

*Millenium, 2(ed espec nº1), 133-142.*

**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS: PREDITORES DE ADESÃO**  
**EDUCATIONAL INTERVENTION PROGRAM FOR UNIVERSITY STUDENTS: ACCESSION PREDICTORS**  
**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS:**  
**PREDICTORES DE ADHESIÓN**

*Aliete Cunha*<sup>1,2,3,4,5</sup>

*José Cunha*<sup>6</sup>

*Ilda Cardoso*<sup>3,4,7</sup>

*Fernanda Daniel*<sup>4,7,8</sup>

*Salvador Cardoso*<sup>3,4</sup>

*João Pita*<sup>1,4,9</sup>

---

<sup>1</sup>CEIS 20 da UC, Portugal

<sup>2</sup>College of Nursing of Coimbra, Portugal

<sup>3</sup>Faculty of Medicine, Coimbra, Portugal

<sup>4</sup>University of Coimbra, Portugal

<sup>5</sup>ACeS Baixo Mondego - UCC Celas, Portugal

<sup>6</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, Portugal

<sup>7</sup>Instituto Superior Miguel Torga, Portugal

<sup>8</sup>Centre for Health Studies and Research, Coimbra, Portugal

<sup>9</sup>Faculty of Pharmacy, Coimbra, Portugal



## RESUMO

**Introdução:** A literatura refere que os estudos longitudinais, em que a participação não é obrigatória e o participante não tem benefício imediato, estão sujeitos a falhas de adesão.

**Objetivo:** Analisar os preditores de adesão a um programa de intervenção para redução do risco de infeção VIH. Os critérios de inclusão foram ser aluno do 1º ano da Universidade de Coimbra, dos 18 aos 24 anos. Foi aplicado um questionário com indicadores da ONUSIDA.

**Métodos:** O estudo, quantitativo, incluiu dois momentos: no primeiro, participaram 551 jovens, que aceitaram preencher o questionário e participar; no segundo, sinalizaram-se os inquiridos e os que aderiram ao programa. Os respondentes tinham uma média de idades de 18 anos (DP = 1.06), 76.2% eram do sexo feminino, 63% da área da saúde e 69.2% já tinham atividade sexual.

**Resultados:** O modelo apresenta dez variáveis independentes: idade, sexo, percepção do risco, área científica, início da vida sexual, número parceiros sexuais ao longo da vida e nos últimos doze meses, conhecimentos sobre transmissão e prevenção do VIH. Quatro variáveis independentes apresentam uma contribuição estatisticamente significativa: percepção do risco, área científica dos estudos, início da vida sexual e parceiros sexuais nos últimos doze meses. O maior preditor de adesão é a idade de iniciação sexual, com um odds ratio de 3,63 (OR = 3.63; IC 95% 1.27 - 8.91), indicando que os alunos que iniciaram a vida sexual apresentam três vezes mais probabilidade de aderir a um programa de intervenção educativa. Os odds ratio de 1,98 (OR = 1.98; IC 95% 1.27 - 2.87) e 1.784 (OR = 1.78; IC 95% 1.04 - 3.07) indicam que os alunos da área saúde e com maior percepção de risco têm cerca de duas vezes mais probabilidade de aderir. A variável “parceiros sexuais nos últimos 12 meses” é igualmente uma variável preditora da adesão e indica-nos que os abstinentes apresentam 0.32 vezes mais probabilidade de aderir (OR = 0.32; IC 95% 0.12 - 0.81).

**Conclusões:** Este estudo indica que as campanhas de informação, sensibilização e prevenção não oferecem um modelo eficaz de sensibilização para a percepção de problemas e riscos para os estudantes que não seguem cursos de saúde.

**Palavras-chaves:** Preditores de Adesão; Programas de Intervenção Educativa; VIH Prevenção Primária; Jovens Universitários; Odds Ratio

## ABSTRACT

**Introduction:** Literature largely suggests that longitudinal studies where participation is not mandatory and participants have no immediate benefits are usually subject to compliance failures.

**Methods:** We looked at the predictors of adherence to an intervention program in reducing the risk of HIV infection. Inclusion criteria included being a 1st-year-student of the University of Coimbra and 18 to 24 years old. A questionnaire with indicators of UNAIDS was employed.

**The quantitative study included two stages:** in the first one 551 youths agreed to complete the questionnaire and participate; in the second stage the survey respondents and those who joined the programme were signaled. Respondents were 18 years old (SD = 1.09), 76.2% female, 63% were Health Sciences students and 69.2% sexually active.

**Results:** The model features ten independent variables (age, sex, perception of risk, scientific area, time of first sexual intercourse, number of sexual partners over the lifetime and in the last twelve months, knowledge of transmission and prevention). Four independent variables had a statistically significant contribution (perception of risk, scientific area, early sex life and number of sexual partners in the last twelve months). The best adherence predictor was the age of sexual initiation, with odds of 3.63 (OR = 3.63; 95% CI 1.27 - 8.91), indicating that students who began their sexual life are three times more likely to join a program. The odds ratios of 1.98 (OR = 1.98; 95% CI 1.27 - 2.87) and 1,784 (OR = 1.78; 95% CI 1.04 to 3.07) indicate that students health and greater risk perception are about twice as likely to join. The variable “sexual partners in the last 12 months” is also a predictor of adherence and tells us that the abstinent have 0.32 times more likely to join (OR = 0.32; 95% CI 0.12 - 0.81).

**Conclusions:** It seems to indicate that the information campaigns, awareness and prevention do not offer an effective model of awareness of the problem and risk perception to students that do not follow courses in health.

**Keywords:** Predictors; Programmes; HIV; Students; Odds Ratio

## RESUMEN

**Introducción:** La literatura indica que los estudios longitudinales, donde la participación no es obligatoria y el participante no tiene ningún beneficio inmediato, está sujeto a fallos de adhesión.

**Objetivo:** Nos fijamos en los predictores de la adhesión a un programa de intervención para reducir el riesgo de infección por el VIH. Los criterios de inclusión fueron ser un estudiante del primer año de la Universidad de Coimbra, entre los 18 y los 24 años. Se aplicó un cuestionario con indicadores de la ONUSIDA.

**Métodos:** El estudio, cuantitativo, incluyó dos momentos: en el primer momento, 551 jóvenes que accedieron a completar el cuestionario y participar; en el segundo, se señalaron los encuestados y los que se unieron al programa. Los encuestados tenían un promedio de edad de 18 años (DM = 1.06), el 76,2% eran mujeres, el 63% del área de Salud y 69.2% tenían ya actividad sexual.

**Resultados:** El modelo cuenta con 10 variables independientes: edad, sexo, percepción de riesgo, área científica de estudios, edad a la primera relación sexual, número de parejas sexuales durante toda la vida y en los últimos 12 meses, el conocimiento de la transmisión y prevención del VIH. Cuatro variables independientes tienen una contribución estadísticamente significativa: percepción de riesgo, área científica de estudios, edad de inicio de la vida sexual y parejas sexuales en los últimos 12 meses. El mayor predictor de adhesión es la edad de iniciación sexual, con una odds ratio de 3,63 (OR = 3,63; IC del 95%: 1,27 a 8,91), lo que indica que los alumnos que hayan comenzado ya su vida sexual tienen 3 veces más probabilidades de unirse a un programa de intervención educativa.

Los odds ratio de 1,98 (OR = 1,98; IC del 95% 1,27 a 2,87) y 1,784 (OR = 1,78; IC del 95% 1:04-3:07) indican que los estudiantes del área de la salud y que tienen más percepción de riesgo tienen aproximadamente 2 veces más probabilidad que se adhieran. La variable “parejas sexuales en los últimos 12 meses” es también un predictor de adhesión y nos dice que los abstinentes tienen 0,3 veces más probabilidades de unirse al programa (OR = 0,32; IC del 95% 0,12 hasta 0,81).

**Conclusiones:** Este estudio indica que la campañas de información, sensibilización y prevención no ofrecen un modelo eficaz de la conciencia del problema y la percepción del riesgo a los estudiantes de que no siguen cursos en la salud.

**Palabras Clave:** Predictores de adhesión; Programas de Intervención Educativa; Prevención Primaria del VIH; Estudiantes Universitarios; Odds Ratio

## INTRODUÇÃO

De acordo com o Relatório Epidemiológico Anual de 2013 do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), o número total de novos casos de infeçã por VIH estabilizou em cerca de 29 mil casos por ano (correspondendo a uma taxa de 5.7/100 000 habitantes), com 11% dos diagnósticos ocorrendo nas idades dos 15 aos 24 anos de idade, apesar de a epidemiologia nos grupos de risco diferir de uns países para os outros. Já na região Europeia da OMS a taxa de novas infeções era de 7.8/100 000 habitantes. Na UE/EEE as taxas mais elevadas registavam-se na Estónia (24.6), na Letónia (16.8) e em Portugal (10,4) (ECDC, 2014).

Portugal continua a apresentar uma das mais elevadas incidências de infeçã VIH no espaço da Europa Ocidental, apesar de estar a observar-se uma tendência de descida de novos casos, de 1941 em 2007 para 1518 em 2010 e 1220 em 2014 (Portugal, Direção-Geral da Saúde, 2012, 2015; Cunha-Oliveira et al., 2016). Dos 1220 casos, 876 eram do sexo masculino e 344 do sexo feminino, tendo diminuído relativamente ao ano anterior, o que tem vindo a acontecer desde 1999. Na faixa etária entre os 15 e 24 anos observaram-se 11.7% de todas as infeções reportadas (Diniz et al., 2015).

No último relatório, lançado em 2015 e referente ao período entre 2011 e 2014, verificou-se que no ano de 2014, no conjunto dos casos notificados, houve um aumento substancial de infeções sexualmente transmissíveis, nomeadamente as infeções gonocócicas e a sífilis, excluindo sífilis congénita, tendo sido reportados 206 casos de gonorreia (mais 90 casos que no ano anterior) e 367 casos de sífilis (mais 181 casos do que no ano de 2013). Na faixa etária entre os 15 e os 24 anos observaram-se 33.5% dos casos relatados de gonorreia e 21% dos casos de sífilis. Ambas as infeções afetaram mais homens que mulheres e verificou-se a ocorrência em pessoas cada vez mais jovens (Portugal, Direção-Geral da Saúde, 2015).

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### DETERMINANTES DA PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA

As intervenções baseadas em programas de intervenção educativa são muito utilizadas na promoção de estilos de vida saudáveis, no entanto, pouco se sabe não só sobre os perfis dos sujeitos que aderem, como também dos sujeitos que revelam atrito à adesão a programas de intervenção educativa (serão os sujeitos que apresentam maiores níveis informacionais aqueles que mais aderem? ou serão, pelo contrário, os sujeitos com maiores níveis informacionais que apresentam maior atrito de adesão?). A literatura reporta que os estudos longitudinais, em que a participação não é obrigatória e os benefícios para o participante não são imediatos, estão sujeitos a falhas de adesão. No entanto, o “abandono de atrito”, o atrito de adesão e o atrito de participação são ameaça para a validade, pois podem indiciar um viés de seleção.

Segundo Massano Cardoso podem surgir múltiplas distorções, tais como a seleção, o convite e os métodos utilizados. A diversidade inerente à não representatividade dos sujeitos pode gerar vieses. O mesmo autor refere ainda que “quando solicitamos a uma comunidade a sua participação num determinado estudo, sabemos de antemão que vamos ter um conjunto de indivíduos que aceitam com naturalidade e até com algum espírito de colaboração a sua inclusão” (2004, p.784). Estamos perante um processo de enviesamento, que resulta do voluntarismo individual. Este voluntarismo “muito provavelmente determina um sem número de características que tornam os voluntários diferentes daqueles que não participam, nomeadamente comportamentos socioculturais que podem ser essenciais na análise do estudo” (Massano Cardoso, 2004, p.784):

Estas questões são importantes para a interpretação da eficácia dos resultados de estudos experimentais. Para otimizar a eficácia é importante que os investigadores conheçam à partida as características dos sujeitos e os preditores de adesão.

Embora haja uma tendência por parte das revistas científicas a não aprovarem a publicação de investigações com baixas taxas de adesão, a verdade é que os dados sobre a adesão, independentemente de se tratar de uma adesão alta ou baixa, nos fornecem pistas para a compreensão do fenómeno na sua globalidade.

Como acontece com qualquer intervenção de promoção da saúde, os estudos baseados em programas de promoção de saúde



não conduzem a grandes mudanças de comportamento. Tem-se dito que as intervenções de promoção de estilos de vida saudável tendem a alcançar aqueles que menos precisam delas (Koelen & Van den Ban, 2004). Por razões éticas e práticas, muitas vezes não há informações disponíveis sobre as pessoas que decidem não participar (Sirard, Pfeiffer & Pate, 2006). Sabe-se que as pessoas que mais procuram informações sobre saúde já estão habitualmente mais orientadas para a saúde do que as pessoas que não as procuram (Dutta-Bergman, 2006) e, ao mesmo tempo, tendem também a ter opiniões assentes sobre saúde e a envolver-se em atividades saudáveis. Verheijden et al. mostraram que os participantes num programa de aconselhamento em nutrição constituíam já, à partida, uma amostra relativamente bem-educada e saudável do público-alvo (Verheijden et al., 2004). Assim, torna-se claro que é necessário envidar todos os esforços no sentido de minimizar o fenómeno de inscrição seletiva em programas de promoção da saúde.

## 2. MÉTODOS

Estudo longitudinal de desenho observacional analítico. O estudo, de natureza quantitativa, apresenta dois momentos de avaliação: participaram no primeiro momento 551 jovens universitários, que se disponibilizaram a preencher um inquérito por questionário e a participar numa fase subsequente num programa de intervenção educativa para redução de risco de infeção por VIH; no segundo momento sinalizaram-se os jovens universitários que tinham sido inquiridos na linha base e que aderiram efetivamente ao programa de intervenção educativa de prevenção de infeção pelo VIH, iniciando a formação. O período que mediou entre os dois momentos foi de cerca de um mês. Os respondentes inquiridos na linha base apresentam uma média de idades de 18 anos, eram maioritariamente do sexo feminino (76.2%) e da área científica Saúde (63%) e 69.2% tinham já iniciado a atividade sexual.

Objetivo: identificar os preditores de adesão dos jovens integrados em programas de intervenção educativa para prevenção da infeção VIH. A presente análise examina as características demográficas e comportamentais de uma amostra de jovens universitários inseridos num estudo longitudinal de risco comportamental para determinar que fatores podem prever a adesão a um programa de formação.

### 2.1 Amostra

Numa amostra de 551 jovens a frequentar o ensino superior da região centro de Portugal. O recrutamento foi feito em sala de aula, tendo o investigador esclarecido os participantes sobre os objetivos e a metodologia da investigação. A participação ou não na pesquisa foi decidida por cada convidado. De forma a identificar possíveis vieses de seleção entre os que decidiram e os que decidiram não participar procedemos a uma análise prévia. Todos os alunos que aceitaram colaborar na investigação deram o seu consentimento informado por escrito. Foi solicitado o endereço eletrónico para ulteriores contactos com os estudantes a colaborarem na investigação.

### 2.2 Instrumentos de recolha de dados

Os construtos avaliados, tais como saúde sexual, comportamentos sexuais e conhecimentos sobre a infeção e prevenção estão de acordo com os indicadores de 2ª geração da UNAIDS. Foi utilizado um questionário de autopreenchimento, administrado em setting de aula. O instrumento previa a identificação de variáveis sociodemográficas, indicadores de saúde, curso académico, comportamento sexual (número de parceiros sexuais; uso de preservativo na última relação sexual; abstinência primária), perceção de risco individual; conhecimentos sobre VIH e participação anterior em programas de intervenção educativa.

### 2.3 Critérios de inclusão

serem alunos 1.º ano do Ensino Superior das Escolas de Coimbra (Universidade e Politécnico), com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos. Aos participantes foi oferecido como incentivo a atribuição de um diploma de participação no final da formação.

### 2.4 Procedimentos

Procedimento éticos: Autorização da comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; reitor da Universidade e diretores de Departamento ou Faculdade.

Análise estatística: O modelo de predição da adesão baseou-se nos indicadores e fatores de risco reconhecidos pela ONUSIDA, OMS e ECDC e nos indicadores de 2ª geração que comportam evidências para a infeção VIH. Para determinar eventuais diferenças

de adesão à intervenção, utilizámos os testes Qui-quadrado e t de Student. Sempre que se verificaram existir diferenças recorreu-se à análise de regressão logística. Utilizou-se com índice de ajustamento o odds-ratio (OR) e respetivo intervalo de confiança a 95% como critério de predição de adesão ao programa.

### 3. RESULTADOS

Segunda a Tabela 1 a percentagem de jovens que aderiram ao programa foi de 34.8% (n=192). A média das idades entre os 551 respondentes foi de 18.58 ±1.061. Segundo o teste t-Student para amostras independentes, não existem diferenças significativas nas idades médias dos que aderiram (M = 18.54, DP = 0.909) e dos que não aderiram à formação (M = 18.6, DP = 1.134); t (549) = 0.629, p =0.53 (bilateral), sendo muito pequena a magnitude da diferença entre médias (diferença de médias = 0.06, 95% IC: -0.13 a 0.25).

No que respeita à repartição dos inquiridos do sexo feminino e do sexo masculino pela formação (adesão vs. não adesão) verificámos através do teste de independência Qui-quadrado que existe associação estatisticamente significativa entre o sexo feminino e a adesão ao programa de formação,  $\chi^2 (1, 551) = 4.106$ , p = 0.04, phi = -0,086. Esta associação também se verifica entre a área científica do curso dos respondentes (saúde vs. não saúde, em favor da área saúde) e a adesão à formação,  $\chi^2 (1, 551) = 13.31$ , p = 0.00, phi = 0.158.

De acordo com a Tabela 1., verificamos que 88.2% dos jovens não tinham feito teste de VIH. A associação entre a realização de um teste de VIH e a adesão ao programa de formação revelou significado estatístico  $\chi^2 (1, N=551) = 0.032$ , p = 0.85, phi = -0.008).

A perceção individual de risco é baixa (488 = 88.2%). A associação entre perceção de risco e a adesão ao programa de formação (adesão vs. não adesão) é uma associação estatisticamente significativa [ $\chi^2 (1, N=550) = 5.301$ , p = 0.02, phi = 0.098].

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra e conhecimento sobre teste de VIH e perceção do risco

		Adesão à formação		Não adesão à formação		Total		Medidas descritivas Amostra
		n	%	n	%	n	%	
Total		192	34.8	359	65.2	551	100	Mo: Não aderiu
18		126	2.9	247	4.8	373	67.7	
19		40	7.3	60	10.9	100	18.1	
20		19	3.4	25	4.5	44	8.0	M = 18.58
Idade	21	5	0.9	13	2.4	18	3.3	Me = 18.00
	22	2	0.2	8	1.5	9	1.6	Mo= 18.00
	23	0	0.2	3	0.5	3	0.5	DP= 1.061
	24	1	0.2	3	0.5	4	0.7	
	Feminino		156	28.3	264	47.9	420	76.2
Sexo Masculino		36	6.5	95	17.2	131	23.8	
Área Científica Saúde		141	25.6	206	37.4	347	63.0	Mo: Saúde
Não saúde		51	9.3	153	27.8	204	37.0	
Fez teste de VIH Não		170	30.7	316	57.4	486	88.2	Mo: Não fez teste
Sim		22	4.0	43	7.8	65	11.8	
Perceção de risco Baixo		161	29.3	324	58.9	485	88.2	Mo: Baixo
Elevado		31	5.6	34	6.2	65	11.8	

Nota: M = Média; Me = Mediana; Mo = Moda; DP = desvio-padrão

De acordo com a Tabela 2, na sua maioria, os jovens já tinham iniciado a sua vida sexual (380 = 69.0%) quando questionados sobre o número de parceiros sexuais ao longo da vida, a moda estatística é 1 para ambos os grupos. Verificámos que não existe diferença significativa entre o número médio de parceiros sexuais dos que aderiram (M = 1.22, DP = 1.699) e dos que não aderiram à formação (M = 1.49, DP = 1.955); t (539;578) = 1.679, p =0.09 (bilateral). A magnitude da diferença entre médias (diferença de

médias = 0.269, 95% IC= -0.049 a 0.584) é muito pequena. Quando comparamos os inquiridos que tinham tido relações sexuais nos últimos doze meses com os inquiridos que se encontravam em abstinência primária e secundária, verificamos que a maioria tinha parceiro sexual (360 = 65.3%). Porém, a associação desta variável com a adesão à formação não é estatisticamente significativa  $\chi^2(1, n=551) = 1.466, p = 0.22, \phi = -0.052$ .

O sexo ocasional nos últimos doze meses verificou-se em 15.6% dos inquiridos (n=59). A associação entre a prática de sexo ocasional nos últimos doze meses e a adesão ao programa,  $\chi^2(1, n=379) = 0.934, p = 0.33, \phi = -0.050$  também não é estatisticamente significativa.

Para o uso do preservativo na última relação sexual com parceiro fixo, verificamos que 68.1% afirmaram ter usado preservativo (n=246) e que não existe associação do uso do preservativo na última relação sexual com parceiro fixo e a adesão ao programa. Também não se verificou associação significativa entre o uso de preservativo na última relação com parceiro ocasional e a adesão ao programa,  $\chi^2(1, n=113) = 2.953, p = 0.08, \phi = -0.162$ .

Quando questionados sobre se já tinham tido “relações sexuais sob o efeito de álcool ou outras substâncias psicoativas”, 11.6% afirmaram que sim. Verificou-se uma associação significativa entre as variáveis “relações sexuais sob o efeito de álcool ou outras substâncias psicoativas” e a adesão ao programa, no sentido de que quem não teve relações sexuais sob efeito de álcool ou outras substâncias aderiu mais à formação  $\chi^2(1, n=386) = 4.976, p = 0.02, \phi = -0.114$ . Dos 64 respondentes que afirmaram ter tido relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas, 48 (75.0%) referiram ter usado preservativo. Não existe associação significativa entre as variáveis “uso do preservativo em relações sexuais sob o efeito de álcool ou outras substâncias psicoativas” e a adesão ao programa,  $\chi^2(1, n=64) = 1.097, p = 0.29, \phi = 0.131$ .

Tabela 2 - Caracterização dos comportamentos relativos à atividade sexual (comportamentos risco e protetores)

		Adesão à formação		Não adesão à formação		Total		Medidas descritivas Amostra
		n	%	n	%	n	%	
Iniciação Sexual	Total	192	34.8	359	65.2	551	100	Mo: Sim
	Não	61	11.1	110	20	171	31	
	Sim	131	23.8	249	45.2	380	69	
Número de parceiros sexuais (lifetime)	0	61	11,1	110	20	171	31	M = 1.4
	1	85	15.4	134	24.3	219	40	Me = 1
	2	25	4.5	50	9.1	75	14	Mo= 1
	3	10	1.8	32	5.8	42	7.6	DP= 1.87
	> 4	11	2	33	6	44	8	
Parceiros sexuais nos últimos 12 meses	0	73	13.2	118	21,4	191	35	Mo: ≥1
	≥1	119	21.6	241	43.7	360	65	
Sexo com parceiro ocasional nos últimos 12 meses	Não	113	29.8	207	54.6	320	84	Mo: Não
	Sim	17	4.5	42	11	59	16	
Preservativo na última relação (parceiro fixo)	Não	41	10.9	79	21	120	32	Mo: Sim
	Sim	88	23.4	168	44.7	256	68	
Preservativo na última relação (parceiro ocasional)	Não	11	9.7	14	12.4	25	22	Mo: Sim
	Sim	23	20.4	65	57.5	88	78	
Relações sexuais sob o efeito de álcool e/ou outras substâncias psicoativas	Não	178	32.3	309	56.1	487	88	Mo: Não
	Sim	14	2.5	50	9.1	64	12	
Preservativo em relações sexuais sob efeito de álcool e/ou outras substâncias psicoativas	Não	2	3.1	14	21.9	16	25	Mo: Sim
	Sim	12	18.8	36	56.3	48	75	

M = Média; Me = Mediana; Mo = Moda; DP = desvio-padrão

A Tabela 3 é o resultado de agrupamentos conceptuais que perpassam três áreas de conhecimento sobre o VIH (transmissão, prevenção do VIH e ideias erradas sobre o VIH). Criámos a partir de quinze afirmações categorizadas em dicotomias (verdadeiro e falso) três variáveis compósitas sumativas para cada área. Relativamente às variáveis compósitas transmissão e prevenção do VIH, 64.2% responderam corretamente aos 5 itens sobre transmissão e 50%, respondeu corretamente aos itens de prevenção; já no que concerne às ideias erradas responderam corretamente aos 5 itens 36.7%. Não se verificaram contudo diferenças significativas nestas três variáveis compósitas consoante a adesão ao programa de formação. Senão vejamos as pontuações médias da variável transmissão nos que aderiram (M=4.59, DP = 0.684) e dos que não aderiram à formação (M = 4.54, DP = 0.624);  $t(548) = -0.874$ ,  $p = 0.38$  (bilateral). A magnitude da diferença entre médias (diferença de médias = -0.052, 95% IC: -0.16 a 0.06) é muito pequena. Na variável compósita prevenção, as pontuações médias dos que aderiram (M= 4.35, DP=0.744) e dos que não aderiram à formação (M=4.36, DP= 0.746);  $t(546) = 0.152$ ,  $p=0.87$  (bilateral) não se revelaram também estatisticamente significativas. A magnitude da diferença entre médias (diferença de médias = 0.010, 95% IC: -0.12 a 0.14) é muito pequena. Na variável compósita ideias erradas, que avalia mitos e falsos conceitos sobre o VIH, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias desta variável nos que aderiram (M=4.28, DP= 0.650) e dos que não aderiram à formação (M =4.16, DP=0.755);  $t(548) = -1.938$ ,  $p = 0.053$  (bilateral). A magnitude da diferença entre médias (diferença de médias = -0.125, 95% IC: -0.25 a 0.00) é muito pequena.

Tabela 3 - Conhecimentos sobre transmissão e prevenção do VIH/Sida

	Adesão à formação		Não adesão à formação		Total		Medidas descritivas Amostra
	Fi	%	Fi	%	N	%	
	192	34.8	359	65.2	551	100	
TRANSMISSÃO (compósita)	2	0.4	6	1.1	8	1.5	M = 4.56 Me = 5 Mo= 5 DP= 0.663
	3	1.5	21	3.8	29	5.3	
	4	10.2	104	18.9	160	29.1	
	5	22.9	227	41.3	353	64.2	
PREVENÇÃO do VIH (compósita)	2	0.5	6	1.1	9	1.6	M = 4.35 Me = 4.5 Mo= 5 DP= 0.747
	3	4.0	41	7.5	63	11.5	
	4	13.1	130	23.7	202	36.9	
	5	17.2	180	32.8	274	50.0	
Ideias erradas sobre o VIH	1	0.0	1	0.2	1	0.2	M = 4.2 Me = 4 Mo= 4 DP= 0.722
	2	0.0	4	0.7	4	0.7	
	3	3.8	60	10.9	81	14.7	
	4	17.5	166	30.2	262	47.6	
	5	13.6	127	23.1	202	36.7	

Nota: M = Média; Me = Mediana; Mo = Moda; DP = desvio-padrão

No que diz respeito às questões relativas à exposição a mensagens de prevenção sobre o VIH (Tabela 4), verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três tipos de exposição e a adesão ou não à formação. Quando confrontamos as variáveis “intervenção educativa”, “mensagens através dos média” e “mensagens em outdoors” com a “adesão à formação”, verificamos que não existe relação estatisticamente significativa entre qualquer das três primeiras variáveis e a adesão [respetivamente,  $\chi^2(1, n=551) = 2.032$ ,  $p = 0.15$ ,  $\phi = 0.061$ ];  $\chi^2(1, n=551) = 0.002$ ,  $p = 0.96$ ,  $\phi = 0.002$ ];  $\chi^2(1, n=551) = 3.200$ ,  $p = 0.07$ ,  $\phi = 0.074$ ]. No entanto, no que respeita à memória da última mensagem preventiva sobre VIH, verificamos que a moda estatística é “não”. Verificamos igualmente que não existe diferença significativa quando analisamos a relação entre a memória da última mensagem preventiva sobre VIH e a adesão à formação:  $\chi^2(1, n=550) = 2.94$ ,  $p = 0.58$ ,  $\phi = 0.023$ ].

Foi efetuada uma regressão logística binária com o objetivo de avaliar se as variáveis independentes que selecionámos para entrar no modelo eram variáveis preditores da adesão a um programa de formação sobre a prevenção do VIH. O modelo apresenta 10 variáveis independentes (idade, sexo, perceção do risco, área científica (saúde versus não saúde), início da vida sexual (sim versus não), número de parceiros sexuais ao longo da vida, parceiros sexuais nos últimos 12 meses (abstinência secundária vs. parceiros),

conhecimentos sobre transmissão e prevenção e ideias erradas sobre o VIH. O modelo completo, contendo todos os preditores, foi estatisticamente significativo,  $\chi^2$  (5, n=546) =30.588,  $p < 0.001$ . O modelo explicou entre 5.4% (Cox e Snell R2) e 7.5% (Nagelkerke R2) da variação, e classificou corretamente 67% dos casos.

Tabela 4 - Exposição e memória de mensagens de prevenção sobre o VIH

		Adesão à formação		Não adesão à formação		Total		Medidas descritivas
		n	%	n	%	n	%	
	Total	192	34.7	362	65.3	551	100	
Exposição a Programa de Intervenção educativa no ensino	Não	30	5.4	74	13.4	104	18.9	Mo: Sim
	Sim	162	29.4	285	51.7	447	81.1	
Exposição a mensagens dos Mídia	Não	19	3.4	36	6.5	55	10.0	Mo: Sim
	Sim	173	31.4	323	58.6	496	90.0	
Exposição a mensagens em outdoors	Não	52	9.4	124	22.5	176	31.9	Mo: Sim
	Sim	140	25.4	235	42.6	375	68.1	
Lembrança da última mensagem preventiva sobre VIH	Não	138	25.0	268	48.5	406	73.4	Mo: Não
	Sim	54	9.8	93	16.8	147	26.6	

Nota: Mo= moda

Como se verifica na Tabela 5, quatro variáveis independentes apresentam um contributo estatisticamente significativo para o modelo (perceção do risco, área científica, início da vida sexual e parceiros sexuais nos últimos doze meses). O maior preditor na adesão a um programa de prevenção do VIH é o início da vida sexual, registando um odds ratio de 3.36 (OR = 3.36, IC 95% 1.27 -8.91), o que indica que os que já iniciaram a sua vida sexual apresentam 3 vezes mais probabilidade de aderir a um programa de prevenção do VIH do que os que ainda não iniciaram a sua vida sexual. Os odds ratio de 1.91 (OR = 1.91, IC 95% 1.27 -2.87) e 1.79 (OR = 1.79, IC 95% 1.04-3.07) indicam que os inquiridos que são da área científica da saúde e os que apresentam maior perceção de risco de vir a contrair o VIH têm cerca de 2 vezes mais probabilidade de aderir a um programa de prevenção do VIH. A variável “número de parceiros sexuais nos últimos doze meses” é igualmente uma variável preditora da adesão à formação e indica-nos que os inquiridos que não tiveram parceiros sexuais nos últimos 12 meses (abstinência secundária) apresentam cerca de 0.3 vezes mais possibilidade de aderir a um programa de prevenção do VIH (odds ratio de 0.32).

Tabela 5 - Regressão logística binária predizendo a probabilidade de adesão a um programa

Variáveis	B	E.S.	Wald	GL	P	OR	IC 95% para OR	
							Inferior	Superior
Idade	.03	.09	.13	1	.71	1.04	0.86	1.25
Sexo	-.34	.24	2.09	1	.14	0.71	0.44	1.13
Área científica	.64	.20	9.63	1	.00	1.91	1.27	2.87
Perceção do risco	.58	.27	4.47	1	.03	1.79	1.04	3.07
Início da vida sexual	1.21	.49	5.94	1	.01	3.36	1.27	8.91
Número de parceiros sexuais ao longo da vida	-.03	.06	.286	1	.59	0.96	0.84	1.10
Parceiros sexuais nos 12 meses	-1.14	.48	5.70	1	.01	0.32	0.12	0.81
Transmissão	.081	.14	.31	1	.57	1.08	0.82	1.44
Prevenção	-.04	.12	.11	1	.74	0.96	0.75	1.23
Ideias erradas sobre o VIH	.19	.13	2.19	1	.13	1.22	0.94	1.58
Constante	-2.73	2.03	1.80	1	.17	0.07		

Nota: OR=odds ratio; IC=intervalo de confiança; GL=graus de liberdade.



#### 4. DISCUSSÃO

Como vimos, as intervenções de promoção de estilos de vida saudável tendem a alcançar aqueles que menos precisam delas. As pessoas que mais procuram informações sobre saúde estão já habitualmente mais orientados para a saúde do que as pessoas que não as procuram e, ao mesmo tempo, tendem também a ter opiniões assentes sobre saúde e a envolver-se em atividades saudáveis. No nosso estudo verificámos que a adesão foi maior no grupo de alunos dos cursos da saúde, que tinham à partida uma maior perceção de risco, que já tinham tido relações sexuais e que tinham tido menos parceiros sexuais nos últimos doze meses (Cunha Oliveira, A. (2013). O facto de, em grande parte, terem já tido relações sexuais, terem uma maior perceção de risco e pertencerem a cursos da área de saúde se explica a maior adesão do grupo, também significa que a adesão foi maior no grupo de estudantes que à partida se poderiam considerar como aqueles que tinham menos necessidade da formação, em comparação com o grupo de controlo. Este dado é comum a outros programas de intervenção em prevenção de fatores de risco em saúde, o que parece indicar que é necessário ultrapassar este viés de adesão e chamar à intervenção preferencialmente os que mais precisariam dela. Não é tarefa fácil, pois, como diz Massano Cardoso, “os seres humanos são geralmente motivados pelos benefícios visíveis, frequentes e precoces. Os benefícios na saúde raramente preenchem estes requisitos” (Massano Cardoso, 2004).

Ainda de destacar que um dos achados desta investigação, ainda que pareça contraditório e suscite alguma dúvida sobre a coerência dos resultados, veja-se a tabela 2, onde não se verifica significância estatística entre “parceiros sexuais nos últimos doze meses” e “adesão”, o certo é que quando procedemos a uma análise de regressão logística binária predizendo a probabilidade de adesão a um programa, a variável “parceiros sexuais nos últimos doze meses” manifesta-se como preditora de adesão. Tal facto vai ao encontro da evidência científica que a “abstinência secundária” poderá ser um fator protetor da saúde sexual.

#### CONCLUSÕES

Como se disse, a adesão ao programa é maior entre os estudantes da área Saúde, entre os que têm maior perceção do risco, entre os que já tinham iniciado a vida sexual e entre os que estavam em abstinência secundária. Parece, assim, indicar que as campanhas de informação, sensibilização e prevenção não oferecem um modelo eficaz de consciencialização e perceção de risco aos estudantes que não seguem cursos nas áreas da saúde. Assim, torna-se claro que é necessário minimizar o fenómeno de inscrição seletiva em programas de promoção da saúde.

Em conclusão questionamos futuras investigações: como chegar aos alunos que têm uma baixa perceção de risco? No entanto, os que aderem podem tornar-se veículos difusores de mensagens preventivas nas suas redes sociais e informais e contribuir para a melhoria dos comportamentos sexuais no mundo universitário.

Como limitações os autores apontam a especificidade da amostra, podendo de futuro alargar-se o âmbito destes estudos a outras populações universitárias nacionais, bem como a outro tipo de populações jovens.

#### CONFLITO DE INTERESSES

Não existe conflito de interesses.

#### AGRADECIMENTOS

Fundação para a Ciência e Tecnologia, IP (SFRH/BD/60841/2009).

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cunha-Oliveira, A., Cunha-Oliveira, J., & Massano Cardoso, S. (2016). VIH/ Sida: Situação da prevenção em Portugal e o contexto europeu. *Debater a Europa*, 14, 141-174.

Cunha-Oliveira, A., Cunha-Oliveira, J., Massano Cardoso, S., & Pita, J. R. (2014). Behavioral interventions for prevention of sexually transmitted infections in university students over 36 months. *Atención Primaria*, 46(Especial Congreso I), 28-28.

Cunha-Oliveira, A. (2013). Predictors of adherence of young graduates to a program of educational intervention for prevention of infection by the human immunodeficiency virus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(Suppl. 1), 24.

Diniz, A., Duarte, R., Bettencourt, J., Melo, T. de, Gomes, M., & Oliveira, O. (2015). *Portugal: Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em*

números – 2015. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/?cr=29118>

Dutta-Bergman M. J. (2004). Health attitudes, health cognitions, and health behaviors among Internet health information seekers: Population-based survey. *Journal of Medical Internet Research* 26(2), e15. doi:10.2196/jmir.6.2.e15.

European Centre for Disease Prevention and Control, & World Health Organization Regional Office for Europe. (2013). *HIV/AIDS surveillance in Europe: 2013*. Stockholm: ECDC. doi:10.2900/42271.

Koelen, M. A., & Van den Ban, A. W. (2004). *Health education and health promotion*. Netherlands: Wageningen Academic Publishers .

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

Sirard, J. R., Pfeiffer, K. A., & Pate, R. R. (2006). Motivational factors associated with sports program participation in middle school students. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 696-703.

Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2012). *Programa nacional para a infeção VIH/SIDA: Orientações programáticas*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.pnvihsida.dgs.pt/programa-nacional11111111/orientacoes-programaticas11.aspx>

Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Recomendações portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2: Versão 1.0*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-portuguesas-para-o-tratamento-da-infecao-por-vih-1-e-vih-2-versao-10-2015.aspx>

Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2015b). Doenças de Declaração Obrigatória 2011-20

Verheijden, M., Bakx, J.C., Akkermans, R., Van den Hoogen, H., Godwin, N. M., Rosser, W., van Staveren, W. & van Weel, C. (2004). Web-based targeted nutrition counselling and social support for patients at increased cardiovascular risk in general practice: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4), e44. doi:10.2196/jmir.6.4.e44