou eventual permite inferir que a relação com um parceiro considerado “fixo” seja um importante determinante.

Uma pequena parte dos alunos faz uso consistente de preservativos (sempre ou quase sempre), mas os resultados confirmam também a existência de factores que podem levar a comportamentos sexuais de exposição a situações de risco, como ter múltiplos parceiros, parceiros ocasionais, relações sexuais associados ao álcool e drogas e até mesmo já ter tido uma IST. O facto de terem parceiros ocasionais associado a não usarem de forma consistente o preservativo são os factores de elevado risco para uma infecção. Associado a esses dois factores acrescenta-se a existência de vários parceiros sexuais ou um relacionamento não estável, como situações que podem fazer aumentar a probabilidade de infecção pelo VIH. Outro motivo pode promover o não uso do preservativo, é que ele ainda é visto como algo que diminui a sensibilidade, interferindo negativamente no clima da relação

Os dados foram esclarecedores e concluiu-se que os jovens necessitam de ações de educação em saúde para promover a saúde sexual, uma vez que apresentaram posturas vulneráveis à aquisição de IST, apesar de fazerem parte de um grupo populacional diferenciado, com acesso facilitado a informações de saúde. Dessa forma, percebe-se que a realidade dos jovens da graduação, ao menos em termos de vulnerabilidade individual, não está distante da realidade dos grupos vulneráveis à negociação contínua do preservativo e aos relacionamentos sexuais inseguros.

Este estudo mostrou-nos a importância dos jovens serem informados dos vários métodos existentes, modos de ação, vantagens e desvantagens de cada um para que tenham a possibilidade de escolha livre e consciente do método mais adequado. De modo que essas ações devem começar no planeamento familiar, nos adolescentes do ensino secundário de forma a promover continuamente o uso sistemático e contínuo do preservativo, mas existe um aspecto fundamental a levar em consideração que é atitude positiva que os jovens devem ter relação à sua sexualidade, ou seja ele deve estar disposto a aprender sobre a sexualidade, IST e contraceção, ter a capacidade de discutir e utilizar o contraceptivo com o parceiro e pensar como adequar métodos contraceptivos.

Muito já se avançou em termos do conhecimento da doença, do tratamento, da diminuição do preconceito, da eliminação da transmissão do vírus em transfusões, mas apesar disso, muito ainda se tem a fazer. É importante salientar que ter conhecimento e informação não implica necessariamente em mudanças de comportamento

Este trabalho apresenta algumas limitações dentre elas, uma população de estudo muito amplo (893) e representativa da universidade em estudo, um questionário auto preenchido e amplo (60 questões - o que dificulta a análise e interpretação dos resultados) e com tema de natureza privada e íntimo o que pode ter influenciado nas respostas, pois dependem muito da percepção que os jovens são capazes de ter, e ainda a não validação anterior do instrumento utilizado. Embora tenha se baseado em instrumentos já validados em outros locais a adaptação feita não sofreu uma análise de conteúdo e acurácia. Nesse sentido, podemos dizer que o material recolhido ainda poderá exigir análises mais detalhadas que talvez possam ampliar a sensibilidade e especificidade do instrumento para futuras aplicações.

Não obstante a população em estudo ser grandes, não podemos esquecer a dimensão circunscrita de nosso estudo, pelo que a sua eventual representatividade é limitada aos universitários da instituição onde os dados foram recolhidos - uma universidade privada de Cabo Verde - portanto não pode ser generalizado a todos os universitários do país. Contudo, acreditamos que os estudantes da UniPiaget não são muito diferentes dos demais universitários, pois estão todos inseridos no mesmo contexto sociocultural.

Apesar das limitações, consideramos que os resultados obtidos permitem: adquirir um conhecimento mais real sobre o conhecimento e os comportamentos sexuais que podem por em risco os estudantes universitários; verificar os efeitos e importância da educação sexual no ensino secundário; contribuir na promoção e prevenção da saúde sexual, já que essas informações poderá ajudar na intervenção pedagógica focada para esse grupo e assim promover comportamentos sexuais mais saudáveis.

Nesse sentido, uma sugestão que deixamos é que a partir dessa pesquisa se possa elaborar estudos comparativos abrangendo todas as universidades de Cabo Verde, com instrumento já validado. Por sugestão dos professores que ajudaram na aplicação dos questionários, seria interessante fazer um estudo semelhante numa amostra de professores universitários de forma a avaliar a sua preparação como educadores para saúde. Ainda uma última sugestão é avaliar o programa da disciplina de Formação Pessoal e Social do ensino secundário e fazer as necessárias mudanças para a realidade actual e do nosso País bem como avaliar os programas de Planeamento familiar e Programas de Prevenção do VIH/SIDA

Visto que a universidade ministra cursos da área de saúde e promotora da mesma, seria interessante que se criasse uma equipa multidisciplinar e parcerias com centros de saúde, hospital e associações ligadas a saúde reprodutiva, que prestasse apoio e orientação (informações e competências sobre os métodos contraceptivos e planeamento familiar, encaminhar para consultas de ginecologia) para os alunos. Ainda seria importante que na universidade se criasse um espaço para facultar e disponibilizar contraceptivos (preservativo).

Esperamos que o nosso estudo contribua como incentivo para pesquisa futuras na área da saúde sexual.

Bibliografia

Alfaro, A. C., Roche, R. G., Alfonso, R. F. E., & Abreu, J. F. (2000). Instrumento de trabalho para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 52 (1), 48-54.

Almeida, A. D., Silva, C.F., Cunha, G.S. (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.

Almeida, M. C. C., Aquino, E. M., Gaffikin, L., Magnani, R. J. (2003). Uso do preservativo por adolescentes de escola pública estadual da Bahia. *Revista de Saúde Pública*, 37 (5): 566-575.

Alvarez, M. J. (2005) *Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco – o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Alves, A.,S., Lopes M. H. B. M. (2008). Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira da Enfermagem*, 61 (1):11-7.

Amaro, F., Frazão, C., Pereira, M. E. E Teles, L. C. (2004). HIV/AIDS Risk Perception, Attitudes and Sexual Behaviour in Portugal. *International Journal of STD & AIDS*, 15, 56-60.

Anastácio, Z. C. (2010). *Sexualidade na fase intermédia da adolescência: relacionamentos, comportamentos e conhecimentos*. INFAD.

Antunes, M. C, Peres, C. A, Paiva, V., Stall, R., Hearst, N. (2002). Diferenças na prevenção da AIDS entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4):88-95.

APF – Associação para o Planeamento da Família (2012). Resultados de uma campamha intitulada “*Jogo de cintura para uma contraceção segura*”.

Aquino, M. L., Heilborn, M. L., Knauth, D., Bozon, M., Almeida, M. C., & Araújo, J. (2003). Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (Sup.2):S377-S388.

Ayres, J. R. (1994). Epidemiologia sem números: Outras reflexões sobre a ciência epidemiológica, a propósito da AIDS. *Seminário Epidemiologia Social da AIDS, Anais*, (pp. 8-19). Rio de Janeiro.

Ayres, J. R. França, J., Calazans & Saletti, F. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. Em M. R. Barbosa & R. Parker (Orgs.), *Sexualidade pelo avesso: Direitos, identidades e poder* (pp. 49-72). Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: ED. 34.

Ayres, J. R., Freitas A. C., Santos, M. A. S., Saletti Filho, H. C., & França Júnior I. (2003). Adolescência e AIDS: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 7 (12): 123-38.

Azevedo, F. L. (2005). *Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. Saúde da população negra no Brasil –*

Contribuições para a promoção da Equidade – FUNASA. Brasília: Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84: 191-215.

Bandura, A. (2007). Much ado over a faulty conception of perceived self-efficacy grounded in faulty experimentation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (6): 641-658.

Barkley, T. W. JR., Burns, J. L. (2000). Factor analysis of the Condom Use Self Efficacy Scale among multicultural college students. *Health Education Research*. 15 (4): 485-489.

Bastos, S., Bonfim, J, R, A., Fernandes, M, E, L., Figueiredo, R., & Kalckmann, S. (2009). Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e procura da contracepção de emergência em farmácias e drogarias do município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 4.

Bedin, A, J., Michelotti, A, V, G., Silva, D, B., Oliveira Neto, F, C., Zancanaro, R, S, S., (2009). O desenvolvimento de práticas educativas no contexto das DST/AIDS e a ampliação do acesso aos métodos preventivos: um projecto de extensão universitária. *Revista Omnia Saúde*. 6, n. 2, p. 41-54.

Belo, M. A. V., & Silva, J. L. P. (2004). Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Revista de Saúde Pública*. 38(4):

Berquó, E. (1999). Ainda a questão da esterilização feminina. In Giffin K., Costa S. H. *Questões de saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro: editora Fiocruz.

Borges, A. L. V. (2004). *Adolescência e vida sexual: Análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo*. Tese de Doutaramento, Departamento de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Campos, M. A. B. (2000). Gravidez na Adolescência. A imposição de uma nova identidade. *Pediatria Atual*, 13 (12/12): 25-26.

Cardoso, S. M. (2005). *Crônicas Para epidemiológicas*, Nº 2, Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Castillo, E. B. (2001). Salud y Relaciones Afectivas y Sexuales Adolescentes. Manual De Salud Reproductiva en la Adolescencia. Grupo de Trabajo Sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia. *Sociedad Española de Contracepción*, enero, 623-658.

Castro, M. G., Abramovay, M., Silva, L. B. (2004) *Juventude e sexualidade*. Brasília: UNESCO.

CDC - Centers For Disease Control And Prevention. (2001). *MMWR. Morbidity and Mortality weekly report*. USA. Department of Health & Human Services.50 (21).

Centro de Informação das Nações Unidas. (2001). *Uma visão global da epidemia do VIH/SIDA*. Portugal. Recuperado em 12 de Marco, 2013, de <https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/AIDS/Visao.pdf>.

Chauvin, B. & Hermand, D. (2006). Influence des variables distales sur la perception des risques: une revue de la littérature de 1978 à 2005. *Les cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, (72), 65-84.

Cochran, S. D., & Mays, M., (1989). Women and AIDS-Related: Concerns Roles for Psychologists in Helping the Worried Well. *American Psychologist*, March vol44 n.3, 529-535.

Comité de Coordenação de Combate à SIDA. (2006). *Estudo qualitativo e estimativa do tamanho de duas populações em risco pra o VIH/SIDA: usuários de drogas injectáveis e profissionais do sexo*. Programa das Nações Unidas. Praia.

Costa, A. S. (2008). A Educação Sexual numa escola do 3.º ciclo do ensino básico. In *Sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Educação para a Saúde no século XXI: teorias, modelos e práticas*.

Costa, J. A., & E Melo, A. S. (1999). *Dicionário de Língua Portuguesa* (8ª Ed. Rev. e Actual.). Porto: Porto Editora

Coulter, A., (2007). *Sexual sensation seeking and self-efficacy's relationship to sexual risk taking behavior*. Dissertação de Mestrado, Humboldt State University, Califórnia, Estados Unidos América.

Crawford, M., & Popp, D. (2003). Sexual double standards: a review and methodological critique of two decades of research. *The Journal of Sex Research*, Allentown, v. 40, n. 1, p. 13-36.

D'Oro, A. C. D. A. (1992). *Gravidez na adolescência: estudo de adolescentes atendidas em serviços de saúde da cidade de São Carlos, Estado de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, Brasil.

Dessunti, E. M., Reis, A. O. A., (2007). Factores psicossociais e comportamentais associados ao risco de DST/AIDS entre estudantes da área de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15 (2): 85-93.

Diclemente, R., Crosby, R. E., & Wingood, G. (2002). La Prevención del VIH en Adolescentes: Deficiencias Detectadas y Enfoques Nuevos. *Perspectivas*, vol. XXXII, n.º 2, junio.

Durex (2005). *Give and Receive – 2005 Global Sex Survey Results*.

Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W., Lowry, R., Mcmanus, T., Cheyen, D., Lim, C., Brener, N., & Wechsler, H. (2008). Youth risk behavior surveillance, United States, 2007. *MMWR*, 57(SS-4), 1-136.

Espejo, X., Tsunechiro, M. A., Osis, M. J., Duarte, G. A., Bahamondese, L., & Sousa, M. H. (2003). Knowledge adequacy on contraceptives among women in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (5): 83-590.

Figueiras, M. J., Marcelino, D., & Ferreira, M. M. (2009). Preditores da intenção de adoptar comportamentos preventivos face ao VIH/SIDA em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 27 (2): 27-36.

FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População. (2005). A situação da população mundial 2005 – A promessa de Igualdade: Equidade em matéria de Género. *Saúde Reprodutiva e Objectivos de Desenvolvimento do milénio*, 45-55.

FOX, M. (2002). *Prevenção da SIDA Salva Cerca de 1.5 Milhões*.

Gabriela, P., Virginia, I. F., Sonia, M. M., Jerry, J., Suyapa, M., Mayte, P., Damien, D., David, M., & Edgar, M. (2012). Unsafe sexual behaviors among HIV – Positive men and women in Honduras: The role of discrimination, condom access, and gender. *Sexually Transmitted Diseases*, 39 (1): 35-41.

Galvão, J. (2000). *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Ed.34.

Gutnik, L. A., Hakimzada, A. F., Yoskowitz, N. A., Patel, V. L. (2006). The role of emotion in decision-making: A cognitive neuroeconomic approach towards understanding sexual risk behavior. *Journal of Biomedical Informatics*, 39, 720–736.

Hearst, N., & Chen, S., (2004). Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working? *Journal Studies in Family Planning*, 35(1): 39-47.

Hebling, E. M., Guimarães, I. R. F. (2004). Mulheres e AIDS: relações de género e o uso do preservativo com parceiro estável. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5):1211-1218.

Heilborn, M. L. (2006). Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias biográficas Juvenis. In: Heilborn, M. L. Aquino, E. M. L.; Bozon, M.; Knauth, D. R. (org.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, p.29-57.

Heilborn, M. L., Aquino, E., Bozon, M., Knauth, D. R., (2006) *O Aprendizado da Sexualidade: reprodução e trajectórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond.

INE - Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. (2000) *Inquérito demográfico e de Saúde Reprodutiva 1998*. Praia Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Praia.

INE - Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. (2002) *Censo demográfico 2000*. Praia Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Praia.

INE - Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. (2007) *Inquérito demográfico e de Saúde Reprodutiva 2005 – IDSR II*. Praia Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Praia.

INE - Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. (2012) *Censo demográfico 2010*. Praia Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Praia.

Jones, B. (2010). *Theoretical concepts. Health Belief Model*. Chapter 4. Jones and Bartlett (Eds.), 31-36.

Kaestle, C. E., Halpern, C. T, Miller, W., Ford C. (2005). Young age at first Sexual intercourse precede partner violence in adolescent romantic relationships. *Journal of Adolescent Health, 36*, 386-392.

Katz, B. P., Fortenberry, J. D., Zimet, G. D., Blythe, M. J., & Orr, P. D. (2000). Partner-specific relationship characteristics and condom use among young people with sexually transmitted diseases. *The Journal of Sex Research, 37* (1): 69-75.

Kirby, D. (1998). Mathtech Questionnaires: Sexuality Questionnaires for Adolescents. In C. M. Davis; W.L. Yarber; R. Baureman.; G. Schreer e S.L. Davis (Eds.). *Handbook of sexuality-related measures: A compendium* (2nd Ed.) (pp. 35-47).

Koopman, C., & Reid, H. (1998) Assessment of Knowledge and Beliefs about HIV/AIDS among Adolescents. In C. M. Davis; W.L. Yarber; R. Baureman.; G. Schreer e S.L. Davis (Eds.). *Handbook of sexuality-related measures: A compendium* (2nd Ed.)

Labrie, J., Earleywinw, M., Schiffman, J., Pederson, E., &marriot, C. (2005). Effects of alcohol, expectancies, and partner type on condom use in college males: Event-Level analyses. *The Journal of Sex Research*, 42 (3): 259-266.

Last, J. M., (2007), *A dictionary of Public Health*. Oxford: University Press.

Lee, S. K., Potempa, M., Swanstrom, R., (2012). The Choreography of HIV-1 Proteolytic Processing and Virion Assembly. *The Journal of Biological Chemistry*, 287: 40867- 40874.

Longo, L. A. F. B. (2002). Juventude e contracepção: um estudo dos factores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. *Revista Brasileira de Estudos Populacional*, 19 (2): 229-48).

Lopes, E. M., Freitas, L.V., Falcão Júnior, J. S. P., Rabelo, S. T. O., Pinheiro, A. K. B., Ximenes, L. B. (2006). Uso de métodos contraceptivos e incidência de gravidezes entre universitários da área de saúde. *Anais XI Encontro Nacional dos Grupos PET*. Florianópolis, Brasil. P.16-21.

Lopes, M. J. M., Leal S. M. C. (2005). A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad. Pagu*, 24 (1):105-25.

Lopes, N. A. (2003). História da Medicina – Saúde Sexual e Reprodutiva. A história do preservativo, in: *Sexualidade e Planeamento Familiar*, nº 37, Maio-Dezembro, pp. 31-33.

Lopes, O. (2004). Crenças e Atitudes Como “Co -Factores” do VIH/SIDA. *5th HIV-AIDS Virtual Congress*. .

Lopes, O. (2006) SIDA. *Os média são deuses de duas cabeças – como estruturar campanhas de Saúde Pública*. Psicossoma, Viseu.

López, P., Lima, R. E. & Mathieu, G. (2002). La Intervención con Adolescentes y Jóvenes en la Prevención y Promoción de la Salud. *Revista Espanhola de Salud Pública*, 76, 577-584.

Mann, J. M, Tarantola, D. & Netter, T. W., (1993). *A AIDS no Mundo*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.

Manrique-Abril, F. G, Diaz, J. M. O. (2007). Practicas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. *Avances en Enfermería*, 25 (2): 101-11.

Masters, W. H., Johnson, V. E. E., & Kolodny, R. C. (2000). *Eros: Los Mundos de la Sexualidad*. Barcelona: Grijalbo.

Matos, M. G., Reis, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social (2011). Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior – *Relatório do estudo HBSC/SSREU*.

Ministério da Saúde. (2011). *Relatório estatístico 2010*, Praia, Cabo Verde.

Ministério da Saúde. (2012). *Relatório estatístico 2011*, Praia, Cabo Verde

Ministério do Ensino Superior. (2013). *Anuário estatístico*. Cabo verde 2012. Praia.

Miranda, A. E., Passos, M. R. L., Gadelha, A. M. J. (2003). Impacto da infecção pela Chlamydia trachomatis na saúde reprodutiva. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 15 (1): 53-58.

Nalwadda, G., Mirembe, F., Tumwesigye, N. M., Byamugisha, J., Fanelid, E. (2011). Constraints and prospects for contraceptive service provision to young people in Uganda: providers' perspectives. *BMC Health Service Research*, 11: 220.

Naves, J. O. S., Merchan-Hamann, E., & Silver, L. D. (2005). Orientação Farmacêutica para DST: uma proposta de sistematização. *Ciência e Saúde Colectiva*, v. 10, n. 4.

Neves, F. R. A. L. O. (2003). *Aconselhamento para a realização da sorologia anti - VIH em gestantes: facilidade e Utopias*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Neves, L. A., de S., Gir, E. (2006). VIH positive mothers' beliefs about mother-to-child transmission. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Oct., 14 (5):781-788.

Ogden, J. (2003). *Psicologia da Saúde*. 2ª Edição. Climepsi Editores.

Oliveira, A. (2001). Eles sabem tudo. Será? *Revista Veja*, Set., 34 (38):24-25. Edição Especial – Veja Jovem.

Paiva, V. (2006). Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos. In: *Sexualidad, estigma y derechos humanos: Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, p. 23-52.

Paiva, V. et al. (2002). Capacitando profissionais e ativistas para avaliar projetos de prevenção do HIV e de AIDS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 4-11, ago. 2002.

Paiva, V., & Grupo de estudos em população, sexualidade e AIDS *et al.*, (2008), Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, vol.42, suppl.1, p. 45-53.

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

Paiva, V., Peres, C., Blessa, C. (2002). Jovens e adolescentes em tempos de Aids reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n.1, p. 55-78.

Pereira, A. M. S., (2006). Stresse e Doença. Contributos da Psicologia da Saúde na Última Década. In I. Leal (Ed.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora, pp. 145-167.

Pereira, S., Morais, M., & Matos, M. (2010). Sexualidade, comportamentos sexuais e VIH/SIDA. In: M. G. Matos (Ed.), *Sexualidade: Afectos e Cultura - gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de ler.

Petri, V. (2001). AIDS e adolescência. In: Saito, M. I., Silva, L. E. U. *Adolescência: prevenção e risco*: São Paulo: Atheneu.

Pinheiro, M.. (2003). *Uma época especial: suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

Pinquart, M. (2010). Ambivalence in Adolescents' Decisions about Having Their First Sexual Intercourse. *Journal of Sex Research*. 47 (5): 440-450.

Pirota, K. C. M. (2002). *Não há guarda-chuva contra o amor: estudo comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários de USP*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, Brasil .

Pirrota, K. C. M., & Schor, N. (2004) Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Revista de Saúde Publica*, 38 (4): 495-502.

Pombo, V., (2003). Sexualidade e Infecções Sexualmente Transmitidas (IST). In L. Fonseca, C. Soares e J.M. Vaz, (Coords.). *A Sexologia – perspectiva multidisciplinar* (Vol. II) (pp. 255-282). Coimbra: Quarteto editora.

Potter, P., Perry, A. (2005). *Fundamentos de Enfermagem*. Volume I. Rio de Janeiro. Elsevier Editora.

Quinlivan, E. B., Patel, S. N., Grodensky, C. A., Golin, C. E., Tien, H. C., Hobbs, M. M. (2012). Modeling the Impact of *Trichomonas vaginalis* Infection on HIV Transmission in HIV Infected Individuals in Medical Care. *Sexually Transmitted Diseases*, v. 39, n. 9, p. 671-677, Sept.

Reece, M., Herbenick, D., Hollub, A., Hensel, D., & Middlestadt, S. (2010). Psychometric assessments of the multi-factor attitude toward condoms scale (MFACS) *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22: 119-129.

Reis, A., & Dessunti, E. (2007). Factores psicossociais e comportamentos associados ao risco da DST/AIDS entre estudantes. *Revista Larina-Americana de Enfermagem*, 15 (2): 67-274.

Reis, M., & Matos, M. G. (2008). Contraceção em jovens universitários portugueses. *Análise psicológica*, 1 (XXVI), 13-21.

Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M. G. (2009). Parceiros ocasionais e consumo de substâncias em jovens Portugueses. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 6 (2): 206-214.

Reiss, I. L. (2001). Sexual attitudes and behavior. In: S Melsner, N. J., Baltes, P. B. (Ed.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. New York: Elsevier.

Reissing, E.D., Lalibert, G. M., & Davis, H. J. (2005). Young women's sexual adjustment: the role of self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitudes. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 14:77-85.

Rocha, M. I. F. (2010). *Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por estudantes da zona urbana de Cruzeiro do Sul*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Rolf, J. E., Johnson, J. (1993). Protected or vulnerable: the challenges of AIDS to developmental psychopathology. In J.E. Rolf, A., Matsen, S., Cicchetti, K., H. Nuchterlein e S. Weintraub (Eds.), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 361-383). Cambridge, England: *Cambridge University Press*.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15: 175-183.

Rua, M. G., Abramovay, M. (2001). *Avaliação das acções de prevenção às DST/AIDS e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras*. Brasília: UNESCO.

Sánchez, A. I. M., Bertolozzi, M. R., (2007), Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde colectiva? *Revista Ciência & Saúde Colectiva*. 12(2):319-24.

Santos, L. (2011). Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. Tese de Doutoramento, Departamento de Educação, Universidade Aveiro, Aveiro, Portugal.

Santos, N. A., (2007), *Vulnerabilidade de mulheres interioranas seropositivas a infecção pelo VIH/AIDS*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil.

Santos, R. O. S., (2005), *O uso do preservativo nas relações sexuais e a prevenção do VIH/AIDS*, Monografia de Graduação, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Brasil.

Santos, S. M. S., Oliveira, M. L. F., (2009). Conhecimento sobre AIDS e drogas entre alunos de graduação de uma instituição de ensino superior do estado do Paraná. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17 (4):85-92.

Schor, N. (1984). *Aborto como questão de saúde pública esruda da demanda de mulheres que morrem no hospital por complicações do aborto*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, Brasil.

Schor, N. (1993). Abortion and adolescence: ralisation between the menarche and sexual activity. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, v 6.

Seeley, R., Stephens, T., Tate, P. (2005). *Anatomia e Fisiologia*. Loures, Lusociência.

Seth, p., Raiford, J. L., Robinson, L. S., Wingood, G. M., & DiClemente, R. J. (2010). Intimate partner violence and other partner-related factors: correlates of sexually transmissible and infections and risky behaviours among young adult African American women. *Sexual Health*, 7:25-30.

Sieverding, J., Boyer, C. B., Siller, J., Gallaread, A., Krone, M., & Chang, Y. J. (2005). Youth united through health education: building capacity through a community collaborative intervention to prevent HIV/STD in adolescents residing in a high STD prevalent neighborhood. *AIDS Education and Prevention*, 17 (4): 375-386.

Silva, C. V., Bretas, J. R. S., Fernandes, C. N. (2003) Conhecimento de adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis/ AIDS. *Revista Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v.22, n.1, p. 12-21,

Silva, L., Malbergier, A., Stempliuk, V., & Andrade, A. (2006). Factores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40 (2): 280-288.

Stuar, G.W., & Laraia MT. (2001) *Enfermagem psiquiátrica princípios e prática*. 6ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed.

Tavares, C. M., Kanikadan, P. Y. S., Alencar, A. P., Schor, N. (2011). Beginning of sexual life of adolescents in Santiago Island, Cape Verde, West Africa. *Journal of Human Growth and Development*, 21(3): 771-779.

Teixeira, A. M., Knauth, D. R., Fachel, J. M., Leal, A. F. (2006) Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação sexual e sua última relação sexual. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (7):1385-96.

UBOS (Uganda Bureau of Statistics). (2007). *Key findings from the 2006 UDHS, a gender perspective*. Kampala, Uganda and Calverton, MD: Uganda Bureau of Statistics and Macro International Inc.

UNAIDS (2004), *Making Condoms Work for HIV Prevention: cutting-edge perspectives*, UNAIDS Best Practice Collection, Geneva.

UNAIDS (2008). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*.

UNAIDS (2011). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*.

UNAIDS, Report on the Global AIDS Epidemic (2012). *Global Report*. Recuperado em 15 de Setembro de 2013, de http://www.unaids.org.br/documentos/UNAIDS_GR2012_em_en.pdf.

Vidal, E. C. F., Braga, V. A. B., Silva, M. J., & Pinheiro, A. K. B. (2009). Políticas públicas para pessoas com VIH: discutindo direitos sexuais e reprodutivos. *Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 10(2):166-74.

Vidal, V. (1991). *A Pequena História do Preservativo*, Campo das Letras, Porto.

Vieira, E. M., Badiani, R., Dal Fabbro, A. L., Rodrigues Jr, A. L. (2002). Características do uso de métodos anticoncepcionais o Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36:263-270.

Wang, H., Wang, N., Bi, A., Wang, G., Ding, G., Jia, M., Lu, L., & Smith K. (2009). Application of cumulative odds logistic model on risk factors analysis for sexually transmitted infections among female sex workers in Kaiyuan City, Yunnan Province China. *Sexually Transmitted Infections*, 85 (4): 290-295.

Wang, B., Li, X., Stanton, B., Zhang, L., & Fang, X. (2010). Alcohol use, unprotected sex, and sexually transmitted infections among female sex workers in China. *Sexually Transmitted Infections*, 37 (10): 629-636.

Wetherill, R. R., Neal, D. J., & Fromme, K. (2010). Parents, peers, and sexual values influence sexual behavior during the transition to college. *Archives of Sexual Behavior*, 39 (3):682-694.

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

WHO - World Health Organization, (2013). *Sexually transmitted infection. Fact sheet n° 110. November 2013*. Recuperado em 19 de Dezembro, 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/index.html>

WHO - World Health Organization, (2013). *VIH/SIDA Fact sheet n° 360. October 2013*. Recuperado em 20 de Dezembro, 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/index.html>.

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

Anexo

Anexo I	86
Anexo II	87

Questionário

Anexo I

QUESTIONÁRIO SOBRE O CONHECIMENTO E PRÁTICAS SEXUAIS ENTRE UNIVERSITÁRIOS DE CABO VERDE

UNICV/UNESP 2012

Orientações Gerais

O questionário a seguir faz parte de uma pesquisa que tem por finalidade caracterizar o perfil de conhecimento e práticas sexuais entre universitários da cidade de Praia.

É um questionário anônimo – você não deve se identificar.

Antes da distribuição do questionário será apresentado e recolhido um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** que explica os objetivos da pesquisa e garante o sigilo e o anonimato das informações. Você deverá lê-lo e assiná-lo, devolvendo ao responsável pela aplicação antes de responder ao questionário.

É um questionário com 60 questões e leva entre 15 e 20 minutos para ser respondido.

É composto por 4 blocos de questões: Dados Socio Demográficos, Características da Atividade Sexual, Comportamento e Conhecimento sobre SIDA.

Em todos os blocos NSA significa “não se aplica”.

No terceiro bloco as respostas estão numeradas de 1 a 5, onde 1 representa a menor frequência (“raramente”) e 5 a maior frequência (“sempre”).

As informações coletadas irão contribuir para a elaboração de propostas de prevenção e educação em saúde.

Contamos com sua colaboração.

Obrigado!

Valentina Oliveira Fernandes Lopes da Silva

Elen Rose Lodeiro Castanheira

Pesquisadores Responsáveis

Código n°: _____

Universidade: _____; Curso: _____; Ano: _____

I – DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

1.Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	2.Idade: _____
3.Estado civil: Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a)/União de facto <input type="checkbox"/> Divorciado (a)/Separado <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/>	4.Religião: Católica <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Muçulmana <input type="checkbox"/> Testemunha de Jeová <input type="checkbox"/> Adventista 7º dia <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Outra: indique _____
5.Actividade: Estudante <input type="checkbox"/> Trabalhador/Estudante <input type="checkbox"/>	6.Habilitações literárias: Pai: Ensino Básico <input type="checkbox"/> Ensino Secundário <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Mãe: Ensino Básico <input type="checkbox"/> Ensino Secundário <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/>
7. Residência: Actual - _____ Anterior _____	8.Em tempo de aulas vive: Sozinho <input type="checkbox"/> Com os pais <input type="checkbox"/> Casa própria <input type="checkbox"/> Lar de estudantes <input type="checkbox"/> Partilha casa com amigos <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>

II - ACTIVIDADE SEXUAL

9. Já iniciou a sua actividade sexual? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	10. Com que idade iniciou a sua actividade sexual? _____ anos
11. Na sua primeira relação utilizou algum método anticoncepcional? Sim <input type="checkbox"/> Qual? _____ Não <input type="checkbox"/>	12. Encontra-se sexualmente activo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
13. Atualmente faz uso de algum método anticoncepcional? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? Pílula <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Dispositivo Intra-uterino (DIU) <input type="checkbox"/>	14. Mantém (ou já manteve) relacionamentos sexuais com pessoas: Do mesmo sexo <input type="checkbox"/> Do sexo oposto <input type="checkbox"/> De ambos os sexos <input type="checkbox"/>

Coito Interrompido <input type="checkbox"/> Espermicidas <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____	
15. Alguma vez já teve IST (Infecção Sexualmente Transmissível)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	16 Lembra-se do número de parceiros que teve: <ul style="list-style-type: none"> • Ao longo da vida: 1[], 2[], 3 [], 4 [], 5 [], 6 [], 7[], 8[], 9[], 10 [], +10[] • Último ano: 1[], 2[], 3 [], 4 [], 5 [], 6 [], 7[], 8[], 9[], 10 [], +10[] • Último mês: 1[], 2[], 3 [], 4 [], 5 [], 6 [], 7[], 8[], 9[], 10 [], +10[] • NSA <input type="checkbox"/>
17. O seu último contacto sexual foi: um mês <input type="checkbox"/> Há menos de mês <input type="checkbox"/> Há mais de um NSA <input type="checkbox"/>	18. Utilizou preservativo no último contacto sexual? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/>
19. Actualmente mantens relações com um(a) parceiro(a) fixo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/>	

III - COMPORTAMENTO

Para responder as questões 20 a 37 Faz um círculo à volta de:

- 1 – Nunca ou quase nunca, o que significa cerca de 5%, ou menos, das vezes.
- 2 - Às vezes, o que significa cerca de 25% das vezes.
- 3 - Metade das vezes, o que significa cerca de 50% das vezes.
- 4 - Habitualmente, o que significa cerca de 75% das vezes.
- 5 – Sempre ou quase sempre, o que significa cerca de 95%, ou mais, das vezes.

20. Quando tens relações sexuais, com que frequência é que usas preservativo?	1	2	3	4	5	NSA
21. Quando teu (a tua) parceiro(a) não quer usar ou não te deixa usar preservativo, tens relações sexuais?	1	2	3	4	5	NSA
22. Consideras que o preservativo diminui o prazer?	1	2	3	4	5	NSA
23. Manténs relações sexuais com parceiros (as) ocasionais?	1	2	3	4	5	NSA
24. Quando tens relações sexuais com um(a) <u>novo(a) parceiro(a)</u> , usas preservativo?	1	2	3	4	5	NSA
25. Antes de decidir ter relações sexuais certificas-te que pelo menos um de vocês tem preservativo?	1	2	3	4	5	NSA
26. Nas relações sexuais com um(a) <u>parceiro(a) fixo</u> , usas preservativo?	1	2	3	4	5	NSA
27. Tens o hábito de trazer preservativos contigo?	1	2	3	4	5	NSA
28. Quando desejas ter relações sexuais, o fazes independente de teres ou não preservativo?	1	2	3	4	5	NSA
29. Quando tens relações sexuais com <u>parceiros ocasionais</u> , costumavas usar preservativo?	1	2	3	4	5	NSA
30. Pagas ou já pagaste (em dinheiro ou outra forma de remuneração) para ter relações	1	2	3	4	5	NSA

sexuais?						
31. Quando tens relações com uma (um) profissional do sexo costumavas usar preservativo?	1	2	3	4	5	NSA
32. Costumas ter relacionamentos sexuais com pessoas do mesmo sexo que o teu?	1	2	3	4	5	NSA
33. Fazes uso de álcool?	1	2	3	4	5	NSA
34. Fazes uso de drogas como marijuana, cocaína ou outras?	1	2	3	4	5	NSA
35. Costumas ter relações sexuais com outras pessoas que não o seu parceiro fixo?	1	2	3	4	5	NSA
36. Costumas ter relações sexuais sem preservativo após o consumo de bebidas alcoólicas ou drogas?	1	2	3	4	5	NSA
37. O uso do preservativo pode ser prazeroso e fazer parte do jogo amoroso?	1	2	3	4	5	NSA

IV -CONHECIMENTO

Assinale Falso, Verdadeiro ou Não Sei (NS)

38. Qualquer pessoa, independentemente do sexo e da raça, pode apanhar o VIH e contrair a SIDA.	V	F	NS
39. A maioria das pessoas que contraem a SIDA, costumam curar-se.	V	F	NS
40. Um bebé nascido de mãe portadora de VIH pode contrair a SIDA.	V	F	NS
41. O VIH está presente no sémen.	V	F	NS
42. Há pessoas que apanharam o VIH e contraíram a SIDA através de picadas de insectos.	V	F	NS
43. A utilização do preservativo faz diminuir a probabilidade de se contrair a SIDA.	V	F	NS
44. SIDA significa <i>Síndrome de Imunodeficiência Adquirida</i> .	V	F	NS
45. As pessoas ficam muito doentes com SIDA poucos dias após terem sido infectados pelo VIH.	V	F	NS
46. Não há inconveniente em se usar o mesmo preservativo mais do que uma vez.	V	F	NS
47. Pode-se estar infectado com o VIH sem se estar doente com SIDA.	V	F	NS
48. O preservativo reduz o prazer sexual.	V	F	NS
49. A SIDA diminui a capacidade de resistência do organismo às doenças.	V	F	NS
50. Contrair ou não a SIDA depende mais de se fazer ou não sexo seguro do ao grupo social a que se pertence.	V	F	NS
51. Quando se tem um parceiro fixo não há risco de VIH/SIDA e por isso não precisa usar preservativo.	V	F	NS
52. Foi recentemente desenvolvida uma vacina que imuniza as pessoas contra o VIH.	V	F	NS
53. Mesmo com aspecto saudável, um(a) parceiro(a) infectado(a) pode transmitir o VIH.	V	F	NS
54. Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, através de um golpe ou de uma ferida aberta.	V	F	NS
55. Não há perigo de se apanhar o VIH e contrair a SIDA se se fizer sexo oral sem preservativo.	V	F	NS
56. Fazer sexo anal sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras que há.	V	F	NS
57. Pode-se apanhar o VIH, e depois contrair a SIDA, ao dar sangue.	V	F	NS
58. As pessoas que consomem álcool e outras drogas têm mais tendência para não praticar sexo seguro.	V	F	NS
59. Nas relações homossexuais há mais chance de contrair SIDA independente de se usar ou não preservativo.	V	F	NS
60. É seguro ter relações sexuais sem preservativo com pessoas que consome drogas injectáveis, desde que tu não te injectes.	V	F	NS

Alunos matriculados na UniPiaget

Anexo II

Alunos matriculados na Universidade Jean Piaget de Cabo Verde – polo da Praia, por curso e

Cursos	1º Ano			2º Ano			3º Ano			4º Ano			5º Ano			T.Curso
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	
Administração Pública e Autárquicas	6	2	8	4	6	10	6	6	12	12	8	20	0	0	0	50
Análise Clínicas e Saúde Pública	9	15	24	7	17	24	8	9	17	8	14	22	0	0	0	87
Arquitectura	12	13	25	10	10	20	6	9	15	4	6	10	7	8	15	85
Biologia	4	4	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Ciências da Comunicação	12	33	45	12	10	22	7	13	20	18	19	37	0	0	0	124
Ciências da Educação e Práxis Educativa	2	10	12	7	4	11	5	3	8	9	10	19	0	0	0	50
Ciências Farmacêuticas	4	2	6	3	4	7	4	2	6	4	8	12	3	3	6	37
Direito	19	17	36	4	8	12	7	9	16	12	8	20	0	0	0	84
Economia e Gestão	49	43	92	19	36	55	13	24	37	31	36	67	0	2	2	253
Enfermagem	3	11	14	3	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
Engenharia de Construção Civil	22	26	48	7	6	13	10	11	21	9	19	28	1	2	3	113
Engenharia de Sistemas e Informática	31	42	73	16	25	41	10	11	21	17	30	47	1	1	2	184
Fisioterapia	6	8	14	2	4	6	2	5	7	2	3	5	0	0	0	32
Gestão de Hotelaria e Turismo	4	4	8	0	0	0	0	0	0	3	5	8	0	0	0	16
Informática de Gestão	5	10	15	5	8	13	2	7	9	10	13	23	1	2	3	63
Psicologia	21	17	38	14	13	27	10	14	24	16	23	39	0	0	0	128
Serviço Social	14	9	23	1	8	9	3	7	10	6	9	15	0	0	0	57
Sociologia	2	5	7	5	5	10	4	2	6	5	7	12	0	1	1	36
Tradução e Interculturalidade	5	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
TOTAL	89	116	205	119	165	284	97	132	229	166	218	384	13	19	32	1435

série, para o ano letivo 2012/ 2013.

Termo de consentimento

Anexo III



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu

Mestrado em Saúde Pública

Termo de Consentimento Informado

“Conhecimento dos Estudantes Universitários sobre a Transmissão das IST/VIH/SIDA e o Uso do Preservativo”

- No âmbito de um estudo de investigação realizado através do Mestrado supracitado, foi solicitada a minha participação como voluntário;
- O estudo visa descrever o conhecimento e o comportamento sexual dos universitários relativo ao VIH/SIDA, identificar factores que facilitam e/ou dificultam o uso do preservativo pelos Universitários,
- Fui informado sobre as condições de participação no estudo e sobre algumas orientações a cumprir durante a aplicação do questionário; de que não serei compensado monetariamente pela participação neste estudo e que a minha participação corresponderá à responder a um questionário sobre o uso do preservativo;
- Eu entendo que os resultados deste estudo poderão vir a ser publicados, sendo que a minha identidade não será revelada e para isso serão utilizados códigos;
- Eventuais questões que se me coloquem, no que diz respeito ao estudo ou à minha participação no mesmo, serão respondidas pelo investigador, antes ou depois deste meu consentimento;
- Ao assinar este formulário de consentimento, eu não estou a renunciar a quaisquer direitos legais ou hipóteses de reclamação.
- Declaro que li a informação referida nos pontos anteriores. A natureza e a exigência do programa foram-me explicadas.

Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida.

Assinatura _____; Data: _____

- Eu certifico que expliquei ao utente supracitado a natureza e o objectivo associados à participação no estudo, tendo respondido a todas as questões que me foram colocadas e testemunhado a assinatura.
- Eu providenciei uma cópia deste formulário para o participante deste estudo.

Assinatura _____; Data: _____

(Mestranda: Valentina Oliveira Fernandes Lopes da Silva)

Orientadora: _____

Dr. Prof. Valentina Silva

Da nossa parte não há qualquer
inconveniente na realização desta
recolha de dados para investigação.

Ao Administrador Geral da Universidade

Jean Piaget de Cabo Verde - Praia

Assunto: Pedido de autorização para efeito de recolha de dados

Valentina Silva
28/03/12 c/c: SAA

Valentina Oliveira Fernandes Lopes da Silva, cidadã cabo-verdiana portador do B.I n.º41529, residente em Terra Branca – Cidade da Praia –, docente da Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, estando a realizar um trabalho de investigação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública no Departamento Científico Tecnológico da Universidade de Cabo Verde em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho” - UNESP cujo tema é “Adesão dos Universitários ao Preservativo” sob a orientação da Professora Doutora Elen Castanheira, vem, por esta via, solicitar à Vossa Excelência a autorização para recolher dados junto aos alunos no período lectivo 2012/2013 nos meses de Novembro a
Dezembro

De referir que a presente investigação propõe Descrever o conhecimento dos universitários relativo ao VIH/SIDA, identificar factores que facilitam e/ou dificultam a adesão dos Universitários ao uso do preservativo, pesquisar as percepções dos Universitários sobre os riscos de serem infectados pelo HIV.

Mais se informa que, sendo autorizado:

- A recolha de dados será através de inquéritos por questionário e da observação;
- Serão omitidos os nomes de todos os inqueridos;
- Toda a informação disponibilizada será posteriormente analisada, sendo garantido o sigilo absoluto;
- Esta pesquisa não implica qualquer risco para os participantes, pois os resultados têm uma finalidade meramente académica.

Agradece desde já a vossa colaboração, com os melhores cumprimentos.

Praia, 26 de mês de 2012


Valentina Oliveira Fernandes Lopes da Silva

Universidade Jean Piaget
de Cabo Verde

Secretariado Executivo

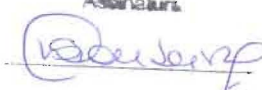
Recebido: 26/03/12

Enviado: 26/03/12

Informatizado: 26/03/12

Registo N.º A0082

Assinatura





COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE

Deliberação nº_61_/2012

1. Foi submetido, nos termos do artigo 5º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, para apreciação do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) o Projecto intitulado: “Uso do Preservativo pelos Estudantes da Universidade Jean Piaget de Cabo Verde” pela aluna Valentina Oliveira Fernandes Lopes da Silva para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, tendo como orientadora a Prof.ª Dra Elen Castaheira.
2. O CNEPS fez a análise documental da proposta na sua 34ª Reunião Ordinária, realizada a 29 de Novembro de 2012, nomeadamente:
 - a. O protocolo da pesquisa
 - b. O questionário a ser aplicado
 - c. O cronograma da pesquisa
 - d. O termo de consentimento livre e esclarecido
 - e. A nota dirigida ao Administrador Geral da Universidade Jean Piaget , onde se pode ler a concordância do mesmo na realização da pesquisa .
- 3-O CNEPS concluiu:
 - a) Falta os CV da mestranda e da orientadora.
 - b) Trata-se de uma pesquisa que pode trazer informações interessantes do ponto de vista do conhecimento dos determinantes ao uso de preservativos

nos universitários pese embora os dados só terem aplicação dentro do universo estudado (Jean Piaget) .

c) O projecto apresentado preenche os requisitos legalmente exigidos, pelo que se delibera no sentido da sua aprovação desde que sejam enviados os currículos em falta no processo, ao abrigo do artigo nº11 do Decreto-lei nº26/2007 de 30 de Julho, devendo a pesquisadora manter o CNEPS informado do andamento dos trabalhos e dos resultados alcançados.

Praia, 5 de Dezembro de 2012

A Presidente do CNEPS



Maria da Conceição Moreira de Carvalho

Maria da Conceição Moreira de Carvalho

